



SYMPOSIUM SUR LA DIGNITÉ DU RISQUE

Comment faire « vivre » et « survivre » en milieu réel les innovations valorisant la dignité du risque, particulièrement auprès des personnes vieillissantes ?

29 avril 2026

**SYNTHÈSE DES PROPOS DES
PARTICIPANTES AUX ATELIERS**

Équipe de recherche
Vivre avec les risques

SYMPOSIUM SUR LA DIGNITÉ DU RISQUE

SYNTHÈSE DES PROPOS DES PARTICIPANTES AUX ATELIERS

AUTEURES :

Véronique Provencher, Université de Sherbrooke

Heather MacLeod, Provincial Geriatrics Leadership Ontario

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier :

- Toutes les personnes ayant participé au symposium, notamment celles ayant répondu aux questions lors des ateliers, pour la pertinence de leurs propos;
- Toutes les personnes conférencières, qui ont contribué à ce rapport par la richesse des réflexions partagées lors du symposium;
- Monia D'Amours, Florence Noël, Marie-Élizabeth Leblanc et Catherine-Anne Murray pour leur soutien à la rédaction de rapport.

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada



Canada



Provincial
Geriatrics
Leadership
Ontario



CR
CLM

CENTRE DE RECHERCHE
CHARLES-LE MOYNE
crclm.ca



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
DE
SUR LE RECHERCHE
VIEILLISSEMENT



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UNITÉ DE SOUTIEN
SSA | QUÉBEC

Préambule

Ce document présente une synthèse des propos recueillis auprès des personnes ayant participé au **Symposium sur la dignité du risque**, tenu en mode virtuel le 29 avril 2026. Il propose une analyse des obstacles et des pistes de solution liés à l'intégration durable de l'approche de la dignité du risque dans les pratiques, à partir des enjeux soulevés lors de deux ateliers virtuels*.

À titre informatif, 757 personnes ont participé au symposium. Parmi elles, les deux tiers (67 %) étaient des intervenantes**, tandis qu'un quart (26%) occupaient des fonctions de gestion. Les participantes (7%) comprenaient notamment des personnes âgées, du personnel œuvrant dans les domaines de la recherche, de la planification et du développement, ainsi que des personnes occupant des fonctions de conseil-cadre, de coroner ou de soutien administratif. La répartition linguistique était relativement équilibrée (53% anglophones; 47% francophones).

Dans le présent rapport, le terme « risque » renvoie à la probabilité de conséquences tant positives que négatives. Or, dans le domaine des soins de santé, les discussions sur le risque tendent souvent à se concentrer presque exclusivement sur les préjudices potentiels. À plusieurs reprises, les participantes ont remis en question cette conception restrictive, soulignant que de nombreuses décisions comportant une part d'incertitude devraient être prises en raison des bénéfices qu'elles peuvent générer sur le plan de l'autonomie, de l'identité, de la qualité de vie et de la participation sociale de la personne.

**Il est à noter que l'intelligence artificielle (IA) a été utilisée pour soutenir l'analyse des données et la rédaction du présent document; **Dans le présent rapport, le terme « intervenantes » désigne les personnes s'étant identifiées comme cliniciennes, cliniciens, professionnelles ou professionnels de la santé et des services sociaux. Le féminin est utilisé de manière générique dans l'ensemble du document afin d'en faciliter la lecture.*

Table des matières

BARRIÈRE 1 : Crainte d'imputabilité / de représailles	1
1. Crainte d'imputabilité, de représailles ou d'être tenus responsables	1
2. Barrières à l'application de la dignité du risque.....	2
3. Niveau (intervenant, équipe, organisation, système) où se situe la principale barrière à l'adoption de la dignité du risque	4
4. Solutions proposées	4
5. Conclusion – barrière 1	6
BARRIÈRE 2 : Défis liés à l'engagement des personnes vivant avec des difficultés cognitives dans les décisions valorisant la dignité du risque	7
1. Principaux enjeux soulevés par les participantes	8
2. Obstacles à l'implication des personnes vivant avec des difficultés cognitives dans les décisions relatives au risque	9
3. Qu'est-ce qui est le plus difficile en ce moment ?	9
4. Pistes de solutions proposées par les participantes pour valoriser la dignité du risque auprès d'individus vivant avec des difficultés cognitives	10
5. Priorisation par les participantes des 3 meilleures solutions.....	11
6. Autres solutions possibles (non mentionnées par les participantes).....	12
7. Conclusion – barrière 2.....	13
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	14
 Tableau : Priorités de mise en œuvre identifiées par les participantes	 15
Infographie de la synthèse des propos des participantes	16

BARRIÈRE 1 : Crainte d'imputabilité / de représailles

À l'issue du premier volet du symposium portant sur la crainte d'imputabilité, cinq questions ont été soumises aux participantes, auxquelles 518 participantes (284 anglophones; 234 francophones) ont répondu. Les questions étaient les suivantes :

1. Dans votre contexte quotidien, où se ferait sentir la crainte d'imputabilité si vous adoptiez une approche valorisant la dignité du risque ?
2. Qu'est-ce qui vous empêche précisément de soutenir la dignité du risque ?
3. À quel niveau (intervenant, équipe, organisation, système) se situe la principale barrière ?
4. Quelles solutions pourriez-vous mettre en œuvre pour surmonter la crainte d'imputabilité lorsque vous valorisez la dignité du risque ?
5. Sélectionnez les 3 meilleures solutions qui vous aideraient à surmonter la crainte d'imputabilité quand vous valorisez la dignité du risque.

Voici un résumé des réponses des participantes aux questions portant sur la « crainte d'être tenues responsables » si elles adoptent une innovation, une philosophie ou des principes fondés sur la dignité du risque.

1. Crainte d'imputabilité, de représailles ou d'être tenus responsables

Les participantes reconnaissent éprouver une certaine crainte quant à leur capacité à justifier adéquatement leur processus décisionnel. Toutefois, elles ne décrivent pas principalement la crainte d'imputabilité comme une peur des conséquences juridiques, telles que des poursuites. Elles l'associent davantage à la **peur d'être blâmées, contestées ou jugées**. Au-delà de la nécessité d'expliquer leurs décisions, les participantes appréhendent également d'avoir à démontrer qu'une décision clinique était raisonnable et fondée, malgré la survenue d'un résultat défavorable. Cette responsabilité est ainsi perçue comme une **vulnérabilité professionnelle vécue au quotidien**, plutôt que comme un risque juridique formel. Cette crainte témoigne d'une compréhension parfois incertaine de la portée du devoir de protection. Des formulations telles que « Comment expliquerons-nous que nous l'avons permis? » positionnent les intervenantes comme des personnes qui accordent ou refusent une permission, ce qui peut occulter leur responsabilité de soutenir l'autonomie, l'autodétermination et le droit à une prise de risque raisonnable.

La responsabilité professionnelle est par ailleurs perçue comme étant largement à sens unique. Les intervenantes anticipent qu'on leur demandera de rendre compte de préjudices visibles qu'elles n'auraient pas réussi à prévenir, alors qu'elles sont beaucoup plus rarement appelées à justifier les restrictions inutiles imposées aux personnes ou les préjudices pouvant découler d'un soutien insuffisant à leur autonomie.

Ce n'est pas seulement la peur qu'un incident survienne, mais celle d'être laissé seul pour l'expliquer et défendre ses décisions.

Moments de manifestation de cette crainte

Cette crainte d'imputabilité surgirait surtout 1) lorsque l'autonomie comporte un **risque visible**; 2) **dans les microdécisions du quotidien** :

- Lorsque les choix de la personne sont jugés « risqués » (ex. refuser un traitement, quitter un environnement supervisé, prendre des décisions susceptibles d'entraîner un danger prévisible comme une chute);
- Lorsqu'un incident est difficile à anticiper ;
- Lorsqu'il faut arbitrer entre sécurité et autonomie dans les décisions quotidiennes, en s'appuyant sur son jugement clinique.

Plus le risque de préjudice est visible, plus la tolérance organisationnelle tend à diminuer, même lorsque la probabilité que ce préjudice survienne demeure incertaine et que les préjudices, souvent moins visibles, associés aux restrictions imposées n'ont pas été pris en considération.

Amplificateurs de la crainte

Les participantes décrivent des facteurs qui amplifient leur crainte.

Le jugement rétrospectif. La crainte d'imputabilité découle non seulement du risque de contestation, de signalement ou de reproche institutionnel, **mais aussi de l'obligation de devoir se justifier après coup**. Les participantes se préoccupent des réactions des gestionnaires, des collègues, des médecins et des coroners. L'imputabilité est vécue comme multidirectionnelle et la peur devient relationnelle.

Le manque de soutien organisationnel. La crainte augmente ainsi lorsqu'elles doutent : 1) d'être soutenues, comprises ou défendues par l'organisation; 2) d'être reconnus comme ayant exercé un jugement raisonnable. Certains redoutent aussi que la documentation soit insuffisante pour assurer leur défense.

Les proches. Lorsque les proches expriment des opinions divergentes sur la sécurité et l'autonomie, les participantes craignent d'être tenus responsables de la décision finale.

Impacts de la peur de représailles

La peur peut également amener les intervenantes à écarter les possibilités alternatives avant d'avoir pleinement exploré si le choix de la personne pouvait être soutenu de manière raisonnable. Le fait de mettre l'accent sur une issue négative potentielle, même lorsqu'elle est peu probable, peut mener à la mise en place de restrictions perçues comme nécessaires avant que les bénéfices associés au choix de la personne, les préjudices pouvant découler de ces restrictions et les stratégies visant à les atténuer n'aient été pleinement considérés.

2. Barrières à l'application de la dignité du risque

Les participantes ne remettent pas en question la philosophie de la dignité du risque. **Ils décrivent plutôt un système où la restriction est souvent plus simple, plus rapide et plus facile à défendre que l'autonomie.**

Constat 1 : Culture d'aversion au risque. Selon les participantes, les organisations se montrent généralement plus à l'aise à prévenir, limiter et contrôler qu'à négocier, tolérer ou partager le risque. Il ne s'agit pas d'un manque de valeurs favorables, mais d'une culture organisationnelle qui récompense davantage le contrôle et la réduction de l'incertitude que le soutien à l'autonomie. Ce point de vue est d'ailleurs actuellement intégré dans les cadres formels (politiques, réglementations), limitant ainsi l'autonomie et favorisant une culture de conformité défensive. Les participantes ont indiqué que le choix de l'option la plus sécuritaire nécessitait moins d'explications et de justifications auprès de l'organisation que le soutien à un choix autonome comportant une prise de risque raisonnable.

Constat 2 : Culture du blâme. La crainte centrale (1) n'est pas qu'un incident survienne, mais d'être tenu responsable de ne pas l'avoir empêché ou qu'il soit interprété comme un défaut professionnel; (2) devient ainsi l'anticipation d'une imputabilité individuelle si le risque se matérialise. Cela peut inciter les équipes à justifier leurs décisions par la prévention et les restrictions, plutôt que par une prise en considération équilibrée de leurs responsabilités, à la fois de protéger la personne et de respecter son autonomie.

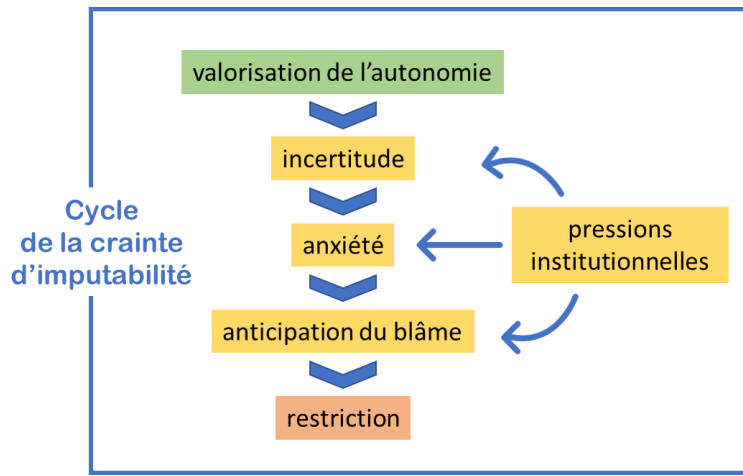
Constat 3 : Pression des proches. En cas de divergence de points de vue (découlant notamment de valeurs et d'une tolérance au risque différentes, et du fait que chacun a sa propre définition d'un risque acceptable), les proches peuvent devenir une force active de restriction, parfois jusqu'à remettre en question le jugement clinique. Dans la pratique, leur influence peut peser davantage que la préférence exprimée par la personne. Lorsque les proches ont une perception différente de ce qui constituait un niveau de risque acceptable, les participantes ont décrit se sentir pris entre le respect des volontés de la personne et les attentes de la famille. Ces situations sont exacerbées lorsque les intervenantes ne disposent pas du temps, du soutien ou des compétences pratiques nécessaires pour les accompagner face à l'incertitude, concilier des niveaux de tolérance au risque différents et maintenir l'accent sur les préférences de la personne. En l'absence de ces ressources, se ranger à l'avis d'un proche réticent à la prise de risque peut devenir la solution de moindre résistance.

Constat 4 : Contraintes opérationnelles. Les participantes estiment que le manque de ressources, la charge de travail et le roulement du personnel compliquent l'application de la dignité du risque, qui demande plus de temps, de présence et de suivi. En contexte de pression, les mesures restrictives sont souvent privilégiées, car elles sont plus rapides et faciles à justifier.

Constat 5 : Manque d'outils et de repères. Les participantes soulignent un déficit de connaissances, de balises et de cadres décisionnels permettant de documenter et soutenir un choix risqué impliquant des préjudices potentiels de manière défendable. Des lignes directrices sont particulièrement nécessaires pour soutenir une prise de risque porteuse de sens lorsqu'une personne est inapte à prendre une décision particulière, notamment sur la manière d'identifier et de consigner ses valeurs, ses volontés connues, ses préférences, les bénéfices de la prise de risque et les préjudices associés aux restrictions.

Les participantes décrivent que l'incertitude, plutôt que le risque lui-même, est souvent la plus grande source d'inconfort.

La dignité du risque exige davantage d'efforts, de coordination, de justification et de négociation entre la personne et sa famille ainsi qu'au sein de l'équipe lorsqu'il y a différentes opinions, tout en exposant à la critique ceux qui la soutiennent.



3. Niveau (intervenant, équipe, organisation, système) où se situe la principale barrière à l'adoption de la dignité du risque

Les réponses se concentrent sur **l'organisation et le système**, bien avant l'intervenant et l'équipe, la dignité du risque étant perçue comme un enjeu institutionnel plutôt qu'individuel. Les participantes identifient la principale barrière dans les structures qui encadrent leur action (politiques, pratiques, cadre législatif et réglementaire). Les intervenantes ne refusent pas de valoriser la dignité du risque, mais ils reconnaissent qu'ils doivent évoluer dans un environnement qui rend difficile de maintenir cette posture. Ils sont ainsi le lieu où la restriction se manifeste, non sa source, car les politiques, les attentes organisationnelles et les cadres réglementaires influencent ce que les intervenantes estiment être en mesure de soutenir.

Les participantes reconnaissent néanmoins que les dynamiques d'équipe, la cohérence interprofessionnelle, les normes implicites et les variations de tolérance au risque jouent un rôle, mais sans constituer le principal point de blocage.

4. Solutions proposées

Les participantes **ne souhaitent pas réduire la responsabilité** entourant la prise de risque ou la rigueur du processus clinique, mais **la rendre plus explicite, défendable, mieux soutenue et partagée**.

➔ Amélioration de la structure

- **Formaliser les cadres, politiques et balises de la dignité du risque** : Une posture clairement définie et institutionnalisée permettrait de normaliser les pratiques de dignité du risque et d'éviter de reposer les décisions sur des valeurs générales qui peuvent manquer de traduction opérationnelle.
- **Outiller une prise de décision rigoureuse et cohérente** : Les participantes estiment que la dignité du risque repose encore trop sur l'intuition individuelle et souhaitent plutôt des mécanismes structurés (par ex. processus d'arbitrage; moyens explicites pour documenter et justifier les décisions). Les participantes souhaitent

une **consignation plus rigoureuse du raisonnement**, des choix, de l'analyse du risque, du consentement et des arbitrages effectués comme outil de transparence, de continuité et de justification. Ces processus devraient être intégrés à la documentation courante, aux politiques organisationnelles et aux pratiques des équipes, afin que l'application des principes de la dignité du risque n'entraîne pas une charge cognitive ou administrative inutile.

- Les participantes souhaitent un soutien clair et cohérent, **une protection visible des intervenantes et un appui réel lorsque les décisions, bien que raisonnables, mènent à des issues imparfaites**. Des mécanismes formels de protection (*safe harbour* pouvant être traduit par « règle refuge ») seraient bénéfiques pour les intervenantes. **Le soutien organisationnel est perçu comme une condition essentielle de sécurité psychologique** pour rendre la dignité du risque réellement praticable. Les répondants ajoutent la notion de **leadership visible avant, pendant et après l'incident**, comme piste de solution.

➔ **Partage de la décision**

Responsabilité collective : Les participantes valorisent la collégialité et la délibération interdisciplinaire. Ils souhaitent que la responsabilité de la décision soit assumée collectivement, en évitant d'être seul responsable de la dignité du risque alors que de nombreuses intervenantes sont impliquées dans la décision.

Implication précoce des proches : Le dialogue précoce et transparent avec les proches, une meilleure définition des rôles de chacun et une explicitation des limites de leur autorité sont nécessaires pour réduire les contestations ultérieures. Les intervenantes ont aussi besoin de compétences pratiques en accompagnement empathique, en négociation et en résolution de conflits afin de reconnaître les préoccupations des proches tout en maintenant les valeurs et les préférences de la personne au cœur de la prise de décision.

➔ **Transformation de la culture du risque**

Développer une **culture juste** :

(1) **Importance de privilégier l'analyse plutôt que la sanction, l'apprentissage plutôt que la punition, une relecture constructive des situations plutôt qu'une recherche de faute**. Mettre en place des mécanismes de reddition de comptes non punitifs (examens d'incidents, évaluations, enquêtes) fondés sur des critères clairement définis et axés sur l'amélioration des pratiques;

(2) Une dignité du risque durable est **incompatible avec une culture punitive, car elle exige un changement culturel vers une logique d'apprentissage collectif**;

Construire une culture commune du risque et de valorisation de la décision partagée : Les participantes soulignent l'importance de la formation afin de créer un langage commun autour du risque acceptable. La formation devrait mettre l'accent sur le développement de compétences pratiques en matière de discussions équilibrées sur les risques, d'accompagnement des familles, de prise de décision fondée sur les valeurs et de documentation. La **création de repères communs et l'alignement des perceptions** permettront de créer un cadre collectif permettant d'interpréter le risque de manière cohérente et équilibrée. De plus, les répondantes mentionnent que la valorisation et

l'engagement dans la décision partagée avec la personne pourrait améliorer les relations et diminuer l'imputabilité. Cela pourrait également comprendre une distinction formelle entre le risque raisonnable, le devoir de diligence et la pratique téméraire.

Le **changement de culture** n'est pas perçu comme le point de départ, mais comme le **résultat d'une transformation opérationnelle** : la formation des acteurs, la structuration des décisions, la mise à disposition d'outils et le soutien organisationnel créent les conditions d'un changement culturel durable. Les participantes considéraient que le changement de culture constituait le résultat d'un leadership cohérent, d'un langage commun, de cadres de référence clairs et d'un soutien organisationnel manifeste.

➔ **Autres pistes de solutions intéressantes proposées par les participantes**

Adapter les conditions de travail pour **dédier des ressources qui seraient en mesure d'appliquer la philosophie de la dignité du risque**.

Recourir à des mécanismes de médiation, tels que la consultation éthique ou l'arbitrage des conflits, afin de soutenir la dignité du risque lorsque surviennent des désaccords entre les intervenantes, la personne aînée et leurs proches.

Réformer les indicateurs organisationnels pour récompenser la décision partagée et reconnaître les préjudices « cachés » d'une approche restreignant la dignité du risque.

Réviser la documentation et les politiques afin de s'assurer qu'ils reconnaissent les bénéfices d'une prise du risque raisonnable ainsi que les préjudices potentiels associés aux restrictions, plutôt que d'évaluer la sécurité uniquement en fonction de l'absence d'événements indésirables visibles.

Assurer un soutien visible des dirigeants avant, pendant et après les événements indésirables, afin d'appuyer le personnel, de normaliser l'incertitude, de soutenir les décisions difficiles et d'éviter les reproches rétrospectifs.

5. Conclusion – barrière 1

Dans l'ensemble, les participantes n'ont pas remis en question le principe de la *reddition de comptes* qui sous-tend une approche fondée sur la dignité du risque, mais plutôt la manière dont celle-ci est actuellement exercée. Leur préoccupation relevait moins de la crainte de conséquences juridiques que de l'obligation de devoir justifier individuellement des décisions cliniques raisonnables prises dans des contextes marqués par l'incertitude. Ils ont ainsi plaidé pour un modèle et des mécanismes de reddition de comptes qui reconnaissent la valeur du jugement clinique éclairé, tiennent compte de l'incertitude inhérente à la mise en œuvre de la dignité du risque et privilégient l'apprentissage et la collaboration au détriment du blâme rétrospectif.

Les participantes ont également souligné qu'elles se retrouvent souvent au premier plan de décisions restrictives qui sont pourtant influencées par des facteurs dépassant leur seul pouvoir d'action, notamment la culture organisationnelle, les politiques internes, les exigences réglementaires et diverses pressions systémiques. Cette réalité contribue à expliquer pourquoi les principaux obstacles à la dignité du risque ont été situés à ces niveaux. Dans un contexte où les attentes de performance et l'examen rétrospectif des décisions occupent une place importante, il demeure souvent plus facile de justifier une restriction que de soutenir l'autonomie d'une personne. Ces résultats suggèrent que la

promotion de la dignité du risque nécessitera bien davantage que des initiatives de formation. Elle exigera une transformation des environnements organisationnels afin de normaliser l'incertitude, de soutenir la prise de décision partagée, de reconnaître les préjudices parfois invisibles associés aux restrictions inutiles. Les organisations pourront ainsi devenir des leviers essentiels de mise en œuvre d'une approche fondée sur la dignité du risque.

Concrètement, cette transformation pourrait notamment passer par une révision des indicateurs de performance, tant individuels qu'organisationnels. Au lieu d'évaluer principalement la qualité et la sécurité à partir de l'absence d'événements indésirables, les organisations pourraient davantage valoriser des indicateurs, tels que le sentiment des personnes âgées et de leurs proches d'avoir été écoutés, considérés et impliqués dans les décisions qui les concernent. À l'inverse, des indicateurs centrés sur l'évitement du risque, comme l'absence de chutes, peuvent favoriser des pratiques plus restrictives.

Bien que de tels changements puissent paraître ambitieux, ils peuvent être mis en œuvre progressivement grâce à des actions concertées à tous les niveaux de l'organisation. Leur réussite repose toutefois sur l'adhésion d'une masse critique d'acteurs clés, incluant les décideurs, les gestionnaires, les cliniciens, les préposés, les personnes âgées et leurs proches. Il ne s'agit pas d'imposer une nouvelle vision, mais de favoriser une mobilisation collective autour d'un objectif commun : permettre aux personnes de vivre conformément à leurs valeurs et à leurs préférences, malgré la présence inévitable d'un certain niveau de risque.

Cette évolution doit également s'accompagner d'une clarification des attentes légales, réglementaires et organisationnelles afin de mieux définir ce qui doit être fait, communiqué et consigné. L'objectif n'est pas d'alourdir les pratiques par une sur-documentation, mais de fournir des repères suffisamment clairs pour soutenir le jugement clinique et la prise de décision partagée. En ce sens, le courage organisationnel nécessaire pour revoir ces cadres peut être comparé aux petites roues d'un vélo. Lorsque l'on apprend à faire du vélo, l'objectif n'est pas d'éliminer tout risque de chute, mais de créer les conditions permettant d'avancer avec confiance tout en développant progressivement ses habiletés. Avec le temps, les gestes deviennent plus naturels, la confiance s'installe et les petites roues ne sont plus nécessaires. De la même manière, des balises organisationnelles claires peuvent offrir le soutien requis pour amorcer un changement de pratique, jusqu'à ce que la dignité du risque devienne une composante pleinement intégrée et naturelle des soins et des services.

BARRIÈRE 2 : Défis liés à l'engagement des personnes vivant avec des difficultés cognitives dans les décisions valorisant la dignité du risque

À l'issue du deuxième volet du symposium, portant sur les défis liés à l'engagement des personnes vivant avec des difficultés cognitives, les participantes ont été invitées à répondre à cinq questions. Au total, 518 personnes (284 anglophones et 234 francophones) ont soumis leurs réponses :

1. Dans votre contexte de pratique (ou, si vous n'évoluez pas dans un milieu clinique, en vous référant au scénario présenté), où rencontrez-vous le plus de difficultés?
2. Quels facteurs rendent difficile l'engagement des personnes vivant avec des difficultés cognitives dans les décisions impliquant une prise de risque dans votre milieu?
3. Quel aspect de cette démarche vous semble actuellement le plus difficile à mettre en œuvre ou pour lequel vous vous sentez le moins outillé?
4. Quelles actions pourriez-vous mettre en place, individuellement, en équipe ou à l'échelle de votre organisation, pour surmonter les obstacles à l'adoption d'une approche fondée sur la dignité du risque auprès des personnes vivant avec des difficultés cognitives?
5. Parmi les solutions suivantes, veuillez sélectionner les trois qui seraient les plus efficaces pour vous, votre équipe ou votre organisation afin de surmonter les préoccupations liées à la responsabilité professionnelle ou organisationnelle lors de l'adoption d'une approche fondée sur la dignité du risque.

Les participantes ne considèrent pas les déficits cognitifs en soi comme le principal obstacle à la dignité du risque. Ils décrivent plutôt un système où les attentes des proches, la culture organisationnelle, les contraintes de temps et l'incertitude entourant les capacités de la personne compliquent le maintien de sa participation aux processus décisionnels.

**Comment pouvons-nous soutenir la participation de la personne lorsque :
l'aptitude fluctue, le rythme de travail est trop rapide, les familles présentent des
désaccords et les intervenantes tentent de trouver un équilibre entre la
surprotection et l'autonomie.**

1. Principaux enjeux soulevés par les participantes

Selon les participantes, le principal défi est la **gestion des attentes, inquiétudes et réactions des familles ou des proches**. Vues comme des incontournables du processus décisionnel, les proches sont à considérer dans la négociation du risque acceptable. La mise en place d'une approche valorisant la dignité du risque se joue concrètement dans la relation proches-intervenantes-personne. L'un des enjeux réside dans la capacité des différents acteurs à **accepter les conséquences découlant de la participation de la personne au processus décisionnel**. À cet égard, cette participation peut mener à privilégier son autonomie, même lorsque cela suppose certains compromis en matière de sécurité. Une telle issue peut toutefois être difficile à accepter pour les proches.

Les participantes soulignent l'importance de construire les recommandations valorisant la dignité du risque à travers la recherche de compromis. La principale difficulté réside dans l'identification de solutions à la fois réalistes, acceptables et partagées par les différentes parties concernées. Elles s'éloignent ainsi d'une conception opposant autonomie et protection pour mettre en lumière la complexité des « zones grises », notamment lorsque **l'aptitude d'une personne fluctue ou que sa compréhension varie dans le temps, rendant l'évaluation de la situation plus difficile**. Dans de tels contextes, il existe rarement une réponse unique ou objectivement correcte. Les décisions exigent plutôt de

trouver un équilibre entre des valeurs et des priorités parfois concurrentes, telles que l'autonomie, la sécurité, la qualité de vie, la dignité et les préférences de la personne elle-même.

Les participantes relèvent que l'évaluation de la capacité de la personne est difficile, mais soutenir sa participation une fois l'évaluation faite l'est davantage.

Cela nécessite de valider sa compréhension, d'adapter les explications à ses capacités et à ses difficultés (p. ex., aphasie, troubles de la mémoire), puis de réitérer les informations importantes. Les participantes relèvent aussi que les intervenantes peinent souvent à communiquer les risques de façon concrète, compréhensible et acceptable pour la personne.

En somme, les déficits cognitifs compliquent la participation, mais le principal défi se situe dans la gestion des tensions relationnelles entre la personne, les proches, les équipes et les organisations, dont les seuils de tolérance au risque et les valeurs diffèrent ou compétitionnent.

2. Obstacles à l'implication des personnes vivant avec des difficultés cognitives dans les décisions relatives au risque

Les participantes relèvent que l'**environnement** (incluant les proches) et le **manque de temps** tendent à diminuer et fragiliser la participation des personnes dans les décisions. Selon eux, il ne s'agirait pas d'une dynamique où la personne est immédiatement exclue des décisions, mais plutôt d'un processus progressif qui se réalise alors que les intervenantes misent sur la participation des proches en remplacement de la voix de la personne, par souci d'efficacité et de sécurité. Les participantes ont également souligné que l'incertitude entourant la capacité d'une personne à comprendre sa condition (conscience de sa maladie, autocritique) et les risques associés aux différentes options (notamment sa capacité à reconnaître l'incidence de ses limitations sur son fonctionnement et sa sécurité), combinée aux fluctuations de son aptitude au fil du temps, rend les discussions sur les risques particulièrement difficiles. Cette situation est d'autant plus complexe qu'une altération de la conscience de la maladie peut constituer un symptôme de certains types troubles neurocognitifs. De plus, une culture organisationnelle averse au risque, conjuguée à des comportements souvent implicites empreints d'âgisme, pourrait contribuer à un déplacement progressif de l'autonomie décisionnelle vers les proches ou les systèmes.

3. Qu'est-ce qui est le plus difficile en ce moment ?

Le défi central rapporté par les répondantes est de préserver l'autonomie de la personne dans un contexte où le système et les proches sont orientés vers la sécurité. La culture organisationnelle est aussi perçue comme un obstacle, les milieux étant souvent peu favorables au risque jugé raisonnable ou bénéfique selon la perspective de la personne concernée. En outre, le manque de temps, les ressources limitées et la rapidité de la pratique favorisent les pratiques sécuritaires. Un **inconfort moral** est également rapporté en raison de la tension entre le respect de l'autonomie décisionnelle de la personne et l'obligation perçue d'assurer sa protection.

L'enjeu serait lié à la **tolérance collective au risque** de la part à la fois des systèmes, des proches, des intervenantes et de la personne. Le degré auquel chaque partie est disposée à accepter et supporter le risque façonne ultimement les possibilités de participation significative et la concrétisation du principe qui sous-tend l'approche de la dignité du risque.

4. Pistes de solutions proposées par les participantes pour valoriser la dignité du risque auprès d'individus vivant avec des difficultés cognitives

➔ Développer les compétences

Les participantes soulignent l'importance que les acteurs impliqués aient la même compréhension du risque acceptable, de l'autonomie et de la participation. La mise en place d'activités de sensibilisation et d'espaces de réflexion mettant en lumière les bénéfices associés à la prise de risque, destinés aux équipes, aux proches, aux gestionnaires et à la population, pourrait favoriser l'adoption d'un langage commun ainsi que le développement d'une culture organisationnelle propice à la promotion de la dignité du risque.

Parmi les compétences jugées essentielles pour soutenir davantage la participation des personnes, les participantes mettent en évidence la nécessité d'adapter la communication aux capacités cognitives, au rythme de traitement de l'information et au contexte de vie de chaque personne. Elles expriment toutefois le besoin de développer davantage leurs compétences en soutien à la décision, au-delà de l'évaluation de l'aptitude décisionnelle. Selon elles, les intervenantes gagneraient à bénéficier d'un accompagnement et d'une formation accrue afin de soutenir la participation des personnes aux décisions qui les concernent, dans la plus mesure possible, même en présence de difficultés cognitives.

➔ Soutenir les proches

Les participantes ont souligné l'importance d'offrir un soutien accru aux proches, notamment par des activités de sensibilisation visant à mieux comprendre la probabilité de survenue des événements indésirables associés aux différentes options ainsi que la gravité de leurs conséquences potentielles. Une compréhension de l'importance du respect de l'autonomie de la personne et des bénéfices associés à une prise de risque pourrait favoriser une participation constructive des proches aux discussions.

Bien qu'il soit essentiel de reconnaître les défis liés à la réticence de certains proches, souvent alimentée par la peur, la culpabilité, l'incompréhension ou l'anxiété, ceux-ci doivent être considérés comme des partenaires incontournables. Leur soutien émotionnel, leur accompagnement et leur participation active au processus décisionnel aux côtés de la personne constituent des leviers importants pour la mise en œuvre de la dignité du risque. En les accompagnant dans la gestion de ces enjeux, les intervenantes seraient davantage outillées pour favoriser des décisions conciliant autonomie, sécurité et qualité de vie.

➔ Soutenir la décision partagée

Les participantes soulignent le besoin d'outils, de guides et de mécanismes concrets pour soutenir la prise de décision partagée. Elles souhaitent notamment disposer d'**outils de soutien à la communication** afin de faciliter les discussions complexes, notamment lorsqu'il existe des divergences de points de vue entre la personne et ses proches. Elles expriment également le désir d'impliquer davantage la personne dans les décisions, en tenant compte de son histoire de vie et en respectant ses préférences. À cette fin, elles proposent le recours à des supports visuels, à des stratégies de communication adaptées ainsi qu'à une validation régulière de la compréhension des informations transmises.

➔ Transformer les organisations

Les participantes ont souligné que, dans un contexte organisationnel fortement axé sur la protection, la dignité du risque est parfois perçue comme une pratique marginale. Elles souhaitent ainsi **normaliser les discussions entourant le risque**, intégrer la philosophie de la dignité du risque aux pratiques courantes et lui conférer une plus grande légitimité institutionnelle. Elles ont également relevé que le soutien à l'autonomie des personnes vivant avec des difficultés cognitives exige un investissement important en temps relationnel, une ressource que le système actuel permet difficilement. Une participation significative nécessite en effet du temps pour répéter les explications, renouveler le consentement et adapter continuellement le rythme, le vocabulaire et les stratégies de communication à l'évolution de l'état de la personne. Cette flexibilité est d'autant plus importante que les capacités cognitives et l'aptitude décisionnelle peuvent fluctuer dans le temps. Les participantes ont donc insisté sur l'importance de mettre en place des **structures organisationnelles et des ressources adéquates permettant aux intervenantes de s'engager dans ces démarches exigeantes, mais essentielles au respect de l'autonomie et à la mise en œuvre de la dignité du risque**.

➔ Renforcer le travail interdisciplinaire

Les participantes jugent que la décision **ne devrait pas être portée par un seul intervenant**. En raison des dilemmes éthiques, des déficits cognitifs et des tensions familiales, plusieurs expertises ainsi qu'une **responsabilité collective** sont de mise.

5. Priorisation par les participantes des 3 meilleures solutions

1. Adopter des évaluations du risque nuancées et personnalisées

L'importance accordée à cette solution témoigne de la volonté des participantes de privilégier une approche individualisée du risque plutôt que des modèles binaires fondés sur l'aptitude ou l'inaptitude. Elles considèrent comme essentiel de reconnaître la complexité de chaque situation ainsi que la variabilité des capacités, des valeurs et des préférences.

2. Former et accompagner les équipes

Les participantes estiment que l'adoption d'une approche fondée sur la dignité du risque nécessite le développement de la capacité à exercer un jugement clinique nuancé dans des situations complexes et marquées par l'incertitude. La formation et

l'accompagnement des équipes pourraient favoriser le développement du discernement, de la tolérance à l'incertitude ainsi que des compétences relationnelles nécessaires.

3. Changer la culture organisationnelle et travailler en partenariat avec les proches

Les participantes ont souligné la nécessité de normaliser les discussions entourant le risque, d'intégrer les principes de la dignité du risque aux pratiques et de leur conférer une légitimité institutionnelle. Elles soulignent l'importance de structures et de ressources organisationnelles permettant aux intervenantes de consacrer le temps requis pour soutenir adéquatement la participation des personnes vivant avec des difficultés cognitives. Quant aux proches, ils sont perçus comme des **alliés** qu'il faut soutenir et accompagner dans le processus décisionnel.

6. Autres solutions possibles (non mentionnées par les participantes)

La tenue de discussions avec la personne concernée et ses proches dans des environnements et selon des modalités de communication adaptés aux capacités cognitives pourrait favoriser une meilleure compréhension et rétention de l'information, soutenant ainsi une participation plus significative à la prise de décision. Cela pourrait inclure un environnement calme, du temps suffisant pour les échanges, la répétition des informations importantes ou l'utilisation d'aides visuelles ou écrites.

La mise en place d'un **processus d'analyse des incidents non punitif** pourrait favoriser l'apprentissage au sein des équipes et accroître leur confiance dans l'application des principes de la dignité du risque. De plus, lorsqu'un désaccord survient entre la personne et ses proches, ou entre différents proches, un mécanisme structuré de médiation ou de résolution des conflits pourrait offrir un soutien supplémentaire aux intervenantes.

Bien que les participantes aient souligné l'importance de soutenir la participation des personnes aux décisions qui les concernent, il pourrait aussi être pertinent de mettre sur pied des comités consultatifs ou d'organiser des **activités de cocréation** réunissant les personnes concernées et leurs proches afin de concevoir des outils de communication adaptés à leurs besoins et à leur réalité.

Une stratégie prometteuse pour favoriser un changement de culture organisationnelle serait de développer des **indicateurs de performance valorisant l'autonomie décisionnelle**. Par exemple, les organisations pourraient suivre et documenter la proportion de décisions prises avec la participation active de la personne vivant avec des difficultés cognitives.

À retenir

Les participantes proposent implicitement un **changement de paradigme**. Plutôt que de chercher à déterminer si une personne peut participer aux décisions, elles soulignent **l'importance de créer les conditions nécessaires pour soutenir sa participation et explorer les possibilités d'une prise de risque bénéfique**, malgré la présence de difficultés cognitives.

7. Conclusion – barrière 2

Les résultats de la consultation des participantes soulignent l'importance de renforcer le soutien aux dimensions relationnelles et communicationnelles liées à la l'adoption de la dignité du risque en pratique. Une telle démarche apparaît essentielle pour favoriser une compréhension partagée des enjeux complexes entourant l'autonomie décisionnelle. Or, ces concepts sont souvent interprétés différemment par les personnes concernées, leurs proches et les intervenantes, ce qui peut entraîner des incompréhensions, des tensions et des divergences quant aux décisions à prendre et aux interventions à privilégier.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent de développer des guides de communication, des aides visuelles ou des scénarios de discussion, afin de soutenir les échanges avec les personnes concernées et leurs proches dans des situations souvent éprouvantes sur les plans émotionnel et organisationnel. Ces outils pourraient aider à clarifier quoi dire, comment l'exprimer, à quel (s) moment (s) pour s'assurer que l'information a été comprise, qui consulter et dans quel ordre. Ils devraient également aider à présenter les différentes options en facilitant l'exploration de toutes leurs conséquences possibles, tout en mettant d'abord en lumière les bénéfices potentiels associés à une prise de risque réfléchie. De tels outils pourraient aussi favoriser une meilleure compréhension des préoccupations exprimées en distinguant ce qui relève des valeurs, des préférences et des aspirations de la personne concernée de ce qui traduit davantage les inquiétudes ou les besoins de réassurance de son entourage. Cette réflexion invite à s'interroger sur l'origine de ces préoccupations : répondent-elles à un besoin de se rassurer soi-même, à ce que l'on souhaiterait pour soi dans une situation similaire ou à ce que l'on juge souhaitable pour cette personne au regard de ses valeurs, de son histoire et de ses préférences?

Par ailleurs, de proposer à la personne concernée des scénarios évolutifs pourrait favoriser une approche graduelle, fondée sur la recherche de compromis acceptables et l'exploration progressive des options. Une telle démarche contribuerait à introduire le changement à partir de repères familiers et rassurants, tout en préservant la sécurité émotionnelle de la personne. Une telle gradation est susceptible d'accroître l'acceptabilité des interventions proposées ainsi qu'une ouverture à de nouvelles perspectives.

Enfin, l'utilisation de supports visuels illustrant concrètement les différentes options et leurs conséquences potentielles pourrait rendre celles-ci plus prévisibles et moins menaçantes. Des arbres décisionnels, des échelles de risque ou des scénarios illustrés permettraient de mieux saisir les enjeux, de distinguer la probabilité des risques de la gravité de leurs conséquences et de soutenir des choix porteurs de sens pour la personne. En effet, une décision est davantage susceptible d'être acceptée lorsqu'elle « vient d'elle », c'est-à-dire lorsqu'elle lui confère un sentiment de contrôle, s'inscrit dans ses valeurs et lui permet d'anticiper, de façon réaliste et non alarmiste, les situations qu'elle souhaite éviter. Une telle démarche peut ainsi favoriser une prise de décision plus éclairée, partagée et respectueuse de l'autodétermination.

La consultation des participantes met également en évidence l'intérêt de constituer des banques de pratiques exemplaires regroupant des exemples concrets de microdécisions, de stratégies de communication et d'approches ayant démontré leur utilité dans des

situations complexes. Le partage de ces expériences pourrait contribuer au développement d'un savoir commun et à une plus grande cohérence des pratiques.

Enfin, les résultats rappellent l'importance de reconnaître et de soutenir la détresse morale que peuvent vivre les intervenantes lorsqu'elles sont confrontées à des tensions entre ce qu'elles estiment devoir faire, ce qu'elles peuvent faire et ce qu'elles souhaiteraient faire. La mise en place, ou une meilleure visibilité, d'instances formelles de soutien, de réflexion éthique, de médiation ou de consultation apparaît comme une avenue essentielle pour soutenir les pratiques, renforcer la confiance entre les acteurs et favoriser des décisions respectueuses des valeurs, des préférences et de la réalité des personnes concernées.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Les réponses des participantes montrent que les décisions relatives aux risques ne reposent pas uniquement sur une évaluation objective de leur probabilité ou de leur gravité. Elles impliquent un arbitrage entre des valeurs parfois concurrentes, une appréciation des compromis entre bénéfices et préjudices potentiels, ainsi qu'un jugement sur les conséquences jugées les plus importantes. Les divergences entre la personne, ses proches, les intervenantes et les organisations reflètent souvent des différences de valeurs et de priorités plutôt qu'un désaccord sur les faits. Soutenir la dignité du risque exige donc des processus décisionnels qui explorent explicitement les valeurs, les préférences et les priorités de la personne, tout en tenant compte des perspectives des autres acteurs concernés. Dans ce contexte, la dignité du risque consiste à prendre des décisions fondées sur les valeurs malgré l'incertitude. Une décision bien étayée n'est pas celle qui élimine tout préjudice possible, mais celle qui met en balance, de manière transparente, les avantages et les inconvénients des différentes options à la lumière de ce qui importe le plus à la personne. L'enjeu n'est donc pas seulement d'améliorer l'évaluation du risque, mais aussi de mettre en place des processus décisionnels et des systèmes de santé capables de respecter de manière constante les priorités de la personne, tout en soutenant un partage de la responsabilité entre les équipes et les organisations.

Que requiert la mise en œuvre d'une philosophie fondée sur la dignité du risque?

- Les résultats montrent que l'intégration de la dignité du risque dans les pratiques nécessite une action coordonnée à tous les niveaux du système de santé. **Il ne s'agit pas seulement de modifier les comportements des intervenantes**, mais de transformer les conditions qui soutiennent la prise de décision.
- Au niveau **micro**, les intervenantes doivent disposer des compétences, de la confiance et des outils nécessaires pour mener des discussions axées sur les valeurs et soutenir la prise de décision partagée dans un **contexte d'incertitude**.
- Au niveau **méso**, les équipes ont besoin de processus collaboratifs et d'approches cohérentes qui favorisent une **responsabilité partagée** entre les acteurs

concernés et reconnaissent les personnes et leurs proches comme de véritables partenaires de la prise de décision.

- Au niveau **macro**, les organisations et les systèmes de santé doivent instaurer un leadership, des politiques, des activités de formation et des mécanismes de reddition de comptes **favorisant l'apprentissage, plutôt que la punition**. Ces mesures doivent **normaliser les discussions** sur la recherche d'équilibre entre bénéfices et préjudices potentiels et **reconnaître à la fois les préjudices visibles associés aux événements indésirables et ceux, plus subtils, découlant de restrictions inutiles**.
- En définitive, **les participantes ont souligné qu'une bonne décision n'est pas celle qui élimine tout risque**, mais celle qui arbitre de façon transparente entre des valeurs parfois concurrentes et qui s'harmonise avec les préférences, les priorités et les objectifs de la personne aînée, après que celle-ci a reçu l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée.

Tableau : Priorités de mise en œuvre identifiées par les participantes

Niveau	Barrière 1	Barrière 2
Clinicien (micro)	Confiance pour prendre des décisions justifiables; compétences pour composer avec l'incertitude; outils de communication et de documentation.	Compétences dans l'accompagnement des personnes concernées dans une prise de décision difficile; évaluation nuancée et équilibrée du risque; adaptation de la communication; capacité à faire émerger les valeurs et les préférences de la personne.
Équipes et programmes (méso)	Responsabilité partagée; collaboration interdisciplinaire; approches cohérentes; soutien éthique.	Partenariat avec les proches; planification interdisciplinaire des soins; compréhension commune du niveau de risque acceptable.
Organisations et systèmes (macro)	Leadership et politiques organisationnelles soutenant une culture d'apprentissage plutôt que de sanction; mécanismes de reddition de comptes favorisant le jugement clinique plutôt que le blâme.	Transformation de la culture organisationnelle et des politiques grâce à des indicateurs de performance valorisant la participation, plutôt que la restriction; adoption de cadres de référence valorisant la dignité du risque.

Nous vous invitons à consulter les outils / ressources présentés lors du symposium, qui seront disponibles sur le [site web de Vivre avec les risques](#) dès septembre 2026.

Symposium sur la Dignité du risque

Synthèse des propos
des participantes

Le risque est la possibilité de
conséquences à la fois **positives**
et **négatives**.

Les décisions devraient donc
commencer par comprendre ce que
la personne espère obtenir, avant
de mettre en balance les avantages
et les inconvénients potentiels
des différentes options.



518

participantes

APPROCHE TRADITIONNELLE



Se concentrer sur le risque
de préjudices physiques



Prévenir toute activité
ou tout choix significatif



Réduire la possibilité
de préjudice



Peut réduire involontairement
l'autonomie et la qualité de vie

APPROCHE VALORISANT LA DIGNITÉ DU RISQUE

Qu'est-ce que cette personne espère faire, être ou vivre
grâce à cette décision ?



BÉNÉFICES POTENTIELS

Quels résultats positifs
sont possibles?



INCONVÉNIENTS POTENTIELS

Quels résultats négatifs
sont possibles?



PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE DANS L'INCERTITUDE

Informée • Transparente • Collaborative



CO-CONSTRUIRE DES STRATÉGIES ÉCLAIRÉES PAR LES VALEURS

pour optimiser les bénéfices potentiels et **atténuer**
les inconvénients potentiels tout en s'alignant sur
ce qui compte le plus pour la personne



DÉCISION ET ACTION

Réexaminer et adapter au besoin



Les bonnes décisions ne sont pas celles qui éliminent la possibilité de
préjudice, mais celles qui équilibrent de façon **transparente** les bénéfices
et les inconvénients à la lumière de **ce qui compte le plus pour la personne**.

DEUX PRINCIPALES BARRIÈRES IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTES



1. CRAINTE D'IMPUTABILITÉ / DE REPRÉSAILLES / D'ÊTRE TENU RESPONSABLE

- Peur d'être blâmé et d'avoir à justifier des décisions raisonnables après un résultat négatif
- Manque de soutien organisationnel et peur du jugement rétrospectif
- Concentration sur les préjudices visibles du risque en ignorant les préjudices cachés des restrictions inutiles
- Culture organisationnelle qui rend les restrictions plus faciles et plus sécuritaires que de défendre l'autonomie



2. DÉFIS LIÉS À L'ENGAGEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC DES DIFFICULTÉS COGNITIVES

- Gérer les attentes des partenaires de soins
- Incertitude quant à la capacité de décision et à la manière de soutenir la participation
- Difficulté à trouver des solutions de rechange adaptées à la situation
- Manque de temps, de compétences, de communication et de soutien organisationnel

LA MISE EN ŒUVRE REQUIERT UNE ACTION COORDONNÉE À TOUS LES NIVEAUX



MICRO (CLINICIEN INDIVIDUEL)

- ✓ Reconnaître à la fois les bénéfices et les inconvénients potentiels du risque
- ✓ Explorer ce qui compte le plus pour la personne
- ✓ Compétences en communication
- ✓ Outils pratiques et documentation pour appuyer les décisions
- ✓ Confiance pour soutenir une prise de décision éclairée



MÉSO (ÉQUIPE / PROGRAMME)

- ✓ Approches cohérentes et langage commun sur le risque
- ✓ Responsabilisation partagée et collective dans la prise de décision
- ✓ Collaboration interdisciplinaire
- ✓ Partenariats avec les personnes et leurs proches aidants
- ✓ Consultations éthiques et soutien à la résolution de conflits



MACRO (ORGANISATION / SYSTÈME)

- ✓ Politiques, cadres et lignes directrices facilitant une prise de risque raisonnable
- ✓ Leadership qui appuie l'autonomie et qui défend le personnel
- ✓ Formation et développement des compétences
- ✓ Ressources adéquates et temps pour réaliser ce travail
- ✓ Culture d'apprentissage avec reddition de comptes non punitive

PRINCIPES
FONDAMENTAUX
MIS DE L'AVANT
PAR LES
PARTICIPANTES



Les valeurs de la
personne guident
les décisions



Commencer par
les espoirs et
les objectifs



Équilibrer les
bénéfices et les
inconvénients



Optimiser les
bénéfices et
atténuer les
inconvénients



Soutenir une prise
de décision éclairée
et informée



Partager la
responsabilité



Apprendre et
s'améliorer
continuellement

NOTRE OBJECTIF COMMUN



Favoriser la participation,
l'autonomie et la qualité
de vie en aidant les gens
à bénéficier de la
sécurité nécessaire,
et non de la sécurité
maximale.

Source : Cette infographie est une représentation visuelle du document *Symposium sur la Dignité du risque - Synthèse des propos des participantes aux ateliers*. Merci de citer comme suit : Provencher, V., et MacLeod, H. (2020). *Symposium sur la Dignité du risque - Synthèse des propos des participantes aux ateliers*. [Infographie].