

# L'ÉTHIQUE DES SOIGNANTS : UN REGARD SUR LE MONDE DE LA SANTÉ ET SON QUOTIDIEN

**Cedric Tcheng**

Tribune, première publication le 12/10/2017

---

## Résumé

En lieu et place d'une description objective du monde hospitalier, qui ne saurait révéler la vérité du terrain, cet article vise à dépeindre de manière systémique le quotidien du monde hospitalier. Adoptant ainsi le point de vue de *l'éthique du care* selon lequel tout aperçu de la vie éthique d'un milieu participe à la fois du souci et de *l'attention portée à* (*care* : se soucier de) ainsi que de *ce qui est important* pour nous (*care* : ce qui compte, prendre soin), cette perception morale permet d'appréhender au mieux la relation de soin telle qu'elle se pratique dans l'hôpital sous toutes ses formes et avec tous les acteurs concernés. En ce sens, cette description nous permet d'avoir une vision différente de ce qui se joue à l'hôpital, loin des clichés, afin de mettre à jour le décalage entre l'éthique des soignants et la morale portée par toute une société.

**Mots-clés** : Ethique, care, soin, hôpital, soignants

## Abstract

**Keywords** : Ethic, care, hospital, healers

---

# Introduction

Le secteur de la santé rassemble des personnes qui sont liées par une relation très spécifique : la relation de soin. Cette relation pleine de sens est au cœur même du métier. L'éthique des soignants est donc un rouage central du fonctionnement du secteur de la santé. Pourtant, il semble illusoire de décrire cette éthique soignante : autant de professionnels, autant d'approches différentes. Au fil des 12 ans passés à travailler aux côtés des soignants, sans être moi-même un soignant, j'ai pu découvrir et partager un peu de leur quotidien et échanger sur bon nombre de leurs histoires de vie. C'est pourquoi, plutôt que d'essayer de définir l'indéfinissable, je vais m'attacher à vous restituer des observations que j'ai pu faire au cours de mon expérience. Je suis convaincu que pour se figurer ou pour essayer de comprendre l'éthique soignante, il est nécessaire de porter un regard sur l'environnement et le quotidien des professionnels de santé.

C'est ce que je vous propose dans ces quelques pages, un voyage qui se veut au plus près de la vie professionnelle des soignants et qui vous aidera, je l'espère, à mieux comprendre qui ils sont, les relations qui les construisent, ce qu'ils vivent au quotidien et leur ressenti, pour tenter d'appréhender ce que peut être l'éthique soignante et sur quoi elle peut se fonder.

Tout d'abord, il paraît nécessaire de définir un cadre à ce vaste champ qu'est « l'éthique soignante ».

Concernant le soin, j'apprécie l'approche que propose la langue anglaise qui distingue le « cure » (associée à une approche « curative ») et le « care » (associé à une approche « prendre soin »). Il est possible de redessiner ce contour au sein même de l'organisation du système de santé en France qui distingue le secteur « sanitaire », où l'objectif est une guérison et le secteur « médico-social » où c'est l'accompagnement qui est la clé. Cette différence se retrouve également marquée dans les métiers avec d'un côté les médecins et les paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes,...), qui sont reconnus comme prodiguant des actes « directement » soignants et les métiers éducatifs ou d'accompagnement (éducateur, aide-soignant, auxiliaire de vie,...). Dans le système de tarification des actes de l'assurance maladie c'est aussi le soin « curatif » qui est facturable et génère toutes les recettes.

Il faut ensuite prendre en considération les deux grandes tendances actuelles dans le secteur de la santé, portées par les avancées technologiques considérables qui ont permis de faire reculer les maladies soit en les stabilisant, soit en ralentissant leur évolution.

D'une part, cela a permis le vieillissement de la population dans des conditions plus ou moins favorables, générant elles-mêmes d'autres complications touchant d'ailleurs plus souvent au « prendre soin »... Les maladies neurodégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer, en sont une bonne illustration.

D'autre part, le recours du malade au soin « atténuateur » étant chronique, les maladies deviennent des « maladies chroniques ». L'hôpital devient une résidence secondaire et la famille s'agrandit pour accueillir au domicile l'infirmière, l'aide-soignant, l'auxiliaire de vie,...

Dans ce contexte, les malades nécessitent un accompagnement « humanisé » et soignant au sens du « prendre soin », qui va de l'annonce du diagnostic jusqu'à l'ouverture de la porte de leur maison... Et cela concerne tous les professionnels de santé, y compris les médecins et les paramédicaux.

Paradoxalement la technicité croissante du soin à l'origine de ces tendances a donc pour effet de renforcer d'autant le rôle de l'accompagnement dans les parcours de santé.

Par ailleurs, le secteur de la santé se veut bien encadré en matière d'éthique. Il semble même cerné de toutes parts : le Comité Consultatif National d'Éthique qui accompagne les politiques au plus haut niveau ; la CNIL qui régit strictement toutes les collectes, stockages et partages de données, en particulier celles à caractère médical ; les lois de bioéthique ; les codes de déontologie des différentes professions de santé.

Mais cette éthique-là est une éthique de la big-data, une éthique du contrôle des données, une éthique associée à l'approche curative, alors que le quotidien du secteur de la santé se cherche aujourd'hui une éthique du « prendre soin », une éthique du « sens ». Car c'est à cet endroit que s'exprime toute la complexité des relations humaines.

D'ailleurs, la création de l'Espace Ethique – Région Île-de-France et des comités d'éthique qui fleurissent dans la plupart des hôpitaux semblent être une réponse plus adaptée au besoin et plus proche du quotidien des professionnels de santé.

C'est pourquoi, je vous propose d'aborder la question de l'éthique dans le secteur de la santé au travers d'une approche originale, déconnectée des débats classiques sur la génétique, la procréation médicalement assistée ou l'euthanasie. Nous concentrerons pour une fois notre effort sur les personnes qui accompagnent au quotidien la santé. Cette question du quotidien sera abordée au travers de trois regards particuliers.

Dans un premier temps nous nous demanderons ce que le choix du soin comme profession peut porter comme enjeux. Puis nous nous intéresserons à l'éthique des professionnels de santé en jeu dans les différents types de relations. Nous aborderons ensuite la question de la mort, véritable fil rouge auquel est confronté le soignant. En conclusion nous essaierons de percevoir comment l'intersubjectivité, propre à la morale, peut rentrer en collision avec les professionnels de santé.

## Le choix du soin comme profession, ou pas...

Choisir le soin comme profession n'est pas anodin. C'est un métier confrontant, qui nous met au contact des Autres, au contact de la maladie, et que ce soit conscientisé ou non, au contact de notre être. Au cœur de la relation de soin, quel que soit le professionnel, on retrouve le patient, qui cristallise « l'intérêt commun » de toute la chaîne de soin et de l'ensemble du secteur de la santé. Mais à y regarder de plus près, ce patient pourrait bien cristalliser aussi des intérêts « personnels ».

De nombreux modèles d'analyse des personnalités peuvent fonder un intérêt à exercer une profession basée sur une relation d'aide, facilement dissymétrique.

Nous pouvons citer le Triangle Dramatique dans son alternance Sauveur – Bourreau – Victime, qui peut trouver bon nombre d'illustrations, tant dans les faits les plus valeureux, que dans les actes de maltraitance les plus sordides relayés dans les médias.

L'approche de l'ennéagramme propose également de nombreux profils capables de s'exprimer pleinement dans une relation de soin, notamment : le type 1, perfectionniste qui ne se donne pas le droit à l'erreur et trouvera dans le soin une bonne raison d'honorer ses croyances et le type 2, l'altruiste qui pourra se donner pleinement sans se ménager...

Nous pouvons donc raisonnablement imaginer que le choix du soin comme profession a pu être « téléguidé » par la personnalité du professionnel de santé, consciemment ou non. Le professionnel de santé avait-il réellement le choix ou était-ce un besoin impérieux ? La fameuse vocation.

Ce qui est contre-intuitif c'est que la vocation pourrait être le contraire d'un choix, et reposer sur une privation fondamentale de liberté, imposée par des croyances et des représentations construites.

C'est à nouveau le libre choix que l'on retrouve au cœur de la prise en charge: libre choix du patient pour le médecin et libre choix du médecin pour le patient. Dans la vraie vie, le médecin est tout de même tenu par son serment d'Hippocrate : « je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera ». Quant au patient, il est emporté dans son parcours hospitalier et connaîtra tout juste le nom des multiples intervenants qu'il rencontrera.

Après 12 ans de ma vie professionnelle passés dans l'environnement hospitalier, j'ai été le témoin de ce besoin intangible d'aider l'autre, comme inscrit dans l'ADN de certains soignants. La relation de soin peut trouver une clé de lecture déconnectée des besoins du patient et propre aux besoins du professionnel de santé. Le soignant est alors susceptible d'avoir fondé ou de fonder continuellement sur ce besoin d'aider l'autre, tout ou partie de son éthique.

Entendons-nous bien, il ne s'agit pas là de remettre en cause l'empathie, la sincérité et l'engagement soignant, mais de tenter de comprendre ce qui peut se jouer au niveau de l'inconscient. Les professions de santé sont des métiers difficiles, tant sur le plan psychologique que physique et pourtant, j'ai assisté chaque jour à beaucoup de bienveillance et les cas de maltraitance dont il est souvent question sont finalement plutôt rares si on considère les volumes de transactions, au sens de l'analyse transactionnelle, échangées quotidiennement dans un établissement de soins. Ainsi, il faut rendre justice aux professionnels de santé et reconnaître leur engagement et leur grand professionnalisme. Dans une approche de « performance au regard de la qualité humaine du soin » les résultats sont là et l'objectif est atteint.

Une autre notion qui n'est pas assez évoquée est la pauvreté des carrières proposées aux professionnels de santé. Prenons l'exemple classique d'une infirmière. Elle pourra changer de service, passer des urgences aux soins de suite, du service de gastro-entérologie à celui de cardiologie,... Les patients sont toujours différents me direz-vous, mais les actes infirmiers eux restent limités, encadrés strictement par un décret de compétences. Ajoutez à cela des salaires peu compétitifs au regard du coût d'une garde d'enfant et force est de constater que de nombreuses infirmières décident de se replier sur une vie au foyer. Les pistes d'évolution ? Une spécialisation en anesthésie, en bloc opératoire ou en puériculture. C'est l'environnement principalement qui change. Certaines auront la chance de pouvoir évoluer vers le management comme cadre de santé ou directeur des soins mais la proportion est faible et la route est longue et onéreuse. En synthèse « infirmière d'un jour, infirmière pour toujours » est un mantra qui plane pour bon nombre. La solution sera souvent la sortie du « circuit » purement soignant. Et le métier d'infirmière est pourtant celui qui offre probablement le plus large spectre d'opportunités d'évolution dans le secteur de la santé. Pensez aux aides-soignants, aux agents

de service, dont les activités sont bien plus limitées que l'infirmier et les possibilités de formation et d'évolution également. Que pouvez-vous proposer à une aide-soignante qui a 15 ans d'expérience ? A peu près rien d'autre que de continuer à exercer son métier... En clair la monotonie est une problématique de fond qui peut jouer un rôle certain sur la perception que le professionnel de santé a de son environnement, de son travail et de lui-même. Comment expliquer la morosité que nous pouvons percevoir chez certains professionnels de santé alors même qu'ils ont un rôle aussi valorisant, si ce n'est en formulant l'hypothèse que cette monotonie les a rendus aveugles à leur propre « noblesse ». Pour les directions, l'approche « par projets », ou la responsabilisation des professionnels de santé sur des démarches institutionnelles sont de véritables leviers de motivation.

Malheureusement, les budgets ne sont plus tellement au rendez-vous que ce soit pour donner vie à ces projets tant espérés ou pour récompenser ceux qui se seront investis au-delà de leur activité habituelle.

## Les relations des professionnels de santé au quotidien :

Les relations des professionnels de santé sont déterminées par deux principaux facteurs : le métier que le professionnel a choisi et le type de patient qui est pris en charge (adulte, enfant, personne âgée, personne atteinte de démence,...). Ces deux facteurs conditionnent significativement les types de relations dans lesquelles les professionnels de santé sont impliqués.

Tout d'abord, il faut souligner que le métier exercé par le professionnel de santé n'est pas nécessairement son premier choix. Dans mon expérience, j'ai principalement été confronté à deux types de profils répondant à cette particularité : les professionnels issus d'un autre secteur que la santé et qui se sont reconvertis, et ceux qui avaient bien choisi le secteur de la santé mais n'ont pas réussi à mener à bout les études correspondant à leur choix initial de métier et se sont tournés vers un autre métier de ce même secteur. Dans le premier cas, j'ai pu rencontrer des professionnels particulièrement motivés, avec une maturité professionnelle particulière et des valeurs généralement marquées. Le choix de leur reconversion était toujours riche de sens et souvent associé à une histoire de vie singulière. La contrepartie de cette situation est parfois un investissement émotionnel et personnel déséquilibré. Quelque chose que je pourrais décrire comme : « si j'ai fait un virage professionnel à 180°, il faut absolument que je me retrouve dans ce nouveau métier ». La démarche de reconversion en elle-même témoigne

d'ailleurs d'une certaine fermeté, d'une capacité à s'accrocher à ses valeurs, à ses attentes, à ses idéaux.

Dans le second cas, les problématiques peuvent être plus délicates. Les exemples classiques tournent souvent autour de la sélection à l'entrée de la faculté de médecine. Un pharmacien ou un kinésithérapeute qui a dû se réorienter après un échec au concours de médecine peut avoir des relations particulières avec les médecins. Mais nous pouvons également déplacer la situation du côté de l'administration hospitalière. La plupart des directeurs d'hôpitaux issus de l'école de Rennes : l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), sont principalement issus d'un parcours en Sciences Politiques spécialisé en droit. Il se trouve que ce profil est également un classique du recrutement de la fameuse Ecole Nationale d'Administration (ENA). Il est très habituel de trouver parmi les directeurs d'hôpitaux des personnes qui ont échoué au concours de l'ENA et se sont rabattus sur l'EHESP. La politique tient d'ailleurs une place importante dans le parcours de nombreux directeurs d'hôpitaux. Cela interroge la frustration plus ou moins évidente que peuvent avoir certains professionnels de santé et l'impact qu'elle aura dans leurs relations au quotidien.

Je n'oublie pas par ailleurs, que je suis moi-même un cas particulier, d'un troisième type... relevant à la fois des deux cas susmentionnés. En effet, je voulais initialement être médecin et faire de la recherche contre le cancer. C'était sans compter sur une phobie du sang que j'avais à l'époque et qui m'a conduit à faire des études d'ingénieur plutôt que de médecine. Cette frustration a sans doute été un moteur important pour me reconverter après plus de cinq ans au sein du groupe EADS et retourner dans le secteur de la santé pour diriger des hôpitaux orientés en oncologie et en soins palliatifs. Dans mon cas, bien que je ne sois pas médecin, cela a finalement développé une sympathie à l'égard du corps médical et soignant, sûrement aidée par mon statut de directeur qui favorise mon intégration dans les échanges. Travailler à leur côté me donne l'impression de participer moi aussi à la prise en charge d'une certaine façon.

Une fois le métier déterminé par le professionnel de santé, se pose la question suivante : « soigner qui ? ». Il est clair que le type de patientèle génère un environnement et un quotidien différent. Ainsi, travailler au milieu des personnes âgées en fin de vie peut sembler moins attractif que de travailler au sein d'une pouponnière. Mais ce sont là des croyances. Contrairement aux idées reçues, travailler dans un secteur pédiatrique, avec des enfants ou des bébés, peut être très difficile. La fragilité particulière de cette population, ainsi que la pression morale appuyée sur une représentation exigeante de la société sur « ce que doit être une prise en charge d'un jeune enfant » génère un sentiment de responsabilité accru qui peut décourager certains professionnels

de santé. Et que dire de l'exigence d'un couple de jeunes parents à l'égard de la prise en charge de leur premier enfant par rapport à celle d'un « enfant » de 65 ans vis-à-vis de la prise en charge de son parent de 89 ans en fin de vie ? Là encore, la représentation de la société déséquilibre souvent la balance. *En réalité, il n'y a pas un type de patient plus agréable ou plus simple.* Le soin en soi est exigeant. C'est donc le choix du professionnel de santé qui doit primer : un savant mélange d'attrance, d'ambiance et de responsabilité dont chaque individu seul détient la formule.

Un autre facteur est également l'aptitude physique du professionnel de santé. En effet, certains métiers sont plus éprouvants que d'autres et les professionnels peuvent parfois, avec l'âge ou du fait d'une pathologie qu'ils rencontrent eux-mêmes, être confrontés à des difficultés et à la nécessité de changer d'orientation. Par exemple, un aide-soignant en service de gériatrie, qui effectue de nombreuses mobilisations quotidiennement, pourra être amené à partir dans un service très différent, pour lequel il aura moins de motivation peut-être, mais où les efforts physiques demandés seront bien moindres. Nous pouvons alors nous interroger sur le ressenti que peut avoir ce professionnel faisant face à une double peine : la confrontation à sa propre diminution physique et le renoncement à l'orientation qu'il avait choisie. Il est entendu que le système hospitalier ne s'attarde guère sur ce genre de sujet, si ce n'est le temps de rédiger une note de « nouvelle affectation de service ».

Et pourtant, j'ai toujours eu la conviction que les professionnels de santé n'étaient pas « interchangeables » comme de simples opérateurs techniques. Dans une relation de soin, le soignant ne se contente pas d'effectuer un simple geste technique ou un simple échange de mots, mais il laisse, qu'il le veuille ou non, un peu de lui-même dans la chambre du patient. C'est une intuition : un acte de soin est engageant par nature.

Il est intéressant de relever au passage que ce mécanisme de « patientèle de prédilection » a pour effet de limiter les contours du champ d'intervention du professionnel de santé et par la même occasion ses opportunités de carrière qui, comme nous l'avons vu plus haut, sont déjà peu étendues au départ.

Venons-en maintenant aux relations impliquant directement les professionnels de santé au quotidien. Nous allons en distinguer trois : la relation « soignant / soigné », la relation « soignant / famille du soigné » et la relation « entre professionnels de santé ».



## La relation soignant/soigné :

La relation soignant/soigné est la plus évidente. Depuis la formation initiale, et quel que soit le lieu d'exercice, elle est au centre de toute l'attention. Depuis les années 2000 de nombreux efforts sont consentis par les acteurs de santé pour mettre le patient au centre du système. La loi du 4 mars 2002, connue sous le nom de « loi Kouchner » a ouvert le débat en formalisant les droits des patients. Puis la loi du 21 juillet 2009, connue sous le nom de loi « Hôpital Patients Santé Territoires » a structuré le fonctionnement du système de santé autour d'une « démocratie sanitaire » intégrant les représentants des usagers à tous les niveaux du système.

Au sein des hôpitaux, la relation soignant/soigné est même désormais « surveillée ». Cette surveillance s'articule autour de 3 dispositifs : un indicateur standardisé de satisfaction des usagers (e-Satis), un Comité Des Usagers (CDU) au sein duquel des représentants des Usagers étudient avec la direction de l'hôpital les plaintes et réclamations ainsi que les suites qui y ont été données, et un rapport annuel standardisé retraçant l'activité de ce Comité Des Usagers, transmis directement à l'organisme de tutelle des hôpitaux.

C'est dire si la relation soignant/soigné est prise au sérieux de nos jours, même si pour le patient tous ces dispositifs sont bien souvent totalement inconnus.

Pour se faire une idée de la relation soignant/soigné, je proposerai trois éléments qui au vu de mon expérience me semblent déterminants : la nature de l'acte opéré par le soignant (et donc le statut sous-jacent du soignant), la durée moyenne de la relation entre le soignant et le soigné, et « la représentation du soin » qu'a le soigné.

Tout d'abord la nature de l'acte, qui peut être soit technique soit centré plus ou moins sur le relationnel, est à « double tranchant ». Un professionnel peu à l'aise dans les échanges avec le malade pourra se réfugier derrière une approche très technique, qui sera d'ailleurs souvent perçue comme « très professionnelle » par les patients. Un professionnel plus chaleureux pourra user d'empathie et de sourires pour favoriser la détente du patient et améliorer au passage ses propres conditions de travail. Mais chaque acte implique aussi la propre représentation que se fait le malade. Ainsi, pour un acte technique, le patient aura des attentes particulières, de rigueur et de comportement du professionnel. Il s'agira pour le professionnel de « cocher toutes les cases » de cette grille virtuelle d'attendus du patient... Pour un acte plus relationnel, le patient a souvent une temporalité différente de celle du professionnel. Le patient espère n'avoir oublié aucun détail dans les échanges, le professionnel espère ne pas prendre trop de retard et avoir le temps de finir son « tour » des

chambres. En synthèse, pour que tout se passe bien, le professionnel et le patient doivent se trouver : leurs attentes et leurs représentations respectives doivent se superposer au-delà d'un seuil qui leur appartient à chacun.

Derrière la nature de l'acte se trouve aussi le statut du professionnel. En la matière, il est clair que le médecin se trouve dans une situation particulière. A la fois, il bénéficie d'une crédibilité particulière et à la fois les attentes du patient sont décuplées. Les plaintes les plus dures que j'ai eues à gérer, celles qui sont allées le plus loin, étaient systématiquement à l'encontre d'un médecin, sans qu'il y ait pour autant de faute médicale derrière.

A ce sujet, la théorie de l'Analyse Transactionnelle apporte trois éclairages très intéressants sur les spécificités de la relation soignant/soigné. Tout d'abord, le triangle dramatique qui permet de mieux appréhender le fait qu'au moindre litige, la « victime » change facilement (et rapidement) de position pour devenir le « bourreau ». Ensuite, le concept des positions de vie : le patient a une pathologie, un problème et se présente dans la relation, obligatoirement, comme n'étant « pas OK », ce qui polarise de facto la relation. Enfin, dans les relations soignant/soigné mettant en jeu des problématiques d'autonomie, le risque est de développer dans la relation des transactions préférentielles sur le mode Parent/Enfant. C'est d'ailleurs une des déviations principales dans les services de gériatrie ou les maisons de retraite. Les professionnels se méfient de « l'infantilisation » mais, malgré tout, ces relations Parent (nourricier heureusement !) / Enfant, me semblent monnaie courante dans ces environnements.

Un autre élément essentiel dans la relation soignant/soigné est la durée de la relation, souvent associée à la durée moyenne de séjour du patient. Pour un acte ponctuel, la tolérance sera naturellement plus élevée que pour une relation récurrente, ou pour un séjour d'un mois à l'hôpital, ou de plusieurs années dans une maison de retraite. Aussi, l'aspect sous-jacent associé à la durée de la relation est que la qualité de cette relation va rapidement devenir un facteur de choix pour le soigné. Ce qui est intéressant, c'est que le soignant est passif sur ce critère. Il est choisi. Cela peut être direct, pour un médecin traitant, un chirurgien ou une infirmière à domicile (s'ils sont plusieurs sur le secteur), ou indirect s'il s'agit d'un établissement. Il faut cependant modérer ces propos, car l'orientation du soigné peut aussi être le fruit du hasard absolu dans le cas d'un parcours au sein d'une filière de soin structurée où le patient ne choisit rien de son circuit (si ce n'est d'accepter de suivre le parcours balisé qui lui est indiqué...). En résumé, il existe donc certains cas, pour lesquels le professionnel peut se réjouir, même se flatter parfois, de sa patientèle. Mais cette exposition est à double sens et la réciproque a tout autant d'impact. Je me suis déjà demandé si le départ furieux d'un ancien patient fait aussi mal que l'arrivée enthousiaste d'un nouveau patient fait du bien.

Ce qui est sûr c'est que la très grande majorité des soignants ont vraiment besoin d'un signal de reconnaissance venant du patient. Celui qui part en claquant la porte fait toujours tellement de bruit, alors que ceux qui passent sans rencontrer de soucis, bien souvent partent sans dire merci ni bravo. Les meilleurs établissements peuvent atteindre un taux moyen de 5% de courriers de remerciements et c'est déjà beaucoup ! Un courrier, pour 20 patients accueillis et soignés... Avec des disparités importantes selon les services bien entendu. Dans les établissements que j'ai dirigés, lorsqu'un service recevait un courrier de remerciement, les soignants me transmettaient systématiquement une copie et affichaient la lettre dans leur service. Je trouvais quelque chose de l'ordre du rituel, quelque chose de religieux dans cette démarche. Ces courriers chaleureux étaient comme des icônes au mur qui veillaient sur eux et les réassuraient au besoin dans leur travail.

Le dernier point incontournable est la façon dont le soigné se figure le soin, son imaginaire, ce que je désignerai par la « représentation du soin » qu'a le soigné. C'est une question de culture, d'éducation, de niveau social, de confiance... J'ai eu l'occasion d'exercer dans deux hôpitaux très différents. L'un en Seine-Saint-Denis, dans un environnement plutôt défavorisé, et l'autre en plein quinzième arrondissement, à Paris, dans des locaux très qualitatifs et récents. Dans ces deux cadres très différents, j'ai pu rencontrer des patients très différents eux aussi, bien que préoccupés par des problématiques de santé souvent similaires ou de gravité « comparables ». Au global, les deux éléments que je retiendrais en première approche sont les suivants : la conception du soigné relative à la gratuité des soins (aux extrêmes, c'est « un dû » ou « une chance » selon les cas) et l'exigence du soigné par rapport à la qualité de l'hôtellerie (quand il y a un hébergement à la clé, comme dans un hôpital ou une maison de retraite). J'ai même fait le constat pour ce qui est de la qualité de l'hôtellerie, que la « polarisation » du soigné dans sa représentation du soin était influencée par trois facteurs : la propreté du lieu, le sourire (ou pas !) des professionnels de santé, la qualité de la nourriture quand il y a un repas. Ce sont trois indicateurs que tout un chacun est capable de mesurer de façon objective par rapport à son propre référentiel. Si les trois sont jugés positivement, alors le soigné va facilement « prolonger le trait » et imaginer que « le soin aussi est de qualité ».

Enfin, la « représentation du soin » qu'a le soigné souffre depuis quelques temps d'une désacralisation. La vulgarisation du savoir médical, l'accessibilité de l'information via internet et les partages d'expériences proposés sur des forums numériques spécialisés où professionnels, patients et curieux se mélangent, a fait naître un nouveau type de soigné : le « patient expert ». Il faut au professionnel de santé de la connaissance, de l'assurance et de l'humilité pour faire face. Mais sur quelle base se construit cette relation ?

Un partenariat technique exigeant plutôt qu'une relation de confiance. Le patient en connaît autant et parfois plus (dans le cas de maladies rares) que le médecin lui-même. Mais surtout, il connaît différents types de possibilités de prise en charge et va écouter le médecin puis le challenger. Le patient va chercher des arguments et attend aussi du médecin qu'il défende sa « proposition de soin ». De plus en plus de patients « contrôlent, vérifient l'information et n'hésitent pas à remettre en cause la proposition du médecin. Cela peut amener à une crispation du médecin et/ou à une co-construction du parcours de soins ou de la prise en charge. Le professionnel de santé doit aujourd'hui faire avec cette nouvelle relation.

En conclusion, la relation soignant/soigné a beaucoup évolué ces 15 dernières années et l'environnement est de plus en plus complexe, voire hostile pour le professionnel de santé. Il me semble essentiel pour l'équilibre du professionnel et sa bonne « intégration » dans sa mission au quotidien qu'il puisse être « dans son élément », auprès d'un public qu'il a choisi et surtout qu'il se sente soutenu et réaffirmé régulièrement dans ses compétences.

## La relation soignant / famille du soigné :

Tout d'abord, il convient de définir ce que j'entends par « famille du soigné ». Il s'agit de l'entourage au sens large, ceux qui sont présents et qui accompagnent au quotidien le patient, mais aussi ceux qui peuvent apparaître de façon plus ponctuelle.

Bien que la famille ne soit pas directement à la charge des professionnels de santé, elle représente une charge de travail bien réelle et peut souvent être une source de complication de la prise en charge du patient.

Si la présence d'un accompagnement familial est habituellement un point d'appui pour les équipes, il leur arrive de rencontrer des situations particulièrement délicates à gérer. Parmi celles qui m'ont le plus marquées, j'en retiens quatre particulièrement aberrantes.

Une première, la plus courante, est relative à la perception de l'accompagnant, qui est bien présent, observe tout, parfois consigne tout pour pouvoir se plaindre dans un second temps, mais n'agit pas. Je me souviens de cette fille, présente chaque jour auprès de sa mère et qui refusait de faire quoi que ce soit : « ce n'est pas mon travail et si je n'étais pas là, vous feriez comment ? » arguait-elle auprès des équipes effarées qu'elle eut utilisé la sonnette pour faire servir un verre d'eau à sa mère alors que la carafe était pleine juste à

portée de main. Ou encore, à l'autre extrême, ce fils, présent tous les jours, souriant, très calme, jamais un mot plus haut que l'autre, qui m'apportait à la fin du séjour un livret d'une quarantaine de pages horodatées relatant scrupuleusement le moindre manquement de chaque salarié. Ce comportement ne mélange-t-il pas une forme de complicité et de perversité ? Ces cas étaient particulièrement poussés, voire pathologiques, mais plus simplement, les professionnels constatent que la présence de la famille peut générer une sollicitation accrue des équipes. Probablement que ce comportement permet aux familles de se donner bonne conscience : l'impression de se rendre utile, d'obtenir des choses pour leur proche.

Une deuxième situation, très courante également, est associée au déni de la maladie ou des pathologies du vieillissement auxquelles certaines familles sont confrontées. Cela arrive en général lorsque les relations sont fusionnelles entre le patient et son proche. Dans ce cas, il arrive que la souffrance soit cristallisée dans un comportement agressif et injuste à l'égard du personnel. Je me souviens de cette épouse qui ne comprenait pas pourquoi son mari de 89 ans ne gambadait plus « comme avant » après son opération et sa rééducation de prothèse totale de hanche... Oui, c'était certain, l'équipe avait raté quelque chose, il y avait une erreur médicale quelque part, pensait-elle...

Un troisième constat est lié aux dégâts collatéraux générés par les « histoires de famille ». Cela peut être un simple désaccord entre différents membres sur la conduite à tenir. Je me souviens de cette fille qui se prévalant d'être l'aînée d'une fratrie de cinq enfants, voulait faire transférer sa mère dans un autre hôpital, alors même que les quatre autres exigeaient son maintien dans le service de notre hôpital. Mais les tensions familiales peuvent aussi prendre les équipes en otage comme par exemple en demandant de ne pas donner accès à la chambre à tel enfant ou à l'ex-femme...

Enfin, il y a les cas qui interrogent l'opportunisme et la malhonnêteté de certains citoyens. Ils peuvent prendre plusieurs formes. J'ai eu affaire une fois à une famille qui m'a dressé toute une liste de réclamations relatives au travail d'une personne, qui était habituellement, à mes yeux en tout cas, plutôt « sans histoire ». J'étais surpris et un peu dubitatif. Au final, la plaignante m'a indiqué que finalement, tous ces problèmes n'avaient rien de surprenant, puisque la personne fautive était de « telle » origine et qu'elle « les » connaissaient bien dans tous leurs travers... Une autre fois, un fils est venu se plaindre du vol inadmissible d'une bague en émeraude que sa mère portait tout le temps depuis toujours. Il est revenu quelques jours plus tard accompagné de son beau-père. Cette fois, la bague n'était plus en émeraude, mais en diamant, et il y avait aussi une deuxième bague, en rubis celle-ci, elle aussi portée disparue alors que Madame la portait tout le temps également... Les deux compères m'ont bien vite indiqué que le montant se chiffrait autour de 1500 euros et

m'interrogeaient sur ce que je comptais faire. Je leur ai demandé de me fournir une photo de la dame avec les deux bagues à sa main pour rafraîchir la mémoire du personnel et conduire les recherches plus avant. Exercice simple puisque la dame portait toujours ces fameuses bagues. Toutefois, je ne les ai jamais revus... Mais en attendant, ils avaient accusé, insulté et sali sans vergogne les équipes qui avaient pris soin de leur mère.

Ces propos peuvent sembler un peu durs, mais quand est-ce que les familles sont présentes ? Lorsqu'il y a un problème d'autonomie du soigné ou une fragilité particulière, ou lorsque les durées de séjour d'hospitalisation sont longues. Dans tous les cas, cela appelle de la part des familles une exigence, de la vigilance et réveille l'instinct de sauveur / défenseur porté par la morale. Au final, la polarisation des familles lorsqu'elles sont impliquées dans la prise en charge du soigné est automatiquement déséquilibrée. Le risque qu'ils ajoutent leurs attentes à celles du soigné est élevé. Parfois même, il arrive qu'ils cherchent à substituer leurs attentes à celles du soigné, au prétexte qu'ils savent mieux que le soigné, ou que le soigné n'a plus toute sa tête, ou ne se rend pas compte, ou n'a jamais osé dire ce qu'il voulait,... Cela peut faire penser à une citation d'Oscar Wilde : « Les gens ont la rage de nous donner ce dont ils ont eux-mêmes le plus besoin. C'est ce que j'appellerai l'insondable abîme de la générosité. ». Dans les faits, sur la cinquantaine de réclamations que j'ai eu à gérer en une décennie de direction d'hôpital, j'estime que dans plus de la moitié des cas les réclamations étaient émises par des familles et pas directement par le patient. Je vous laisse imaginer le vécu pour les équipes de professionnels qui constatent que tout se passe bien avec le soigné et que c'est la famille qui vient perturber la relation soignant/soigné.

## La relation soignant / autres professionnels :

Les soignants qui exercent en institution sont impliqués dans un très grand nombre de relations. Les effectifs étant souvent élevés, il est difficile de s'entendre avec tout le monde et le quotidien devient un véritable exercice de composition où chacun doit y mettre du sien pour travailler en harmonie.

Comme les circuits sont complexes, le professionnalisme est nécessaire pour mener à bien la mission de soin. Si un maillon de la chaîne est défaillant, l'objectif est manqué et le travail de chacun perd de son sens. J'aime citer l'exemple simple du plateau repas : une personne passe la commande auprès du patient en fonction de son régime médical et de ses goûts, une autre prépare à manger, une autre assemble le plateau, une autre monte le plateau à la chambre, une autre aide le patient à s'installer puis à manger, une autre

débarrasse le plateau, une autre redescend le plateau en cuisine et une autre fait la vaisselle. Et cette opération est dupliquée pour chaque chambre, midi et soir, tous les jours, inlassablement. Et si le patient ne mange pas ? Si le couvert est sale et ne met pas en confiance le patient, si la nourriture n'est pas qualitative, si le plateau n'est pas servi au bon moment et arrive froid, si le patient n'est pas installé comme il faut et ne peut manger correctement... Autant de possibilités pour que la mission tombe à l'eau. Quel serait alors le sens du travail effectué par chacun des maillons ? J'aurais pu prendre en exemple le circuit du médicament plus complexe et moins évident à comprendre pour le néophyte, mais la problématique reste la même : c'est la mission collective qui donne son sens à la mission de l'individu.

Aussi, la relation doit être de qualité bien au-delà du lit du soigné et les soignants doivent en prendre conscience. Les filières « logistiques » et les autres services de prise en charge ou de support technique tels que la biologie, l'imagerie, la pharmacie, qui entourent les services de soin, ont un rôle clé dans la valeur du travail effectué par les équipes « directement » soignantes.

Cependant cette conception n'est pas excessivement lisible dans les organisations soignantes, où historiquement le médecin était « seul au centre » de la relation. Le temps des « mandarins » est bel et bien révolu, pourtant, la distinction entre profession soignante et autres professions est encore palpable. La distinction apparaît dès les agents de service hôtelier. Principalement en charge de l'hygiène des locaux et du service des repas, c'est pourtant une des catégories de professionnels les plus en relation avec le soigné. Même dans les comités médicaux de travail sur l'hygiène, tels que le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière, j'ai constaté que la réflexion est plus facilement portée sur des approches très « médicales » comme la légionellose, l'aspergillose ou les précautions standards, mais plus rarement sur le circuit des déchets et le zonage des locaux pour les fréquences de nettoyage. Il reste donc dans le secteur de la santé une culture de « noblesse » basée sur la technicité et l'approche médicale directe. Et les relations s'en ressentent.

Ce que j'ai pu apprécier dans les établissements que j'ai dirigés, c'est la simplicité de la plupart des médecins. C'est cette simplicité, cette proximité aux équipes, aux services « support », cette accessibilité à tous, qui infuse dans l'ambiance et dans les pratiques collaboratives. Le médecin chef de service a un rôle clé à mes yeux sur cette dynamique. Le directeur peut probablement également jouer un rôle exemplaire. L'exemplarité ne doit pas ici être entendue au sens où le médecin chef incarnerait un modèle à suivre mais au sens où, en cohérence avec ses valeurs, il peut impulser un dynamisme et une ouverture d'esprit, propice à l'écoute. J'ai aussi rencontré deux exemples où le chef de service a pu braquer contre lui la grande majorité de

son service. Certes cela a eu pour effet de rapprocher les professionnels, mais dans ces deux cas précis, cela tirait clairement vers le bas le service et plus largement l'établissement.

Il y a donc un levier « managérial » pour fluidifier les relations entre professionnels au sein d'un service et au-delà.

Un autre point à signaler, les profils déjà évoqués plus haut dans la discussion, qui ont dû se réorienter après avoir échoué à un concours d'un autre métier, peuvent entretenir une certaine rancœur. Je pense à une aide-soignante qui voulait initialement être infirmière et se plaignait constamment de l'incompétence de ses collègues... L'expérience et l'ancienneté parfois peuvent cristalliser de la souffrance de la même manière. Comme nous l'avons déjà évoqué, les progressions de carrière sont limitées et une infirmière qui exerce depuis 20 ans dans le même établissement sur des services qu'elle connaît par cœur, s'énerve de devoir « attendre le feu vert médical ». Elle est sûre de savoir ce qu'il faut faire et parfois outrepassé certaines règles de fonctionnement pourtant indiscutables et ce, en toute connaissance de cause.

Cela m'amène à évoquer la particularité de la relation entre professionnel de soin et professionnel de l'administration en santé. Cette dernière décennie, l'administration a pu porter différentes démarches et notamment la restriction des budgets coordonnée avec l'apparition des certifications qualité. Le message reçu par les soignants est clair : « faites mieux avec moins ». Cela a pu fonder une incompréhension et installer une distance inappropriée au sein des établissements entre secteur de soin et direction. La position de l'administration n'est pas très aisée, prise en étau entre des injonctions et des notifications par arrêté qui s'appliquent « de fait » et des professionnels de santé exténués par les « sur-couches » de charge imposées. Est-ce que la qualité s'est réellement améliorée ? Je n'ai pas de réponse. Cela dépend du référentiel, sous certains aspects oui, mais beaucoup de professionnels parlent de cette sensation « d'être à l'usine », de moins prendre de temps avec les soignés. Mon constat est que l'efficacité s'est nettement améliorée. Mais à quel prix ? Nous avons économisé de l'argent certes, mais nous avons en contrepartie dépensé beaucoup de capital humain. Douze ans d'expérience plus loin, je fais le constat que, bien loin de se soucier du patient, tout cela avait pour but principal de pouvoir instaurer un contrôle des dépenses et une régulation efficace dans un secteur initialement très libre et ouvert. Cela me paraît justifié, mais la cadence a été soutenue. Il faut tirer notre chapeau à ceux qui œuvrent sur le terrain.



## La mort comme fil rouge :

Un élément qu'il est essentiel d'évoquer est la position très particulière des professionnels de santé, qui sont confrontés à la souffrance, à la peur, à la mort de leurs semblables. Cela résonne bien entendu avec des situations qu'ils ont pu vivre personnellement dans leur entourage ou leurs propres appréhensions de la maladie et de la mort. Je dois avouer que j'ai moi-même été pris d'effroi à plusieurs reprises en croisant des malades dans les couloirs des institutions que je dirigeais. « Et si cela m'arrivait, me disais-je ? ». Très égoïstement, j'en avais parfois presque les larmes aux yeux. Je repense à cette jeune maman, 25 ans peut-être, que les soignants descendaient dans son lit d'hôpital dans le jardin, non loin de ma fenêtre. Je la voyais avec ses deux très jeunes enfants auprès d'elle au pied du lit. Elle était en soins palliatifs. Le pronostic de fin de vie imminent était clair. Il me semble impossible qu'un soignant même protégé par « une carapace en plomb » puisse garder toute distance en toute situation. J'ai d'ailleurs dû organiser avec les cadres de mon équipe des changements de service « pour période de répit », ou même définitivement, suite à des événements vécus par des salariés qui rendaient impossible le maintien à leur poste.

Un soignant se doit pourtant d'être fort, d'être un point d'appui, chaleureux, et d'humeur égale. Facile à dire, moins facile à faire quand on est confronté chaque jour aux fragilités de l'Homme et qu'elles mettent en résonance nos propres fragilités.

La mort est une double peine : un rappel à l'ordre de la nature pour tous et un constat d'échec cinglant pour le soignant qui n'a pas réussi à « soigner ». Dans les services de soins palliatifs que j'ai côtoyés quotidiennement pendant 10 ans, j'ai observé un turn-over des professionnels de l'ordre de 3 à 4 ans. Je me suis demandé quels étaient les principaux facteurs limitants : l'épuisement psychologique, la frustration, l'incapacité à voir le bien qui est fait au milieu de toute cette souffrance, ou une forme de lâcheté, de résignation face à des combats « perdus d'avance ». Quelques rares « chevaliers » arrivent toutefois à faire toute leur carrière dans ces services. Je n'en ai pas croisé un seul décoré de la légion d'honneur...

Mais la plupart des soins restent heureusement loin de la fin de vie et le spectre de la mort apparaît de façon plus diffuse. Elle est rappelée au travers des démarches obligatoires de recueil d'information auprès du patient : la désignation de la personne de confiance et les directives anticipées. Ces démarches ont pour objectif d'aider les équipes à prendre des décisions à la place du soigné dans le cas où il ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Cela peut dérouter le patient hospitalisé pour une simple opération et mettre les professionnels de santé dans la situation embarrassante de rappeler qu'il y

a toujours une probabilité non nulle que les choses tournent mal. Autant dire que ces démarches ne recueillent pas un succès faramineux.

Finalement, la conséquence de cette confrontation des professionnels de santé à l'idée de la mort est un besoin impérieux de réassurance. En effet, le soignant a conscience que chacun de ses actes met en jeu l'intégrité physique et/ou psychique du soigné. C'est une grande responsabilité dans un contexte où la judiciarisation des soins va bon train. Ainsi, de façon tout à fait inattendue, cette population de médecins et autres soignants, pourtant habitués à une quasi-totale « liberté » dans leurs pratiques se soumet très facilement aux cadres institutionnels. L'explication réside dans le fait que le cadre qui leur est imposé leur donne aussi une couverture quant aux doutes qui peuvent les envahir dans certaines situations. L'horizon donné par le cadre instauré est rassurant et protecteur sous plusieurs aspects, un peu comme une île au loin qui donne un cap imposé au milieu d'un océan de liberté.

## Conclusion : L'éthique des soignants confrontée à la morale portée par la société

Au final, les professionnels de santé sont dans une position complexe qui n'est pas toujours simple à appréhender pour tout un chacun. Du point de vue du citoyen, c'est la santé qui est le concept simple à appréhender. En France en particulier, il y a une croyance forte construite sur la gratuité des soins qui consiste à penser que le soin est un dû. Cela peut contribuer à faire des professionnels de santé des personnes « redevables » par nature à la société. C'est une clé de lecture et de compréhension des problèmes actuels autour des gardes et astreintes que les professionnels de santé et les directions d'institutions doivent assumer.

Je suis toujours attristé d'entendre les médias pointer du doigt tel ou tel établissement où l'on a retrouvé décédée une personne qui était portée disparue. C'est une double peine. Les équipes sont systématiquement sous le choc quand une crise se déclare. La stigmatisation et la morale portées par la société sont vraiment superflues. Cela pourrait même être perçu comme une forme de voyeurisme et d'inquisition, alors que la complexité des situations devrait plutôt appeler l'humilité générale. Vu de l'extérieur on juge et on se demande comment est-ce possible ? Vu de l'intérieur, les « fugues » que nous renommons très humblement et élégamment « disparitions » sont monnaie courante. L'hôpital n'est pas une prison, et l'article 7 de la charte de la personne hospitalisée indique clairement que « la personne hospitalisée peut à tout moment quitter l'établissement ». Selon les services, chaque année, chaque

mois, plusieurs disparitions sont signalées à la police qui « nous rappellera si le patient est retrouvé ». Si je fais le bilan de 10 ans en hôpital, je ne saurais dire combien de patients ont découché sans prévenir, ni combien de nuits... 100, 200 peut-être ? Je me souviens de certains patients qui découchaient un soir sur deux. Les temps consacrés aux recherches sont limités quand vous savez que toutes ces affaires trouvaient leur fin dans le bar du coin ou au petit matin, le fugueur de retour avouant tel un enfant, regard baissé sourire en coin, qu'il était chez un ami et n'avait plus de batterie dans son téléphone... Classique... A votre avis, comment une infirmière qui gère seule une dizaine de patients va-t-elle mener des recherches en cas de « disparition » ? Et l'établissement doit-il rappeler du personnel en soirée pour organiser une « battue » dans les milliers de m<sup>2</sup> de l'hôpital alors même que le patient est probablement sorti ? Ceci étant dit, j'ai toujours demandé aux personnels de vérifier les endroits « à risque » des établissements sous ma responsabilité et je dois avouer que ma plus grande crainte était que le patient s'y trouve. Preuve que notre propre éthique peut vaciller sous la pression de la morale portée par la société.

En outre, les crises ne sont pas si rares : durant mon expérience j'ai relevé une fréquence de l'ordre d'un problème grave à gérer tous les 3 à 4 ans environ pour un établissement de taille petite à moyenne. Pour moi, ce n'est pas nécessairement le fruit de la défaillance, ou le fruit du hasard, c'est principalement le fruit du volume et tout le monde est concerné. Cela appelle de l'humilité. L'erreur est humaine et les professionnels de santé sont très vite exposés au jugement. Trop vite probablement.

Le sketch sur l'hôpital des humoristes « Les Inconnus », très drôle au demeurant, a marqué toute une génération à laquelle j'appartiens et est un bon condensé des raccourcis sur lesquels se fondent les jugements hâtifs sur le secteur de la santé en général. J'ai coutume de dire aux étudiants-directeurs que le secteur de la santé : « c'est très difficile d'y rentrer et très difficile d'en sortir ». Difficile de rentrer car le système de santé est tellement complexe qu'il nécessite une compétence très large pour pouvoir exercer comme directeur et les postes sont peu nombreux et très convoités. Difficile d'en sortir, car une fois catalogué « directeur dans la santé », les autres secteurs auront tendance à nous bouder, se basant sur la représentation construite que la santé est un secteur déficitaire très mal géré, peu efficient, auquel nous participons à notre niveau. C'est une forme de discrimination latente qui existe bel et bien et qui rejoint une image parfois inappropriée du secteur de la santé. Et vous au fait, quelle image en avez-vous ?