

## Valeurs des soignants *versus* impératifs économiques

Le texte qui suit est une synthèse des réflexions proposées par Benoît Van Cutsem lors du « *Midi de la bioéthique* » du 15 décembre 2006. Ce « *Midi* » avait pour thème : « Valeurs des soignants *versus* impératifs économiques ».

### 1. Le titre

On pourrait penser que les deux notions mises en tension dans le titre relèvent du même ordre d'idées. Ce n'est pas le cas.

La notion « valeurs des soignants » renvoie à une réalité de l'ordre de l'intention, de l'idéal, de la volonté. Poursuivre des valeurs et vouloir les réaliser, c'est être dans l'intentionnel, c'est le principe de volonté. Par ailleurs, la pratique semble indiquer que pour beaucoup de soignants ces valeurs ont une importance telle qu'elles confèrent un sens à leur activité professionnelle, voire à leur vie. Par exemple, dans les circonstances où ces valeurs ne peuvent être mises en pratique, certains soignants estiment être en contradiction avec leur conscience. Il arrive qu'ils demandent une mutation ou qu'ils envisagent de quitter la profession. Avec la notion « valeurs des soignants » on est donc aussi dans l'ordre du sens.

L'expression « impératifs économiques » renvoie, elle, au principe de réalité. Pour les soignants, l'économique n'est pas un but poursuivi mais une contrainte dont il y a lieu de tenir compte. Attention au vocable utilisé : « impératifs économiques » pourrait faire croire que l'économique est un objectif à poursuivre, alors que l'objectif du soignant est le soin. Par contre, « contraintes économiques » souligne qu'on est dans le subir et pas dans le vouloir.

Il est parfois affirmé que la fonction de soin est à ce point éminente que les moyens doivent nécessairement suivre : « la santé n'a pas de prix ». Cet énoncé se présente comme une détermination noble et sans faille alors qu'en fait il essaye de masquer une réalité humaine et sociale : tout le monde sait que la santé a un coût. D'où, inévitablement, le soupçon que celui qui ne mentionne pas la dimension « coût » de la

santé fait plus de l'idéologie ou du lobbying que de l'analyse sérieuse. Nier les contraintes du réel, c'est fausser l'analyse de la situation. Cette erreur de jugement aura quasi inévitablement des répercussions sur d'autres secteurs de la vie sociale ou d'autres secteurs de la santé : ceux-ci n'auront pas les moyens auxquels ils ont droit. L'assertion « la santé n'a pas de prix » relève donc à un double titre du domaine de l'éthique : il y a contrevérité et il y a manquement au niveau de la justice distributive.

## 2. Les trois niveaux

Dans les textes économiques on retrouve régulièrement la distinction entre trois niveaux : le niveau « macro », le niveau « méso » et le niveau « micro ». Dans le domaine de la santé, on pourrait distinguer les décisions de la collectivité (niveau macro), les décisions de l'institution de soin (niveau méso) et les décisions individuelles (niveau micro). Cette distinction n'est pas catégorique (p.ex. la prescription du généraliste en visite à domicile a un impact sur le budget de la santé publique) mais elle peut faciliter la réflexion. Nous aborderons brièvement le niveau macro et nous nous attarderons plus longuement au niveau méso parce qu'il joue un rôle très important en milieu hospitalier. Par manque de temps, nous ne traiterons pas du niveau micro.

## 3. Le niveau macro

Ce niveau n'est pas l'objet central de notre réflexion aujourd'hui mais il faut cependant en souligner l'importance. Les instances de ce niveau (ministère, Inami, ...) prennent des décisions qui déterminent les conditions pratiques d'un très grand nombre de comportements et de situations. Ces décisions apportent parfois des contraintes telles aux soignants qu'il leur est pratiquement impossible de respecter leur déontologie ou leurs convictions éthiques. P.ex., réaliser autant de prestations en autant de temps les oblige à un travail à la chaîne (des patients s'en plaignent...). Le niveau macro est le lieu d'impulsion des politiques en matière de santé publique mais c'est aussi le lieu d'arbitrages (et donc de groupes de pression) entre p.ex. des intérêts locaux, des intérêts sectoriels, des spécialisations médicales, etc. Les nombreux professionnels de la santé ou les politiques qui siègent à ce niveau vont-ils décider dans le sens de la santé publique ? Ou seront-ils essentiellement les relais d'intérêts particuliers ? Là se situe évidemment un enjeu éthique crucial pour le secteur.

#### 4. Le niveau méso

Ce niveau (la direction d'un hôpital p.ex.) est mis sous une énorme pression par le niveau macro. La question pour lui est de savoir comment il va relayer vers les professionnels les décisions émanant du niveau macro, p.ex. au niveau budgétaire. Première hypothèse : il va être une simple courroie de transmission et appliquer linéairement, aveuglément, les directives qui viennent de plus haut. Auquel cas il va instaurer dans l'institution une dynamique à prédominance hiérarchique. Argument : *on impose parce qu'il n'y a aucune marge de manœuvre* . Il pourrait aussi instaurer, seconde hypothèse, une dynamique à prédominance de concertation. La gestion des contraintes économiques avec prédominance de concertation implique un minimum (on devrait dire *un maximum*) de transparence et de communication.

Ce dernier facteur est très important. Ne pas communiquer, ou mal communiquer, ou trop peu communiquer induit des éléments tels que méfiance, suspicion, procès d'intention. Et, on le sait bien, la rupture de confiance occasionne une perte de temps et d'argent considérable : perte de motivation, baisse de la créativité professionnelle, collaboration réduite au strict minimum, moindre résistance au stress et à la fatigue, etc. Par conséquent, il faut développer, à tous les niveaux (direction d'institution, responsable de service, chef d'équipe,...) un réel souci et intérêt pour la communication. Cela suppose qu'on y consacre du temps (ce temps est un investissement et non pas un temps perdu...) et que, le cas échéant, on améliore son professionnalisme à ce niveau. Rappelons ici que toute communication interfère inévitablement à deux niveaux : le niveau du contenu (c'est l'objectif explicite de la communication : un échange d'informations) et le niveau relationnel (attitude - verbale ou non verbale – d'ouverture, d'accueil, de mépris, de non-écoute, etc.).

#### 5. Dans la concertation : la responsabilité et autrui

Dans une visée de concertation, communiquer avec l'autre, c'est le considérer comme responsable, c'est le confirmer dans les responsabilités professionnelles qui sont les siennes. La plupart des professionnels de la santé sont des cadres. Ils répondent à 3 critères majeurs de la définition du cadre : enseignement supérieur, autonomie dans le contenu et l'organisation du travail et, enfin, responsabilité déontologique et légale. Ne pas leur reconnaître leur responsabilité, ou plus simplement l'ignorer, c'est donc en quelque sorte

nier leur identité professionnelle. Et c'est si vite arrivé. Quel est le responsable qui n'a pas 1001 bonnes raisons de réduire les responsabilités de ses collègues ou de ceux qui travaillent sous ses ordres ?

Au moment où des réajustement budgétaires doivent être opérés, il est important de donner aux professionnels la possibilité de réajuster eux-mêmes leurs manières de procéder. Les dirigeants des institutions devraient, par la communication et la responsabilisation, encourager la rationalisation plutôt qu'imposer un rationnement. La même logique se dessine au niveau de la politique de l'institution (les priorités internes à l'institution). Une politique interne communiquée, concertée, amendée, etc. sera plus facilement assumée qu'un choix présenté comme inéluctable étant donné les contraintes externes.

La responsabilité et l'éthique ont plusieurs liens. La non-reconnaissance de la responsabilité professionnelle de l'autre va souvent de pair avec la négation de sa capacité et de sa responsabilité éthiques. Dans certains contextes, il arrive que des responsables de services ou d'équipes s'emparent et monopolisent la dimension éthique des choix qui se font. L'autorité professionnelle devient alors autorité de conscience, l'obéissance professionnelle devient obéissance de conscience. Or, on le sait, dans les professions de santé la responsabilité est un facteur crucial étant donné les situations à risque qui se présentent quotidiennement.

#### 6. Dans la concertation : la responsabilité et soi

Curieusement, assumer ses responsabilités constitue souvent un défi majeur dans les institutions contemporaines. L'institution hôpital n'échappe pas à cette difficulté. Pour certains, c'est le souci tactique qui fait qu'ils ne prennent pas la parole, pour d'autres, c'est la difficulté de fond à prendre la parole. Mais ne pas prendre la parole, ne pas donner son avis dans une discussion ou dans un échange de groupe peut être un refus (une crainte) de prendre ses responsabilités. Dans certaines circonstances, se taire c'est être complice. Il est certain qu'une dynamique de concertation facilite la prise de parole alors qu'une dynamique autoritaire la freine, voire la bloque.

## 7. Dans la concertation : l'autonomie

Les notions de responsabilité et d'autonomie ont de multiples liens entre elles. Il n'est pas possible de penser la responsabilité sans penser l'autonomie. A propos de cette dernière, l'on distingue souvent l'autonomie interne et l'autonomie externe. L'autonomie interne est plus individuelle et a des composantes psychologiques. Dans le domaine de la santé p.ex., on constate que le soignant qui est pris dans l'émotion perd une partie de son autonomie interne, notamment de sa capacité de perception, de raisonnement, de décision.

L'autonomie externe est plus sociale et dépend du milieu dans lequel l'individu se trouve. Si le milieu est très hiérarchisé, l'individu y perdra une part de son autonomie (ses choix sont réduits par le fait de ses supérieurs).

Pour pouvoir prendre et assumer ses responsabilités, le professionnel de la santé doit disposer d'un minimum d'autonomie interne et externe.

## 8. En conclusion

- Les instances au niveau macro prennent des décisions aux implications éthiques majeures. Tant pour les patients et le public en général que pour les professionnels de la santé.
- Un des défis éthiques des instances au niveau « méso » est le respect de la responsabilité des agents professionnels. Cela passera par la mise en place de structures, de procédures et de processus de communications favorables à cette responsabilisation.

A quelque niveau que ce soit dans l'organigramme de l'hôpital, les professionnels peuvent se laisser inspirer par cette réflexion de l'empereur Marc Aurèle (121 – 180) :

*« Que dieu me donne la force de supporter ce qui ne peut être changé  
et le courage de changer ce qui peut l'être.  
Mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre ».*