



Espace de Réflexion Éthique
de Nouvelle-Aquitaine
BORDEAUX LIMOGES POITIERS

REVUE DE BIOÉTHIQUE DE NOUVELLE-AQUITAINE

SOMMAIRE

- Comité d'éthique en établissement de soin en zone rurale : quelles missions, quelles expériences ?
- Palliatif, palliatif ou palliatif ?
- A propos du dossier de demande d'entrée en E.H.P.A.D.
- **Dossier spécial : éthique et management :**
 - Éthique et management. Concepts, évolutions, interactions
 - L'éthique normative et de l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé
 - Le manager médical en question : l'expérience du CHU de Bordeaux
 - Ethique et performance en secteur de soins, des logiques et des contraintes souvent contradictoires : comment sortir de ces conflits de logiques ?
 - À quelles conditions une décision est-elle éthique ? Agir dans un contexte d'incertitude

2020
Numéro 6

Rédacteurs en chef : Pr Bernard BIOULAC, Dr Maryse FIORENZA-GASQ, Pr Roger GIL, coordonnateur

Comité de rédaction : Dr Véronique AVEROUS, Sophie TRARIEUX-SIGNOL, Milianie LE BIHAN, Muriel RAYMOND, Dr Geneviève PINGANAUD, Pr René ROBERT, Laurette BLOMMAERT, Hélène BRU, Christine RIBEYROLLE-CABANAC

N°ISSN : 2261-3676

Editeur : ERENA

Correspondance : milianie.lebihan@chu-poitiers.fr

Retrouvez les règles éditoriales pour les propositions d'articles sur le site web de l'ERENA au lien suivant : https://espace-ethique-na.fr/ressources_477/revue-bioethique_911.html

Les auteurs qui souhaitent adresser un article à la Revue trouveront les règles éditoriales sur le site de l'ERENA :

https://espace-ethique-na.fr/ressources_477/revue-bioethique_911.html

Bonne lecture

Roger Gil

Bernard Bioulac

Maryse Fiorenza-Gasq

SOMMAIRE

Comité d'éthique en établissement de soin en zone rural : quelles missions, quelles expériences ? -----	7
<i>Dr Denis Marcel-Venault</i>	
Palliatif, palliatif ou palliatif ? -----	11
<i>René Robert</i>	
A propos du dossier de demande d'entrée en E.H.P.A.D. -----	19
<i>Gérard Terrier, Jocelyne Resnier, Nathalie Sureau</i>	
→ Dossier spécial : éthique et management :	23
Éthique et management. Concepts, évolutions, interactions -----	25
<i>Pierre-Olivier Monteil</i>	
L'éthique normative et de l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé -----	33
<i>Isabelle Duguey</i>	
Le manager médical en question : l'expérience du CHU de Bordeaux -----	39
<i>Marie Floccia</i>	
Ethique et performance en secteur de soins, des logiques et des contraintes souvent contradictoires : comment sortir de ces conflits de logiques ? -----	41
<i>Anne Goujon Belghit, Julien Cusin</i>	
À quelles conditions une décision est-elle éthique ? Agir dans un contexte d'incertitude ---	47
<i>Yannis Constantinidès</i>	

Titre : Comité d'éthique en établissement de soin en zone rurale : quelles missions, quelles expériences ?

Dr Denis MARCEL-VENAULT, EMASP Nord Charente – Centre Hospitalier Ruffec.

Mots clés : Comité éthique – éthique citoyenne

Résumé : Comité d'éthique en établissement de soin en zone rurale : quelles missions, quelles expériences ?

A travers une présentation de l'activité du comité éthique des établissements de santé de Confolens, Orégon, Ruffec et La Rochefoucault, nous verrons comment se définit l'éthique citoyenne et les questions qu'elle pose.

Keywords : Ethics committee - citizen ethics

Abstract : Ethics committee in healthcare establishments in rural areas: what missions, what experiences?

Through a presentation of the activity of the ethics committee of the health establishments of Confolens, Oregon, Ruffec and La Rochefoucault, we will see how civic ethics is defined and the questions it poses.

Je viens vous apporter un témoignage sur l'expérience d'un comité éthique issu de la ruralité et qui fédère quatre petits établissements de santé du Sud Vienne et du Nord Charente. Ce comité est composé des directions, de membres de directions, de professionnels de santé de fonctions diverses dont un psychiatre, de représentants d'associations et de cultes ainsi que de personnes compétentes en sociologie et en droit de la santé. Cette assemblée assez diversifiée se montre très assidue dans ses engagements et a déjà permis de formuler plusieurs avis sur des situations délicates. Nous n'avons pas, contrairement à nos espérances et du fait de l'éloignement géographique des membres, les moyens d'une mobilisation en cas de saisine urgente. Ce comité a par contre généré une diversité d'actions toujours déclinées sur mode interinstitutionnel. Il en est ainsi de groupes de travail qui se sont penchés sur la législation autour de la fin de vie ou sur les décisions de soins pour les majeurs protégés et qui ont produit des guides destinés aux professionnels pour ces questions délicates. Notre comité a également ses produits torréfiés avec un café éthique ouvert à tous après la réunion annuelle propre à chacun des quatre sites. Et cette pratique a amené un des établissements à programmer complémentirement ses propres cafés éthiques en circuit court si je puis dire. Les thèmes abordés sont allés de la fin de vie à « L'éthique, c'est quoi ce machin ? » en passant par « Pudeur et soins » ou encore la pluridisciplinarité.

Le chantier prédominant en cours actuellement porte sur la question de l'éthique managériale. Affaire naturellement sensible et débats d'autant plus délicats que l'actualité nationale et la composition hétéroclite de ce comité ne risquaient pas de précipiter vers un consensus de demi-mesure. Les échanges plus ou moins erratiques, tant les considérations relevaient de prismes variés, ont cependant abouti à une commande d'une journée de travail destinée à l'ensemble des professionnels des quatre établissements qui exercent une fonction managériale quel que soit la taille de celle-ci.

Je pense utile de revenir un peu plus précisément sur ce qui s'est joué pendant cette réflexion portant sur l'éthique managériale. Nous avons en effet rencontré une gêne palpable liée à la crainte du hors-sujet, du hors responsabilité pour un comité éthique. Sans doute même s'insinuait le malaise d'aller piétiner du côté des compétences des directions, comme si le télescopage de l'éthique et du politique relevait de l'incongruité, de l'indécence. La fermeté et la sérénité de la conclusion de ce travail réflexif prouvent, et c'est bien rassurant, particulièrement par les temps qui courent, que c'est plutôt l'éloignement de l'éthique et du politique qui est à redouter et à fuir à grandes enjambées.

Pour finir cette présentation des activités de ce comité éthique, il faut également signaler la pratique régularisée d'une conférence annuelle permettant de rassembler autour de 300 personnes pour une soirée dans une petite cité du Nord Charente qui compte pourtant dix fois plus d'habitants. Les exercices

antérieurs ont concerné des thèmes tout à fait conventionnels comme la maladie d'Alzheimer, l'annonce de la maladie grave ou la question « L'éthique : luxe ou nécessité ? ». Mais cette année, et c'est surtout là où je voulais en venir, nous allons vivre un petit peu plus dangereusement avec comme titre « L'éthique fait son cirque » et comme sous-titre « Lectures, réflexions et poésies autour de l'homme souffrant ». Il s'agira donc de lectures d'écrits sur l'expérience de la maladie commentés par un philosophe et un psychanalyste et le tout perturbé par le jeu d'un conteur amuseur bien connu des scènes nationales. Dans cette aventure l'intention est double. D'une part redonner la primauté à la parole de la personne, du citoyen malade avant la survenue du système collectivisé d'interprétation voire d'appropriation. Et d'autre part, et pour cible essentielle, l'espoir est, par le truchement distractif, d'attirer ceux qui ne viennent pas habituellement à ce genre de soirée qu'ils redoutent trop intellectuelles ou trop ennuyeuses. Il s'agirait peut-être même, dans le sillage de Roger Gil, qui nous rappelle régulièrement et bien justement que l'éthique est une inquiétude, de tenter d'atteindre le stade suprême de l'inquiétude heureuse ou tout du moins celui de la préoccupation allégée, pour être plus dans l'air du temps, et j'ai bien dit allégée et non édulcorée.

Voilà, ainsi va ce comité éthique, organisation tout compte fait bien ordinaire avec des préoccupations tout à fait réglementaires. A moins que les organisateurs de cette journée aient perçu quelques spécificités qui méritaient de vous être présentées. Il s'agit sans doute alors de souligner l'éclectisme de cette assemblée qui s'enthousiasme pour toutes les questions, des plus savantes au plus ordinaires et se complaît à accueillir les discours sophistiqués comme les plus innocents. Il convient peut être également de surligner sa volonté de rapprochement des acteurs du soin quotidien en se souciant de leurs besoins d'éclairage sur les enjeux juridiques et éthiques mais également en cherchant à comprendre les origines des tensions existentielles rencontrées par ces professionnels. Ou bien la seule particularité de cette assemblée tient peut-être simplement de son éloignement des centres plus savants et son existence serait alors la preuve que la réflexion éthique a sa légitimité et sa faisabilité même au sein de la désertification sanitaire.

Maintenant quelques réflexions surgies du croisement de cette expérience de comité éthique champêtre et du concept de l'éthique citoyenne annoncé pour cette journée. Cet intitulé nous renforce en tous cas dans nos convictions puisqu'il semble bien indiquer qu'il n'y a pas d'oxymore dans cette dénomination d'une éthique qui se rapproche de cette pièce majeure de la politique qu'est le citoyen.

Mais cette première indication ne suffit pas à nous éclairer sur l'origine de cette proposition d'une éthique citoyenne. D'où vient cette invitation à élargir la légitimité, l'accessibilité à cet exercice ? Une autre réassurance commence à nous renseigner, il n'est pas à

craindre une volonté de démedicalisation qui priverait cet exercice réflexif d'une contribution essentielle mais plutôt d'un « démedicocentrisme », d'un nouvel appel à se rapprocher, peut être cette fois authentiquement, de celui qui est au centre du dispositif du soin, le patient lui-même et ses corollaires, ses proches et ses concitoyens. Soit dit en passant, au sujet de cette appellation d'élément central du dispositif, je me demande souvent s'il ne vaut pas mieux être jeune et en bonne santé que l'objet central d'un dispositif.

Cette nouvelle orientation, cela n'échappe à personne, fait écho à une attente sociétale tellement évidente et en même temps si complexe à décortiquer que je me garderai d'en entreprendre la présentation. Nous pourrions par contre nous intéresser à une autre éventuelle contribution. N'y aurait-il pas une nécessité quasi-épistémologique voire un impératif éthique à chercher à rééquilibrer la force des connaissances en lice dans une décision de soins ? La modernité a pu nous laisser penser que toutes ces décisions allaient finir par relever d'une évaluation strictement technique ou encore mieux totalement numérisée. Quelques perturbations dans ce projet doivent nous amener à reconsidérer un peu plus respectueusement les apports émanant du sensible et de l'intuitif. Je rencontre souvent cette injonction à un rééquilibrage dans mon exercice de médecin de soins palliatifs. Il est vrai que ce domaine ne croule pas sous les certitudes scientifiques et ne constitue donc pas la meilleure vitrine des performances d'une approche techniciste du soin. Je n'en suis pas moins régulièrement troublé par les fluctuations parfois spectaculaires des certitudes médicales des autres disciplines. Et surtout j'ai été agréablement étonné ces derniers temps d'entendre le cumul d'études qui, dans mon domaine d'exercice, ont révélé la meilleure performance des paramédicaux pour établir un pronostic temporel (estimation de durée de vie restante) sur des bases intuitives versus un verdict médical se référant à des données plus cartésiennes et en fait moins pertinentes. D'où la proposition, non point de laisser la technicité au corps médical et d'accorder un strapontin à l'intuition paramédicale, mais plutôt de retrouver une part de vertus aristotéliennes et ainsi contribuer à ce que soit mieux considérée l'approche intuitive chez tous les acteurs du soin.

Puisque le voilà introduit, attardons nous sur ce corps paramédical et sur la force citoyenne qu'il constitue au sein du système sanitaire. Si éthique citoyenne il devait y avoir, ne devrait-elle pas concerner les paramédicaux en premier cercle, comme première validation d'un « démedicocentrisme » ? Nous vérifions régulièrement, quand nous daignons nous en donner la peine, la pertinence de l'observation et de la réflexion de ces professionnels. Cela vaut incontestablement dans les domaines de la gériatrie, de la psychiatrie, de l'oncologie ou des soins palliatifs. Mais cette contribution se révèle tout aussi indispensable dans l'approche du patient avant et après le geste technique sophistiqué qui constitue donc la seule séquence où l'on peut s'en priver. Ces aides-soignantes, ces infirmières, pour ne citer que les plus fréquemment auprès des

patients, nous rapprochent d'une éthique de l'ordinaire, du quotidien qui n'a en fait pas grand-chose d'ordinaire. Les questions qui se posent au fil de la journée et de la nuit relèvent plutôt de l'extraordinaire expérience à laquelle est confrontée la personne malade et nous ramènent donc inéluctablement à sa citoyenneté et à celle de notre propre conscience citoyenne, nous décideurs, prescripteurs et soigneurs, si vous m'autorisez cette rime facile.

Et nous voilà peut-être en train de nous éloigner d'une éthique de spécialistes, celle des affaires rares et complexes, pour nous rapprocher d'une éthique des affaires courantes, plus ouverte, plus accueillante envers le citoyen, glissement d'une éthique savante vers une éthique avenante.

Et avant de prétendre à une éthique citoyenne avec la porte de l'institution sanitaire grande ouverte il conviendrait sans doute de s'assurer qu'une éthique intérieure est déjà installée, la moindre des corrections avant de recevoir des invités. A cette fin il nous faudrait affronter au sein de l'organisation et de l'institution sanitaire des questions que nous avons régulièrement rencontrées comme tous les autres au sein de notre comité. Quelle approche éthique tenter d'imposer à ces collectivités ? L'éthique des vertus a sans doute été tellement dévoyée que l'on peut craindre qu'elle ne soit actuellement plus opérationnelle pour affronter les tensions du moment. L'éthique de la discussion chère à Habermas n'a pas que le privilège de la fraîcheur historique, elle semble plus en congruence avec les besoins de régulation contemporaine. Et en même temps il serait tellement tentant que chacun s'interroge sur son impatience envers l'exemplarité de l'autre avant même d'évaluer sa propre diligence dans ce registre. On pourrait alors s'autoriser à évoquer une éthique de la discussion avec soi-même avant se lancer dans l'exercice de l'altérité. Ainsi si les développements personnels, très en vogue aujourd'hui, ne suffisent pas à construire un développement collectif, il est tout aussi hasardeux d'espérer un développement collectif sans avoir veillé à la promotion des développements personnels.

Une fois posée cette exigence éthique au sein de l'institution, il nous faudra entendre les interpellations des citoyens qui de leurs côtés n'ont pas forcément attendu que l'institution ait consolidé sa droiture avant de pénétrer en force et en nombre pour exprimer leurs attentes plus ou moins déroutantes. Certaines seront à prendre en considération avec respect et circonspection. Je voudrai témoigner de l'une d'elles qui n'est pas des moindres. La question de l'égalité de l'accès à des soins de qualité ne manquera probablement pas de devenir de plus en plus tout autant un casse-tête éthique qu'un dilemme politique. Et ce d'autant plus qu'elle s'impose dans plusieurs registres concomitamment. Celui de l'inégalité liée à l'appartenance socio-économique dont les dégâts commencent hélas à être objectivés. L'inégalité géographique dont les territoires que côtoie notre comité font douloureusement l'épreuve parmi d'autres.

Mais je voudrai plus particulièrement insister sur l'inégalité de considération dont profite ou plutôt que subit la population très âgée dans les sphères sanitaire et médico-sociale. Je crains que, malgré les efforts organisationnels incontestables et la générosité de nombre d'acteurs du soin, la transposition du traitement que connaissent nos aînés vers d'autres générations ne serait pas tolérée bien longtemps par le corps social. Ces personnes âgées, dès qu'elles sont affectées de troubles significatifs, sont dans une typologie et une temporalité de besoins difficilement compatibles avec une tarification à l'activité et une démotivation des acteurs de leurs soins. Et on se retrouverait presque dans l'aporie avec les raisons qui nous conduisent à tenter de soigner au mieux toutes ces personnes et la déraison qu'il y a à tous les soigner aussi mal.

Et pour revenir à cette éthique citoyenne qui nous interpelle aujourd'hui, je vous propose d'en examiner quelques éléments de dimensionnalité. Une dimension temporelle qui inciterait à se rapprocher d'une éthique de la « narrativité », si vous m'accordez cette appellation, plutôt que de céder à la pratique courante de l'éthique de la nativité. Formule un peu facile pour cause mnémotechnique mais qui mérite explicitation. L'éthique de la nativité consiste à prétendre être dans la considération et la bienveillance d'une personne dont on ignore parfaitement l'histoire de vie par manque de temps ou pire par manque d'intérêt entre deux imageries et deux tranches de soins. Ethique de la nativité car nous créons alors le patient à notre image voire, pire encore, à sa propre imagerie. Il est en effet courant que le système de soins s'invente un patient qui n'a pas grand-chose à voir avec la personne qu'il croise et qu'il n'a donc pas beaucoup d'espoir de rencontrer et donc encore moins de prendre véritablement en soin. La facilité de présentation m'aura donc amené à intituler éthique de la nativité ce qui ne relève en fait que d'une procréation médicale aberrante.

Grande différence d'avec une éthique de la narrativité, qui elle s'oblige, se destine à cette rencontre, à cette acceptation d'une temporalité du patient qui ne se limite pas au temps du parcours de soins. Inaccessible me direz-vous dans les temps modernes et avec les images que convoque immédiatement cette référence cinématographique transposée dans un établissement de soins? Et si l'on s'organisait simplement pour laisser en permanence entrouverte cette porte de la rencontre et si l'on s'organisait simplement pour laisser un petit peu plus de temps aux professionnels pour croiser la disponibilité nécessaire au sein de leur journée pour offrir encore plus de rencontres, je ne suis pas si sûr que certains, pourtant plus experts que moi, que notre système s'effondrerait. N'oublions pas que nous ne faisons sans doute que commencer à découvrir les préjudices du stress et du manque de considération sur la physiologie humaine et en cascade sur les dépenses de soins.

Une autre dimension du citoyen malade mérite d'être examinée attentivement, celle de son système humain

de proximité, donc celle de la citoyenneté élargie. Un patient appartient presque toujours à un groupe de citoyens plus ou moins large, du seul conjoint ou autre proche à la communauté élargie et très investie. Préservons-nous du risque du raisonnement trop centrée sur cette cible qu'est le patient. Veillons à élargir notre inquiétude à ceux qui gravitent autour de lui. Gardons-nous de sacraliser ce patient en négligeant les souffrances autour de lui. Attention au « oui mais celle qui est à côté de lui, c'est pas ma patiente », au « oui mais pour lui, c'est du social, ça nous concerne pas » qui peuvent conduire à d'authentiques drames.

Cette préoccupation a mené notamment dans les domaines de la gériatrie et du handicap vers la bien nommée aide aux aidants. Très bonne intention et des développements qui avancent. Pour autant il convient encore de nous interroger sur une certaine tolérance vis-à-vis de la souffrance de ces aidants qui peut parfois se rapprocher du dolorisme. Il n'est pas toujours aisé, il est vrai, de ne pas se laisser envahir, obnubiler par la détresse du patient. Nous rencontrons souvent, dans le domaine dans lequel j'exerce, cette tension éthique entre ce qui est bon pour le patient mais qui ne va pas forcément être profitable à ses proches. Et il n'est pas toujours aberrant de concevoir un sacrifice mesuré pour le patient afin de préserver les proches d'un risque de détresse durable. Nous nous autorisons même parfois à nous référer à une éthique des survivants dont nous cherchons toujours aujourd'hui à récupérer le manuel. Cette facilité de langage voile pudiquement la complexité qui veut que les patients en fin de vie ne bénéficient pas seulement de droits et qui nous oblige à affronter avec eux l'austérité de leurs devoirs.

Voilà, au final, que des bonnes raisons de ne pas résister à cet appel à une éthique citoyenne. Du moment qu'elle veille à son propre équilibre entre conviction et responsabilité. Et du moment qu'elle ne se révèle pas un des contributeurs involontaires à l'ouverture d'une période de trente piteuses.

Titre : Palliatif, palliatif ou palliatif ?

René Robert, Université de Poitiers, CIC Inserm 1402, CHU Poitiers, Médecine Intensive Réanimation

Mots clés : soins palliatifs – fin de vie – limitation arrêt thérapeutique – qualité de vie

Résumé : Palliatif, palliatif ou palliatif ?

Les soins palliatifs sont une composante nécessaire et souvent indispensable dans le parcours médical de certains patients. Ils peuvent intervenir à tous les stades d'une maladie chronique sévère et leur besoin croît avec son évolution. Alors que stratégie et intensité thérapeutique diffèrent en fonction de cette évolution, le seul terme « palliatif » est utilisé. Il paraît nécessaire de bien comprendre à quel moment le patient approche de sa fin de vie pour adapter les modalités de prise en charge. Un nouveau mot « palliatif » pourrait être proposé pour qualifier la partie des soins palliatifs dédiés à l'accompagnement de fin de vie.

Keywords : palliative care - end of life - limitation of therapeutic treatment - quality of life

Abstract : Palliative, palliative or palliative?

Palliative care is a necessary and often essential component in the medical journey of some patients. They can intervene at all stages of a severe chronic disease and their need grows as it progresses. While the strategy and the therapeutic intensity differ depending on this development, the only term "palliative" is used. It seems necessary to fully understand when the patient is approaching the end of his life in order to adapt the management methods. A new word "palliative" could be proposed to qualify the part of palliative care dedicated to end-of-life support.

Les soins palliatifs se sont imposés comme une composante nécessaire et souvent indispensable dans le parcours médical de certains patients, notamment au cours de pathologies cancéreuses, neuro-dégénératives, d'insuffisances cardiaque, respiratoire ou hépatique avancées. Ce terme a vu sa reconnaissance légale dans le texte de loi du 9 juin 1999 sur le droit pour les patients à recourir aux soins palliatifs¹. Les soins palliatifs se sont développés avec la création de services de soins palliatifs d'unités mobiles de soins palliatifs et de lits dédiés aux soins palliatifs dans certaines unités de soins. Ils ont été l'objet ces dernières années d'une attention institutionnelle prioritaire avec la création d'un Observatoire Fin de Vie et Soins Palliatifs en 2010 devenu le Centre de Fin de Vie et Soins Palliatifs en 2017, la mise en place d'un plan ministériel 2015-2018 Fin de Vie et Soins Palliatifs et la création en 2019 d'une plateforme dédiée à la Recherche sur la fin de vie et les soins palliatifs.

Un même mot et 3 stades évolutifs de la maladie.

Le terme « palliatif » est défini comme un traitement qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause². Ainsi, les soins palliatifs intègrent la prise en charge des douleurs physiques, psychologiques et d'autres symptômes gênants pour le patient. Ils prennent également en compte la souffrance, sociale et

patient alors que son pronostic vital est encore bon et que sa qualité de vie est sub-normale^{3,4}. A un autre moment de l'évolution de sa pathologie, le patient approche de sa fin de vie, son activité physique est réduite, sa qualité de vie est limitée mais peut-être considérée comme acceptable en fonction de l'auto-évaluation que le patient en fait. A ce stade de la maladie, les soins curatifs se sont intensifiés mais arrivent au bout de leur effet escompté. Quand une chimiothérapie est proposée, on parle de chimiothérapie « palliative » ou parfois de « chimiothérapie palliative terminale ». Son objectif n'est plus une réduction de la masse tumorale, mais un ralentissement éventuel de la cinétique de progression de la tumeur. Le bénéfice réel de ces chimiothérapies sur la qualité de fin de vie des patients est discuté⁵. Parallèlement chez ces patients, le recours aux soins palliatifs s'est intensifié. Et puis, survient « l'entrée dans la fin de vie du patient », les traitements curatifs sont arrêtés et la prise en charge palliative constitue le traitement prioritaire pour l'accompagnement du patient dans sa fin de vie. Ainsi pour trois phases de prise en charge différentes, le même mot palliatif est utilisé. La distinction globale de ces trois phases est relativement simple, mais la frontière entre ces phases n'est pas nette et dans bien des situations cliniques, le patient est dans une zone grise (figure 1).

Figure 1 : Soins palliatifs au cours des trois phases évolutives de la maladie



spirituelle de la personne malade et de sa famille. Ce terme palliatif reflète une situation clinique ne laissant pas envisager une guérison complète de la maladie. De fait, il suggère pour beaucoup une vision péjorative de l'évolution de la maladie et de ses possibilités thérapeutiques spécifiques. Face à une défaillance vitale aiguë surajoutée, cette « étiquette » de patient palliatif peut conduire à des stratégies de limitation thérapeutique incluant une potentielle non-admission en réanimation. Pourtant, il a été montré dans plusieurs situations cliniques que le recours aux soins palliatifs pouvait débuter précocement dans le parcours du

1 Loi du 9 juin 1999 relative aux droits du patient.

www.legifrance.gouv.fr

2 World Health Organization. WHO definition of palliative care.<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Comment identifier les trois zones ?

Le processus de décision d'une limitation ou arrêt thérapeutique (LAT) est bien défini. Depuis 2002, il fait l'objet de recommandations de la société de réanimation de langue française (SRLF) réactualisées en 2010⁶. Ses éléments sont intégrés dans la loi Leonetti de

3 Allen LA, Stevenson LW, Grady KL et al. Decision Making in Advanced Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association: Circulation. 2012 April 17; 125(15) 1928-1952. doi:10.1161/CIR.0b013e31824f2173.

4 Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. Nat Rev Clin Oncol 2016 ; 13 :159-171

5 Prigerson HG, Bao Y, Shah MA et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. JAMA Oncol 2015 ;16 :778-784

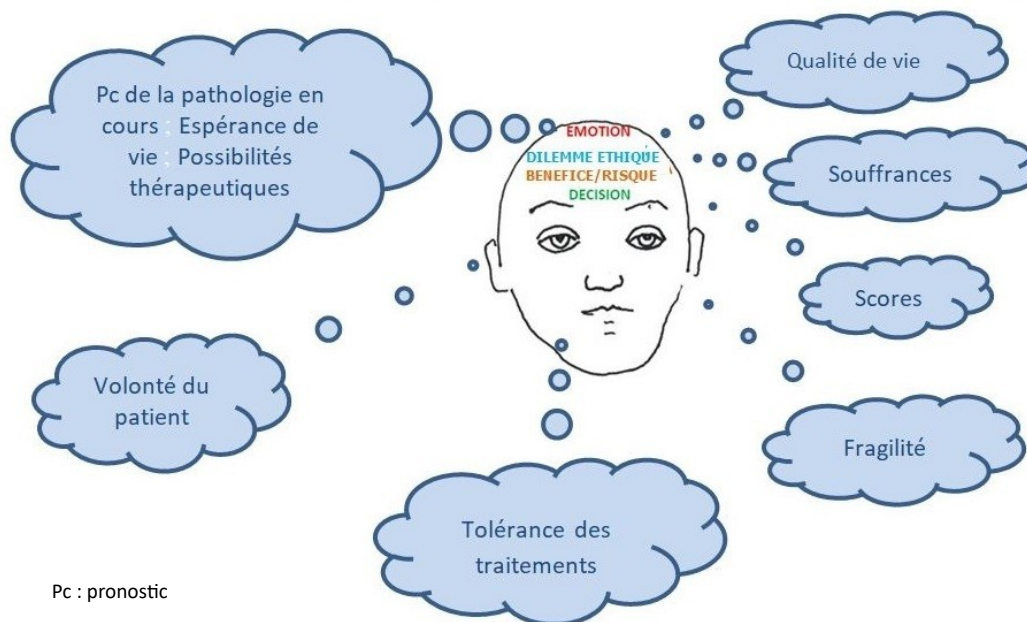
2005⁷. Les points clé de cette prise de décision sont résumés au tableau 1.

Si le processus décisionnel est commun et identique pour les décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique, l'intentionnalité et les mesures prises diffèrent selon le choix de l'option limitation ou arrêt thérapeutique. En cas de limitation thérapeutique, l'espoir est la survie du patient avec la volonté de restaurer une qualité de vie satisfaisante à court, moyen et parfois relativement long terme. Ainsi, par exemple, chez les patients admis en réanimation pour une détresse respiratoire avec une décision d'emblée de non-intubation en cas d'aggravation, la mortalité hospitalière est d'environ 50%, la survie à un an de 30% dépendant du type de pathologie considérée⁸. La décision d'arrêt de thérapeutiques de suppléance vitale s'inscrit clairement dans une stratégie d'accompagnement du patient dans sa fin de vie. Le résultat attendu est le décès du patient. La volonté prioritaire est d'assurer la meilleure qualité possible de cette fin en vie en accord avec les souhaits du patient et en intégrant un accompagnement associé pour les proches. En conséquence par exemple, l'admission de patients cancéreux en réanimation peut être stratifiée en trois options : admission en réanimation sans limite de traitement (« full code management»), traitements

limités en réanimation dans leur durée (« ICU trial ») ou leur intensité, non admission en réanimation^{9, 10}.

La distinction entre les trois options stratégiques de prise en charge, prise en charge maximaliste - limitation - arrêt thérapeutique, est facile y compris chez le patient palliatif. Cependant il n'y a pas de limite nette entre ces trois situations, et le médecin ou l'équipe soignante doit décrypter les zones grises qui les séparent. Plusieurs facteurs alimentent les difficultés décisionnelles : l'imprécision relative des capacités à prédire la survenue du décès¹¹. Le pronostic de maladies, en particulier cancéreuse est exprimé en médiane de survie, intégrant des écarts individuels importants ; l'estimation subjective de la qualité de vie qui est influencée par de nombreux facteurs individuels auxquels s'ajoute la projection personnelle de la représentation de cette qualité de vie ; enfin, ces estimations peuvent être modulés par des facteurs culturels et émotionnels personnels très peu étudiés. De façon schématique les différents éléments qui permettent au médecin d'affronter ses propres dilemmes éthiques dans les situations de zone grise sont résumés sur la figure 2.

Figure 2 : Eléments pris en compte dans le processus décisionnel d'une limitation ou arrêt thérapeutique



6 Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte: Actualisation des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Reanimation 2010 ;19 :679-698

7 Loi Leonetti N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie. www.legifrance.gouv.fr

8 Wilson ME, Mittal A, Karki B, Dobler CC, Wahab A, Curtis JR, et al. Do-not-intubate orders in patients with acute respiratory failure: a systematic review and meta-analysis Intensive Care Med 2020 46:36–45 <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05828-2>

9 Azoulay E, Soares M, Darmon M, et al. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. Ann Intensive Care 2011;1:5

10 Schellongowski P, Sperr WR, Wohlfarth P, Knoebl P, Rabitsch X, Watzke HH, Staudinger T. Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine—a narrative review ESMO Open 2016;1:e000018. doi:10.1136/esmoopen-2015-000018

11 Thiery G, Azoulay E, Darmon M, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. J Clin Oncol 2005;23:4406–13.

Quelles stratégies de prise en charge adapter à la situation clinique d'un patient relevant de soins palliatifs ?

En reprenant les trois étapes envisagées ci-dessus du parcours du patient, on peut de façon schématique définir une stratégie de prise en charge adaptée. Dans la première phase, il n'y a aucune raison de limiter les traitements et l'offre de soins inclue quand elle est nécessaire la prise en charge sans restriction en réanimation. Lorsque le patient est proche de sa fin de vie, ses traitements peuvent être limités. Par exemple un patient en détresse respiratoire pourrait bénéficier de méthodes d'oxygénation ou de ventilation non invasive, mais être limité pour l'intubation et la ventilation invasive. Enfin au stade de l'accompagnement de fin de vie, les traitements spécifiques sont arrêtés au profit de traitements et de méthodes d'accompagnement de fin de vie.

Peut-on proposer une nouvelle dénomination ?

Au terme de cette analyse, persiste le fait que le même et seul terme « palliatif » est utilisé pour des patients pouvant relever de trois stratégies correspondant à des thérapeutiques et des intentionnalités différentes. L'utilisation d'une terminologie différente pour clarifier ces situations paraît nécessaire. Dans la littérature anglo-saxonne, on différencie parfois les termes de « hospice care » pour désigner les situations où l'espérance de vie est réduite et le patient encouragé à exprimer ses souhaits en matière de limitation de traitement, en refusant par exemple la réanimation d'un arrêt cardiaque (DNR order « do not resuscitated ») ou le transfert en réanimation en cas de défaillance vitale¹² (tableau 2). Cette terminologie n'est pas superposable en France. Pour oser un néologisme, on pourrait proposer le nouveau mot « pallitatif » pour qualifier les soins palliatifs focalisés sur l'accompagnement de la fin de vie. D'un point de vue linguistique, la sonorité palliative est préservée laissant clairement comprendre que le champ des soins palliatifs est préservé.

En résumé, la projection du terme palliatif en regard du stade évolutif de la maladie est hétérogène et peut induire des ambiguïtés sur le niveau de prise en charge curative pour le patient. Une clarification sémantique permettrait une meilleure lisibilité des problématiques posées par le patient dans son parcours de soins. Un nouveau mot « pallitatif » est proposé pour qualifier la partie des soins palliatifs dédiés à l'accompagnement de fin de vie.

12 Aslakson RA, Curtis R, Nelson JE The Changing Role of Palliative Care in the ICU. Crit Care Med 2014; 42: 2418–2428. doi:10.1097/CCM.0000000000000573

Tableau 1 : Les points-clé du processus décisionnel de limitation arrêt thérapeutique (LAT)

- Le patient
 - Volonté exprimée (directives anticipées)
 - Mauvais pronostic maladie aigue
 - Mauvais pronostic maladie sous-jacente (co-morbidités)
 - Mauvaise qualité de vie avant (ou estimée après la réa)
- Les proches
 - Information
 - Témoins de volonté du patient
- La collégialité
 - Médicale ET paramédicale
- L'avis extérieur
- La traçabilité

Table 2 définitions

Palliative care :

Pas d'espoir de rémission de la maladie causale

Possibilités de traitements permettant de ralentir l'évolution spontanée de la maladie causale

Espoir d'une survie prolongée

Qualité de vie satisfaisante ou acceptable

Hospice care :

Pas de possibilités de traitement étiologique de la maladie causale

Traitements actifs très limités

Pas d'espoir d'une survie prolongée

Altération de la qualité de vie

Pas forcément de sédation « terminale » immédiate, mais anticipation d'une prescription à la demande

End-of-life care :

Accompagnement de fin de vie

Soins de confort prioritaires

Le plus souvent sédation « terminale »

Bibliographie

Loi du 9 juin 1999 relative aux droits du patient. www.legifrance.gouv.fr

World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Hanks G (2008) Palliative care: careless use of language undermines our identity. *Palliat Med* 22(2):109–110
Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *NEJM* 2015;373:747-55.

Smith AK, White DB, Arnold RM. Uncertainty – the other side of prognosis. *NEJM* 2013; 368:2448-50.

Christakis NA, Lamont LB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320:469-72.

Center to Advance Palliative Care. "What is Palliative Care?" <http://getpalliativecare.org/whatis/>. Accessed: 18 June 2016.

Aslakson RA, Curtis R, Nelson JE The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Crit Care Med* 2014; 42: 2418–2428. doi:10.1097/CCM.0000000000000573

Wilson ME, Mittal A, Karki B, Dobler CC, Wahab A, Curtis JR, et al. Do-not-intubate orders in patients with acute respiratory failure: a systematic review and meta-analysis *Intensive Care Med* 2020 46:36–45 <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05828-2>

Azoulay E, Soares M, Darmon M, et al. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care* 2011;1:5

Schellongowski P, Sperr WR, Wohlfarth P, Knoebl P, Rabitsch X, Watzke HH, Staudinger T. Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine—a narrative review *ESMO Open* 2016;1:e000018. doi:10.1136/esmoopen-2015-000018

Thiery G, Azoulay E, Darmon M, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study. *J Clin Oncol* 2005;23:4406–13.

Allen LA, Stevenson LW, Grady KL et al. Decision Making in Advanced Heart Failure A Scientific Statement From the American Heart Association: *Circulation*. 2012 April 17; 125(15) 1928–1952. doi:10.1161/CIR.0b013e31824f2173.

Billings JA (1998) What is palliative care? *J Palliat Med* 1(1):73–81

Chamberlain BH (2001) What's in a name? *Am J Hosp Palliat Care* 18(6):367–369

Cherny NI (2009) Stigma associated with “palliative care”: getting around it or getting over it. *Cancer* 115(9):1808–1812

Hui D, Bruera E. Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nat Rev Clin Oncol* 2016 ; 13 :159-171

Payne S, Sheldon F, Jarrett N, Large S, Smith P, Davis CL, Turner P, George S (2002) Differences in understanding of specialist palliative care amongst service providers and commissioners in South London. *Palliat Med* 16(5):395–402

Hui D, Mori M, Parsons H, Li ZJ, Damani S, Evans A, Bruera E (2012) The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *J Pain Symptom Manag* 43(3):582–592

Zafar SY, Currow D, Abernethy AP (2008) Defining best supportive care. *J Clin Oncol* 26(31):5139–5140

Tehan CB (1980) Standards for hospice address definition and quality concerns. Hosp Forum 23(1):16–17

McCann BA (1988) Hospice care in the United States: the struggle for definition and survival. J Palliat Care 4(1–2):16–18

Hanratty B, Hibbert D, Mair F, May C, Ward C, Corcoran G, Capewell S, Litva A (2006) Doctors' understanding of palliative care. Palliat Med 20(5):493–497

Prigerson HG, Bao Y, Shah MA et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. JAMA Oncol 2015 ;16 :778-784

Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte: Actualisation des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Reanimation 2010 ;19 :679-698

Loi Leonetti N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie. www.legifrance.gouv.fr

Titre : A propos du dossier de demande d'entrée en E.H.P.A.D.

TERRIER Gérard, RESNIER Jocelyne, SUREAU Nathalie.

Cellule de coordination EHPAD/USLD - Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin

Mots clés : Personnes âgées – EHPAD – Consentement

Résumé : A propos du dossier de demande d'entrée en E.H.P.A.D.

La constitution du dossier d'admission en EHPAD dématérialisé est pour les auteurs l'occasion de s'interroger sur les éléments posant des questions d'ordre éthique. La désignation de la personne de confiance et la signature du demandeur, après une information franche et loyale permettant un consentement éclairé sont-elles une réalité ? La conservation d'un document manuscrit partiel pourrait être une solution envisageable.

Keywords : Elderly people - EHPAD - Consent

Abstract : How to draw up an ethic file for an admission in E.H.P.A.D.

The constitution of the dematerialized admission file in EHPAD is for the authors the opportunity to question the elements raising questions of an ethical nature. Is the designation of the trusted person and the signature of the applicant, after frank and fair information allowing informed consent a reality? Keeping a partial handwritten document might be a possible solution.

Le titre du Colloque annuel de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine (ERENA) de 2019 (Ethique en institution, institutionnalisation de l'éthique) est pour nous l'occasion d'une réflexion, que nous souhaiterions donc éthique, à propos de la constitution du dossier d'admission en EHPAD. Les EHPAD sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes au sens de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002¹. Pour les plus âgés d'entre nous et les plus dépendants, le but ne serait-il pas, comme le mentionne Paul RICOEUR, d'avoir « une visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes »² ? Il ne peut être répondu que positivement à cette interrogation.

Dans ce type d'établissement, doit exercer un Médecin coordonnateur dont les 14 missions imparties sont définies par le décret qui régit cette fonction médicale particulière³. Parmi celles-ci il en existe une primordiale : après avoir pris connaissance du dossier de l'éventuel futur résident, il prononce (ou non), conjointement avec le directeur de l'établissement, son admission. En fonction des données relevées dans le dossier médical et compte tenu des éventuels soins ou handicaps, l'admission va être orientée, selon les possibilités que possède la structure, vers un EHPAD conventionnel (accueil de jour, hébergement temporaire ou permanent), vers une unité de soins de longue durée (USLD) ou, pour les résidents aux troubles cognitifs importants et surtout déambulants, vers une unité d'hébergement renforcé (UHR).

Le dossier d'admission a été uniformisé sur le plan national (modèle cerfa) et le formulaire papier vient d'être dématérialisé grâce à un logiciel dénommé Viatrajectoire-Grand âge maintenant opérationnel sur l'ensemble du territoire national. Il semble que les items constitutifs du dossier aient donné lieu à de nombreuses et longues discussions avant d'aboutir à la version « définitive » actuelle. Celle-ci contient trois volets : un premier volet médical, un second concernant l'autonomie du demandeur et un troisième dit « social ».

Pour ce qui concerne le volet médical et le volet autonomie, les données recueillies, en l'absence de possibilité de contact direct avec le demandeur (donc d'examen clinique), vont permettre d'orienter le futur résident vers la structure jugée la plus adaptée, comme précisé plus haut. Les soins infirmiers mentionnés (nature, durée...), dits soins médicotextuels infirmiers (SMTI) permettent par exemple au médecin coordonnateur de choisir entre une USLD (SMTI importants) et un EHPAD conventionnel. Appelée encore « Charge en soins », elle est validée par un cadre infirmier.

1 Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 relative au secteur médicosocial

2 RICOEUR Paul, penseur des institutions justes, Revue Esprit, Paris, Novembre 2017

3 Décret 2011-1047 du 2 septembre 2011, relatif à la profession de Médecin coordonnateur

Cette orientation n'est pas définitive, mais évite des changements d'hébergement trop fréquents, toujours préjudiciables aux résidents.

Le dossier administratif, outre les mentions liées à l'état civil et aux coordonnées de correspondance, permet notamment de savoir si :

-l'information du futur résident a bien été faite, sinon pourquoi,

-si son accord a été recueilli, sinon pourquoi,

-s'il a signé lui-même son dossier, sinon pourquoi.

Le volet administratif renseigne aussi sur l'éventuelle mesure de protection juridique mise en place, sur la désignation possible d'une personne de confiance et sur la rédaction ou non de directives anticipées.

Et il existe une case « signature », remplacée dans le dossier dématérialisé par une simple case à cocher !

Le médecin coordonnateur peut aussi prendre connaissance d'informations n'ayant aucun intérêt pour lui, notamment la situation financière et fiscale du demandeur. Ces dernières notions pourraient toutefois jouer un rôle dans l'orientation, compte tenu de la solvabilité ou non du futur résident !

Et l'éthique dans tout cela ? Elle nous semble bien absente...

Le dossier médical est souvent incomplet ou non actualisé, en particulier en ce qui concerne les traitements médicamenteux.

Comment vérifier la véracité des renseignements concernant la situation familiale, la délivrance d'une information « franche et loyale », le recueil du « consentement éclairé » de celle ou celui qui est censé être le demandeur ?

Autre question qui peut s'avérer d'importance : lorsqu'une personne de confiance est notifiée, comment s'assurer que ce n'est pas une personne de confiance « autoproclamée » ?

Pour les futurs résidents, celles et ceux qui ne sont pas sous tutelle (voire pour les autres !...), comment savoir si la case cochée « signature » correspond vraiment à une réalité ?

Comment imaginer enfin qu'un médecin coordonnateur puisse éthiquement accepter ou refuser un futur résident en fonction de ses revenus ?

A toutes ces questions ou interrogations, il pourrait être répondu que, chacun dans sa fonction (médecin traitant ou médecin référent, assistante sociale, mandataire de justice, médecin coordonnateur...) est en devoir de vérifier la véracité des données contenues dans le dossier. Une rencontre avec le demandeur, une visite au domicile ou dans l'établissement (hospitalier le plus souvent) d'hébergement, une enquête sociale... seraient de nature à instruire un dossier correct, à vérifier la réalité de l'existence d'une personne de confiance, de l'information franche et loyale, de la réelle volonté de la demande d'entrée en institution... Une visite préalable du futur établissement d'accueil est aussi prévue.

Mais tout le monde sait bien qu'il n'en est rien, que tous ces critères sont rarement remplis parce que, le plus souvent, cela est strictement impossible en raison de l'urgence à trouver un lieu d'hébergement, des délais impartis, de l'éloignement du lieu de résidence, du handicap du futur résident, de l'impossibilité matérielle de joindre le bon correspondant, etc. De plus, l'épuisement plus ou moins réel de la famille, le besoin de lits d'aval pour les établissements hospitaliers et quelques autres raisons plus ou moins avouables, font que les dossiers sont remplis de manière « banalisée ». Je n'en veux pour preuve que les pressions quotidiennes reçues pour faire aboutir le plus rapidement possible les demandes. Et puis, finalement, la dématérialisation, c'est tellement commode !...

Mais n'oublions pas qu'environ 600 000 de nos concitoyens âgés de plus de 60 ans vivent actuellement en EHPAD⁴, et que ce nombre ne va cesser d'augmenter dans les années à venir. Peu de ces personnes âgées ont l'équipement et les capacités informatiques nécessaires pour faire elles-mêmes leur demande et remplir leur dossier. Le recours à une (des) tierce(s) personne(s) est donc nécessaire, voire indispensable. C'est là encore un souci éthique : quel crédit leur accorder ?

Alors que faire ? A minima, il nous semble quand même indispensable de revoir le dossier national. Une priorité devrait être donnée au recueil de l'accord du demandeur et des moyens d'en apprécier la réalité. Il devrait en être de même pour la personne de confiance. Peut-être ces deux points au moins pourraient-ils être recueillis de façon manuscrite.

Quant aux ressources financières, elles ne devraient pas pouvoir être un critère de sélection des futurs résidents.

Faisons en sorte que la réflexion de Paul RICOEUR citée au début de cet article, ne reste pas pour nos aînés entrant en institution, un vœu pieux.

4 1-<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

Bibliographie

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 relative au secteur médicosocial

RICOEUR (Paul), Morale éthique et politique, Revue Pouvoirs n°65 (p 11), Paris, 1993

Décret 2011-1047 du 2 septembre 2011, relatif à la profession de Médecin coordonnateur

DREES, 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 ; in drees.solidarites-sante.gouv.fr ; 2017 ; [consulté le 21/09/2020] ; URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>

Dossier Éthique et management

Introduction

Quand on évoque la place de l'éthique dans le management, une question émerge d'emblée : s'agit-il de poser un cadre moral ou normatif au management ou bien d'en interroger la finalité et les méthodes pour y apposer du sens ? Une clarification des termes « éthique » et « management » s'impose préalablement à toute tentative de réponse : sont-ils de même nature ? Si l'éthique dans la clinique concerne le questionnement autour d'une situation à la fois singulière, problématique et complexe dans sa prise en charge, le management semblerait plutôt relever d'une praxis au carrefour de différentes approches conceptuelles.

Et comment parvenir à articuler ces deux notions de façon à ce que la gestion du soin au quotidien fasse sens pour les équipes soignantes ?

L'éthique est partout et dans tous les discours mais de quoi parle-t-on ? Si la réflexion éthique peut se décliner en lois, règles déontologiques, normes et procédures indispensables à la mise en œuvre d'une action collective cohérente et au vivre ensemble, elle ne se confond cependant pas avec elles mais plutôt les précède et en constitue la matière dans laquelle toutes s'enracinent.

Alors comment la pratique managériale s'en saisit-elle ? En fait-elle un alibi pour justifier une organisation normative des structures de soin ou bien un questionnement collectif visant à la co-construction par tous les acteurs du terrain d'un fonctionnement institutionnel pourvoyeur tout autant de rationalité que de qualité ?

Cette question souligne deux points :

- la nature du travail qui n'est pas seulement l'application d'une norme ou d'un ensemble de normes
- et aussi l'importance des représentations des métiers du soin, le métier de manager tout autant que celui de soignant.

Le management, en milieu hospitalier ou médico-social, doit-il veiller plus particulièrement au respect de certaines valeurs ? Les professionnels de santé sont-ils des professionnels comme les autres ? Leurs missions, leur engagement, les valeurs qui sous-tendent leur action mériteraient-ils que le management fasse preuve d'une particulière attention, voire bienveillance à leur endroit ?

Ainsi, la pratique managériale souvent perçue par les soignants comme obéissant essentiellement à une logique économique, peut apparaître de prime abord comme incompatible avec celle du soin. De fait l'éthique, qui se propose de guider le management du soin et de l'accompagnement, s'expose au risque de devenir un instrument au bénéfice d'une idéologie managériale dominante si la seule dimension normative est déployée au détriment d'une démarche réflexive.

Cette mise en perspective différente de l'approche éthique rend explicite un paradigme propre à l'univers du soin. Deux logiques visant le même effet, la qualité et la sécurité des soins prodigués au patient, risquent de s'éprouver sur le mode de l'affrontement : le soin le meilleur pour les uns et le soin utile pour les autres. De l'opposition des valeurs individuelles et collectives aux normes, naît un conflit aboutissant parfois à une véritable souffrance éthique.

Ainsi, tout l'enjeu d'une pratique managériale attentive au vécu des personnes sera d'éviter ou de sortir des injonctions paradoxales pour proposer une organisation pratique du quotidien qui fait sens avec les principes et les valeurs de chacun et d'un groupe dans un contexte donné.

C'est l'exploration de ces différents aspects qui a été proposée dans le colloque « Ethique et management » de l'Espace de Réflexion Ethique de Nouvelle Aquitaine (ERENA)-Bordeaux, le 30 novembre 2018.

Vous sont proposés dans ce numéro les articles de cinq des intervenants du colloque afin d'éclairer la place de l'éthique dans le management.

Textes associés dans ce dossier :

- « Éthique et management. Concepts, évolutions, interactions »

Par Pierre-Olivier Monteil, Chercheur associé au Fonds Ricœur, Enseignant en éthique appliquée à l'Université Paris-Dauphine, à l'ESCPEurope et à Strate Ecole de design.

- « L'éthique normative et de l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé »

Par Isabelle Duguey, Cadre de santé, Institut Bergonié

- « Le manager médical en question : l'expérience du CHU de Bordeaux »

Par Marie Floccia, Praticien Hospitalier, pôle de Gériatrie clinique, Présidente de la Commission DPC/EPP, CHU de Bordeaux

- « Éthique et performance en secteur de soins, des logiques et des contraintes souvent contradictoires : comment sortir de ces conflits de logiques ? »

Par Anne Goujon Belghit, Maître de Conférences en sciences de gestion, IAE Bordeaux, Titulaire adjointe de la chaire du capital humain et de la performance globale de Bordeaux, Vice-présidente déléguée de l'association ANESS (Association Nationale de l'Economie Sociale et Solidaire)

Et Julien Cusin, Professeur des Universités, IAE Bordeaux, Directeur adjoint de l'Institut de Recherche en Gestion des Organisations (IRGO), Responsable de l'axe RSE de l'IRGO

- « À quelles conditions une décision est-elle éthique ? Agir dans un contexte d'incertitude »

Par Yannis Constantinidès, docteur en philosophie, professeur de philosophie

Titre : Éthique et management. Concepts, évolutions, interactions.

Pierre-Olivier MONTEIL, Chercheur associé au Fonds Ricœur, Enseignant en éthique appliquée à l'Université Paris-Dauphine, à l'ESCEurope et à Strate Ecole de design.

Mots clés : éthique – évaluation – management – morale – soin – utilitarisme

Résumé : Éthique et management. Concepts, évolutions, interactions.

Cet article s'attache à identifier les principales clés de compréhension du management actuel. Il compare le « new public management » aux grandes théories en management du XXe siècle, sous le prisme de l'éthique du soin et de ses implications dans l'éthique du management. Le « new public management » apparaît sous-optimal, car il ne répond pas au mode de management d'une institution juste.

Keywords : assessment – care – ethics – management – moral – utilitarianism

Abstract : Ethics and management. Concepts, evolutions, interactions.

This article aims to identify the main keas for a better understanding of nowadays' management. It compares the « new public management » to the main theories of management in the XXth century, with regard to the ethics of care and to its implications in the ethics in management. The « new public management » appears to be under-optimal, on this regard, because it does not fulfill the conditions for the management of a fair institution.

SOMMAIRE

I – LE MANAGEMENT ET SON ÉVOLUTION

II – L'ÉTHIQUE

III – ÉTHIQUE ET MANAGEMENT

ÉTHIQUE ET MANAGEMENT.

CONCEPTS, ÉVOLUTIONS, INTERACTIONS

Cet article se donne pour tâche de procéder à un repérage des clés de compréhension du management actuel, à travers un survol des principaux concepts managériaux qui le caractérisent, appréhendés sous le prisme critique de l'éthique. L'approche peut se résumer d'emblée à partir de l'étymologie du mot management, qui renvoie à des verbes tels que ménager, aménager, eux-mêmes construits sur le latin « *manus* » : la main. Il en découle une première orientation possible concernant le sens du management : celle des verbes manipuler ou manœuvrer. C'est l'orientation la plus fréquente aujourd'hui, tant dans la littérature sur le management que dans les pratiques. Mais un deuxième sens peut être dérivé de « *manus* », celui du verbe émanciper. En latin et en droit romain, le « *manceps* » est l'individu mineur, littéralement le « sans mains », le manchot. Dans cette optique, devenir adulte consiste à s'extraire de cette condition : à s'en émanciper. Au regard des valeurs du soin, il semble préférable de manager au profit de l'émancipation des collaborateurs, c'est-à-dire des professionnels soignants, plutôt que dans l'objectif de les manipuler, voire de les infantiliser. L'approche qui suit privilégiera cette option émancipatrice qui est celle, dans les termes du discours managérial, de l'*empowerment*.

I – LE MANAGEMENT ET SON ÉVOLUTION

A l'époque contemporaine, le management se place au service de la « gouvernance », dans une logique de « création de valeur ». L'idée est apparue dans les années 1940, aux Etats-Unis, chez Friedrich Hayek et chez Milton Friedman, le chef de file des économistes de L'École de Chicago. L'ambition de ces deux futurs prix Nobel était de faire du droit l'instrument de la réalisation de lois « scientifiques » permettant une approche économique du comportement humain dans son entier. L'économie était ainsi conçue comme une science totale, applicable au management mais aussi à la vie politique, culturelle, intellectuelle, familiale, religieuse ou autres, permettant d'asseoir un ordre normatif entièrement régi par le calcul.

Tel que l'analyse Alain Supiot¹, le management qui en est issu peut aujourd'hui s'appuyer sur différents outils normatifs, mis au service de la quantification. La comptabilité est l'un d'eux, qui permet de rendre compte. Encore convient-il de remarquer que cette technique à base de conventions est loin d'être neutre,

¹ Voir SUPIOT Alain, *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard/Institut d'études avancées de Nantes, 2015.

dans ses attendus comme dans ses résultats. Ainsi, par exemple, les salaires sont, en l'état actuel, appréhendés comme des coûts, alors que les capitaux sont, quant à eux, conçus comme des apports. C'est le fait d'une logique qui adopte le point de vue des actionnaires. Il s'ensuit, en pratique, que la bonne gestion va s'attacher à limiter la masse salariale. La statistique est une autre de ces techniques. Elle conduit à assimiler la normalité à la notion de norme statistique, c'est-à-dire de valeur la plus fréquente correspondant à la normalité du sommet de la courbe de Gauss. Il est alors tentant de considérer que les valeurs moins fréquentes signalent des situations anormales, le point de vue statistique s'érigeant ainsi insidieusement en un point de vue moral. Une troisième technique, qui est celle des probabilités, est liée à la précédente et fonde la logique d'assurance. Dans une telle optique, les actions et les politiques menées par l'organisation de travail sont appréhendées sous le prisme du risque, que la gestion a pour tâche de réduire, d'anticiper et de prévenir. Il s'ensuit une certaine conception de l'action, guidée par une certaine vision, *a priori* négative, du futur.

Ces diverses composantes convergent pour se concrétiser, en management, sous la forme du *new public management*, qui fait de la performance financière le critère de la bonne gouvernance. Dans le secteur public, cette préoccupation prévaut tout autant que dans le privé, à ceci près que l'obsession d'une gestion « efficiente » se substitue dans ce dernier cas à la quête du profit.

Le dispositif central de la gouvernance individuelle dans le contexte du *new public management* est la fixation d'objectifs. Celle-ci s'accompagne d'une évaluation de la performance par mesure chiffrée, dans le cadre d'un entretien annuel entre le salarié et son responsable. Si les objectifs fixés sont exclusivement individuels, cela a pour effet de dissoudre le collectif de travail dans le chacun pour soi. En effet, les comportements coopératifs ne sont pas pris en compte dans la contribution à la performance et ne sont donc pas valorisés. Pour être soi-même pris en compte par la hiérarchie, le salarié est conduit à privilégier ce qui est compté, à l'exclusion, en l'occurrence, de sa participation au collectif.

De façon générale, l'évaluation ainsi pratiquée entraîne la confusion entre les objectifs visés et les indicateurs de performance. La réalité informelle du travail et de ses résultats n'a donc plus d'importance, étant évincée par ce qu'en disent les indicateurs. Cela revient à confondre la carte et le territoire, la réalité et sa représentation simplifiée et approchée. Il y a ainsi perte de l'objet de la mesure. Simultanément, il y a aussi perte du sujet, l'action du travailleur se trouvant entièrement canalisée par les objectifs et les indicateurs, ce qui induit chez lui un comportement réactif, programmé, soumis à une rationalité extérieure. Dépourvu d'autonomie, il subit une forme de dépossession de soi.

Il est vraisemblable que ce type de management est largement contre-productif, car il se prive de plusieurs ressorts importants de la motivation au travail. On estime généralement que cette dernière répond à trois types de logiques qui coexistent dans des proportions variables d'un contexte à l'autre : celles de l'intérêt, du devoir et du désir. Pour sa part, l'intérêt se prête à la logique du calcul et se trouve parfaitement pris en compte par le new public management. En revanche, il n'est pas tenu compte du devoir, qui se traduit pourtant dans le sens du service, le courage, la déontologie, la logique de l'honneur, ni du désir, qui nourrit la conviction, le plaisir de coopérer, de s'exprimer ou de donner de soi. L'intérêt est réputé canaliser les énergies dans le sens des objectifs sous l'effet d'une logique de rétribution pécuniaire, alors même que cette dernière recouvre, on le voit, une rationalité parmi d'autres.

Ce parti pris a, du reste, une action performatrice, dans la mesure où il incite les acteurs à faire leur choix d'agir par intérêt, au détriment d'un engagement par devoir ou par désir. En outre, il accule les décideurs à prendre des options tragiques pour l'emploi en contexte de difficultés économiques. En effet, dès lors qu'il n'est plus possible de miser sur d'autres ressources d'engagement que pécuniaires, il n'y a d'autre recours que de réduire les effectifs si elles viennent à manquer. Prenons à présent un peu de recul pour envisager l'évolution du management depuis la fin du XIXe siècle. On assiste à cette époque à l'essor de « l'organisation scientifique du travail » (OST), plus connue sous le nom de taylorisme, forme de dépossession du travailleur dans son pouvoir d'initiative. Le travail est en effet parcellisé et organisé selon des tâches et des séquences entièrement conçues par l'ingénieur, tâches élémentaires et répétitives qui sont à exécuter en un temps chronométré. Toute pause ou toute tâche non prévues est assimilée à de la « flânerie », c'est-à-dire à une perte de temps. La parole est proscrite sur le lieu de travail et assimilée à du « bavardage ». C'est le règne implacable de la norme.

Dans les années 1920, l'expérience de Hawthorn menée par Elton Mayo à la Western Electric va donner naissance à un nouveau courant de pensée en management, celui de L'École dite des Relations humaines. Menée sur plusieurs années, l'expérience de Hawthorn consiste à comparer la productivité de deux groupes au travail, dont l'un voit l'éclairage progressivement s'améliorer, tandis que celui de l'autre demeure inchangé. L'observation inattendue qui s'impose alors est que la productivité augmente dans les deux groupes. En effet, de diverses manières, l'expérience elle-même avait donné lieu à la constitution de deux collectifs humains, qui s'étaient spontanément dotés de leurs propres normes de travail, à force de se connaître et de coopérer. Un tel constat incitait à prendre en compte l'importance du désir dans les motivations au travail. Entre autres traductions, cette approche devait inspirer par la suite à Maslow sa célèbre pyramide des besoins et des motivations.

A partir des années 1950 se développe, sous l'impulsion de Herbert Simon, une approche centrée sur la notion d'analyse stratégique. Cette nouvelle théorie repose sur plusieurs principes qui, cette fois, combinent le désir et la règle. Les hommes, estime-t-on, n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service d'une fin, car ce serait tolérer d'être traités comme des choses. Ils disposent toujours, en outre, d'une liberté relative, c'est-à-dire d'une marge de manœuvre dans l'action, ce qui leur ouvre la possibilité de mener des jeux de pouvoirs et des stratégies. Dernier principe : ces stratégies sont rationnelles, mais d'une rationalité limitée. En effet, d'une part, l'information disponible est elle-même imparfaite, incomplète, et, d'autre part, le choix stratégique se porte, en pratique, sur la solution la moins insatisfaisante pour les acteurs, et non sur celle qui serait idéalement ou théoriquement la meilleure. Ces approches, qui seront notamment reprises et développées en France par Michel Crozier et Erhardt Friedberg, se démarquent nettement du *one best way* taylorien. Elles théorisent une vision de compromis qui combine rationalité de la norme et subjectivité du désir.

Le tournant néolibéral des années 1980 change la donne avec l'introduction progressive du *lean management*, qui débouchera sur un retour de la norme. Ce nouveau mode de management est d'abord conçu, chez Toyota, comme une démarche de participation des opérateurs à la discussion sur les processus de travail et à l'expérimentation au profit de l'amélioration continue des process. Il a cependant évolué peu à peu au service de la réduction des coûts et d'une nouvelle standardisation des tâches, par suppression des actes et des moyens jugés inutiles. C'est le fait d'un contexte marqué par une concurrence exacerbée entre les firmes et par la financiarisation de l'économie, deux facteurs incitant à dégager à court terme des taux de profit. Les pratiques vont ainsi se trouver infléchies dans le sens de la « gouvernance par les nombres ».

Pour prendre la mesure de l'évolution intervenue depuis les années 1980, il est significatif de s'attarder sur le vocabulaire. Dans ce domaine, on constate que les anciens « cadres » sont devenus aujourd'hui des « managers », passant d'une situation statutaire à une fonction d'animateur. Le jugement subjectif sur soi ou sur le travail bien fait a été supplanté par l'évaluation sous le prisme d'indicateurs chiffrés et de résultats réputés objectifs. Le critère de la justesse a donc été remplacé par celui de l'efficacité ou de l'efficacé. La règle, permanente ou durable, a fait place à des objectifs opérationnels, provisoires et changeants. A la réglementation, qui interdit ou qui oblige, s'est substituée une logique de régulation. Celle-ci privilégie un fonctionnement par rétroactions entre des entités qui réagissent à des signaux (qui incitent ou qui dissuadent). On passe ainsi d'un registre prescriptif à un registre descriptif. Par exemple, là où il était écrit jadis « Interdiction de fumer », on lit aujourd'hui « Espace non-fumeur ». Un commandement ou un interdit adressé depuis une posture verticale a été remplacé par une qualification désignant un espace horizontal. Le passage

d'un monde stable à un contexte mouvant se traduit encore par la précarisation des qualifications, au profit de la notion d'employabilité. Enfin, la dimension institutionnelle des syndicats disparaît pour faire place à la dimension contractuelle des « partenaires sociaux ». A cet égard, on peut dire que la notion de représentation est remplacée par celle de transparence, l'organisation de travail n'étant plus appréhendée comme un collectif humain, mais comme un dispositif (réseau, marché, procédures...) qui doit pouvoir être réparé en cas de dysfonctionnement.

Tout se passe ainsi comme si le pouvoir de gouverner qu'est le management tendait à intervenir, désormais, en agissant masqué derrière des outils conçus par un savoir d'expertise. Dans ces conditions, au lieu d'être le domaine du possible, le travail se déroule sous le signe de la nécessité. La question se pose, aujourd'hui, de savoir si cette évolution est inéluctable, ou s'il reste concevable de limiter en pratique la portée de ce néo-taylorisme. La réponse relève, en définitive, des acteurs eux-mêmes. Il en va, en tout cas, de la possibilité de l'éthique en management, dans la mesure où cette dernière suppose l'existence de choix, donc d'une part de liberté.

II – L'ÉTHIQUE

La réflexion éthique est un questionnement tendant à déterminer ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire. Elle consiste à se demander quel est le sens de la situation et celui de la règle qu'il convient de lui appliquer. Dans la pratique, tantôt on se trouve confronté à l'absence de règles ; tantôt on se trouve confronté à une règle, dont il s'agit d'interpréter le sens afin de l'appliquer de manière appropriée. Deux exemples permettront d'illustrer cette situation. Le premier est l'histoire, fictive mais réaliste, d'un violoniste dans le métro de Washington DC. Ce musicien fait la manche et très peu de personnes s'arrêtent pour l'écouter, moins encore pour lui verser leur obole. A la fin de la journée, il a gagné trente dollars. La séquence suivante montre le même instrumentiste, qui se produit cette fois à Carnegie hall, à New-York. De renommée internationale, il fait salle comble et les places s'arrachent à trois cents dollars l'une. Tout se passe comme si l'absence de norme explicite avait suscité l'indifférence, puis comme si l'évidence de sa réputation avait favorisé un franc succès, non dénué d'un certain conformisme.

L'autre exemple est celui, bien connu, de l'allumeur de réverbère, dans *Le Petit Prince*, de Saint-Exupéry. Pourquoi viens-tu d'éteindre ton réverbère ?, interroge le Petit Prince ? C'est la consigne, répond l'allumeur. Qu'est-ce que la consigne ?, interroge alors le Petit Prince. C'est d'éteindre mon réverbère, explique l'allumeur, avant de le rallumer aussitôt. En effet, sa planète est si petite que les jours y sont extrêmement courts. Pourquoi viens-tu de le rallumer ? s'étonne le Petit Prince. C'est la consigne, répond encore l'allumeur. En l'occurrence, la norme est évidente et se trouve

appliquée sans aucun questionnement, ce qui produit un comportement de pure forme confinant à l'absurde.

En contexte professionnel, les normes abondent aujourd'hui : lois et règlements, déontologie, recommandations de bonnes pratiques, procédures, protocoles, normes de qualité, projet d'établissement, projet de service... En principe, cela ne devrait pas dispenser de s'interroger sur leur bonne application, mais il est clair qu'en pratique, la prolifération des normes en dissuade, ne serait-ce que par cette forme usée de l'habitude qu'on appelle la routine. Cela n'empêche pas tout à fait l'émergence de cas de consciences, pour diverses raisons. Outre la difficulté d'appliquer la règle à un cas – toujours particulier s'il s'agit d'une situation humaine, ce qui demande donc réflexion –, se présentent de nombreux conflits de valeurs. Ainsi, par exemple, entre les valeurs de liberté et de sécurité, entre la volonté individuelle et le cadre collectif, entre information et confidentialité, ou entre logique de mission et logique de gestion, ou encore entre convictions personnelles, rôle professionnel et missions institutionnelles. La réflexion éthique consiste alors à arbitrer entre les normes en présence, notamment en les hiérarchisant, pour savoir celle qui doit prévaloir et celles qui doivent s'effacer.

Cela étant, toute valeur a sa limite. La transparence, par exemple, peut être une vertu lorsqu'elle prend place dans une relation de confiance : on a, mutuellement, « rien à se cacher », comme on dit. Mais elle peut devenir une véritable pathologie quand elle conduit à tout vérifier, à organiser une traçabilité systématique du moindre geste, ou à installer des caméras de surveillance en tous lieux. Il convient donc de combiner les valeurs entre elles, de façon à ce qu'elles se limitent et se compensent les unes les autres. C'est la logique proposée par Montesquieu en domaine politique avec le principe de séparation des pouvoirs, qui permet d'équilibrer ces derniers par un système de poids et contrepoids.

Quant à la décision collective, elle requiert de s'accorder par la discussion. Cela fait appel à la préoccupation éthique de prendre en compte l'ensemble des points de vue en présence, afin d'en tirer un point de vue satisfaisant pour tous, qui fasse consensus par la seule force de l'argumentation. Telle est la préoccupation des réflexions menées par Jürgen Habermas au sujet de « l'agir communicationnel ».

Le raisonnement pratique peut faire appel aux diverses traditions de pensée de la philosophie morale. A proprement parler, l'éthique peut se définir, avec Paul Ricœur, comme la visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes. Cette approche s'inspire d'Aristote, qui insiste sur l'idée que nous sommes enclins à orienter notre vie dans la poursuite d'un but (en grec, un « *telos* »), ce qui met en chemin d'un perfectionnement éthique afin de toujours mieux l'atteindre. On parle ainsi, à son propos, d'« éthique des vertus ». Cela étant, la réflexion éthique ne se développe pas qu'en référence à elle-même, mais aussi

par rapport aux autres types de références qu'elle rencontre en situation. Ainsi la règle de droit, qui ne se caractérise pas par le fait d'être juste en elle-même, mais par le fait purement formel d'être issue de l'instance constitutionnellement habilitée à la produire. En outre, la norme juridique appelle une obéissance formelle, indépendante des convictions individuelles. L'éthique se démarque également de la déontologie, c'est-à-dire des devoirs liés à l'exercice d'une profession, lesquels se distinguent assez peu d'obligations juridiques, si ce n'est que leur respect est sanctionné dans le cadre de la profession et non des tribunaux ordinaires. L'éthique se distingue enfin des « bonnes pratiques », qui procèdent d'un consensus par capitalisation des expériences pratiques. Si elle les prend en compte, c'est surtout pour se demander dans quelle mesure elles semblent appropriées à la situation présente. Privilégiant l'interrogation sur l'affirmation, l'éthique procède en effet par mise en question. Elle pratique le doute constructif.

Outre la tradition de l'éthique issue d'Aristote, le raisonnement éthique peut recourir à celle du devoir moral, inaugurée par Kant. Classiquement, on distingue l'éthique et la morale, alors que les deux termes ont pourtant la même étymologie. L'éthique vient du grec « *ethos* » et la morale du latin « *mos, mores* », qui l'un et l'autre désignent les mœurs. Chez Kant, la morale relève, non du désir comme chez Aristote, mais d'un impératif envers soi-même. Elle présente un caractère obligatoire, universel (elle doit s'appliquer à tous) et inconditionnel (en toutes circonstances). Ainsi l'interdit du meurtre (« Tu ne tueras pas ») est-il réputé s'appliquer sans exceptions. Cependant, à opposer trop nettement éthique et morale, on s'expose au risque, soit de tout justifier au nom du désir, jusqu'à préconiser l'anarchie, soit de se réclamer exclusivement de la norme, au nom de principes abstraits dont l'application se traduit par à une forme d'autoritarisme et de dogmatisme. C'est pourquoi Ricœur propose de combiner éthique et morale dans ce qu'il appelle une « sagesse pratique »². Elle consiste à s'interroger en situation sur le sens de la norme, éclairé par l'intention éthique qui l'a initialement inspirée, au lieu d'appliquer la norme à la lettre, c'est-à-dire hors contexte. Une telle approche était sous-jacente à la présentation de l'éthique par laquelle a débuté ce développement, avec les exemples du violoniste et de l'allumeur de réverbère.

Un troisième courant de la philosophie morale est celui de la pensée utilitariste, développée à partir de Jeremy Bentham, au XVIIIe siècle, et de John Stuart Mill au XIXe. Dans cette optique, le bien consiste à maximiser le bonheur, ou le bien-être, pour le plus grand nombre. En ce sens, il importe que l'action soit utile, ce qui se juge à partir de ses conséquences pratiques. Combien ça coûte et combien ça rapporte ? Telle est sa formulation courante la plus triviale. Contrairement à la morale, l'utilitarisme ne fournit donc pas de critère a priori,

2 Voir RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Points Seuil, 1996 (notamment la septième étude sur l'éthique, la huitième sur la morale et la neuvième sur la « sagesse pratique »).

puisqu'il s'en remet au résultat. C'est la logique qui prévaut le plus souvent aujourd'hui en contexte professionnel, mais aussi en économie ou en politique. Elle conduit parfois à des excès, notamment parce qu'elle privilégie les effets au détriment des principes. La fin justifie les moyens. A la limite tout devient permis à condition que cela réussisse (et de ne pas se faire prendre la main dans le sac). On reproche aussi à l'utilitarisme de se situer dans le court terme, au détriment du long terme de l'horizon éthique (« la visée de la vie bonne »). En outre, pour évaluer par anticipation les résultats attendus, l'utilitarisme conduit souvent à se tourner vers les experts, ce qui dissuade d'organiser la discussion avec les non-experts, vous et moi, alors même que le sujet ne relève pas d'un savoir scientifique. Enfin, parce qu'elle se soucie du plus grand nombre, la logique même de l'utilitarisme rend peu attentif aux situations minoritaires. Maximiser le bien-être du plus grand nombre ne devrait pas dispenser de se soucier du sort du petit nombre. C'est l'une des objections importantes à l'utilitarisme que John Rawls a en tête en formulant sa *Théorie de la justice*³.

Quelques remarques plus spécifiques s'imposent, enfin, au sujet de l'éthique du soin et de l'accompagnement. Cette dernière s'attache à traiter, non une maladie, mais un patient, dans la singularité du mal et de la souffrance atteignant une personne à chaque fois particulière. Il s'agit donc de porter un regard singularisant, attentif à ce que la situation a d'unique. C'est pourquoi la procédure ou le protocole ne sont jamais suffisants et qu'il importe de les appliquer en les ajustant.

La règle appelle une adaptation aiguillonnée par le désir de soigner. D'où un rapport entre soignant et soigné qui concilie des valeurs contraires. La sollicitude, valeur de proximité, et le respect, valeur qui fait observer une distance non intrusive. La combinaison des deux est ce qui fait la « juste distance » : ni trop près dans la fusion, ni trop loin dans l'indifférence.

Comment progresser vers la guérison ? On rencontre, avec cette question, le paradoxe des métiers que Freud qualifie d'« impossibles » : éduquer, gouverner, soigner⁴. Trois métiers qui consistent à accompagner et qui visent à produire un changement chez l'autre. On serait donc enclin à considérer qu'ils instaurent une relation entre une personne active et une personne passive. Mais c'est alors que le succès attendu devient impossible. C'est en effet le moment de se souvenir que l'étymologie du mot guérir est la même que celle du mot guerroyer. Pour guérir, il faut se battre contre la maladie, ce qui demande une posture active. Dans cette mesure, le soignant qui traiterait le patient comme un être passif tendrait à compromettre la guérison. De même, un patient qui s'en remettrait entièrement au

3 Voir RAWLS John, *Théorie de la justice*, trad. C. Audard, Paris, Seuil, 1987.

4 Voir FREUD Sigmund, Préface à August Aichorn, *Jeunesse à l'abandon* (1925), Toulouse, Privat, 1973. Par la suite, Freud reprend cette idée en remplaçant le métier de soigner en celui de psychanalyser. Voir FREUD Sigmund, « Analyse terminée et analyse interminable », *Revue Française de Psychanalyse*, 1939, n°11, p. 3-38.

soignant, déclinant sa part d'initiative et d'énergie entreprenante. A l'inverse, la posture de soin associe deux personnes qui se conçoivent comme co-auteurs de la démarche. Sa visée n'est pas d'entretenir une dépendance, mais de rétablir le patient dans sa capacité à tenir sa place dans une relation, non pas à sens unique, mais bel et bien réciproque, dans laquelle chacun donne et reçoit à tour de rôle.

C'est dire que le rythme de la progression d'un accompagnement est aléatoire et incertain. Il est fait de tâtonnements successifs, d'avancées et de reculs qui alternent dans des conditions difficiles à prévoir. Il requiert, de part et d'autre, une certaine autonomie. Le soin ou l'accompagnement n'est donc possible que si le management le permet. A ce titre, il doit exister une continuité minimale entre les valeurs de soin et d'accompagnement et les valeurs qui guident le management des professionnels. Le management du soin implique, en ce sens, de prendre soin du management⁵. Ce dernier ne peut se limiter à l'exercice d'un pouvoir hiérarchique imposant ses décisions par voie de contrainte. Il doit être complété par une posture d'autorité – au sens de « faire autorité » - qui est l'exact contraire de l'autoritarisme. Ainsi comprise, l'autorité consiste à susciter l'autonomie de l'interlocuteur, à stimuler son sens de l'initiative et à favoriser le développement de ses capacités. C'est pourquoi, du reste, elle est suivie sans avoir à recourir à l'impératif. Car elle répond, justement, chez son vis-à-vis, à l'aspiration à croître, grandir et progresser.

III – ÉTHIQUE ET MANAGEMENT

Les développements qui précèdent conduisent à porter un regard critique sur le *new public management*, que l'on peut considérer comme sous-optimal, voire contre-productif, du point de vue des critères d'efficacité dont il se réclame. Il incite, en effet, à l'application de normes standardisées dans des conditions qui n'incitent pas à la démarche singularisante qu'appelle la relation de soin. Quand bien même une telle démarche est menée, par conscience professionnelle et amour du métier, elle n'est pas prise en compte par les indicateurs de performance, qui n'ont à connaître que du travail prescrit, non du travail réel. Le moins que l'on puisse dire est que cette situation ne favorise pas la prise d'initiative, et il est probable qu'elle la dissuade. Elle pêche aussi par la temporalité des échéances d'évaluation, dans la mesure où elle répond davantage à une logique administrative qu'à celle du soin. Au total, le risque est celui d'une dévalorisation du travail bien fait, qui ne peut manquer de se traduire, pour le personnel soignant, par une dégradation de l'estime de soi, bien souvent synonyme de souffrance au travail. Dans ces conditions, sont à craindre des répercussions en chaîne jusque dans la prise en charge médicale. Appréhendé de la sorte, le souci d'efficacité pourrait donc aboutir à des surcoûts.

⁵ Voir MONTEIL Pierre-Olivier, « Du management du soin au soin du management. Autorité et pouvoir en management », *Revue française d'éthique appliquée*, n°1, février 2015, p. 52-58.

La thématique associant l'éthique et le management peut également être envisagée sous l'angle de la question de savoir comment favoriser et entretenir par le management les préoccupations d'ordre éthique des professionnels. La première difficulté rencontrée dans ce cadre tient au fait qu'il n'y a de questionnement éthique possible que si l'on se trouve librement confronté à des choix dans l'action. L'idée d'une politique de management tendant au développement de l'éthique exige donc d'éviter par-dessus tout la tentation de l'injonction paradoxale, qui consisterait à adresser des ordres ou des demandes portant sur des attitudes qui ne se commandent pas.

En revanche, si le souci éthique ne peut être imposé, il peut être soutenu, entretenu et accompagné. C'est le rôle essentiel de la confiance. A défaut de viser directement des actes, il s'agit de s'attacher à développer un climat favorable au libre épanouissement de tels actes. Sans détailler plus avant une thématique qui justifierait une réflexion à part entière, il suffit d'observer que la pratique du libre questionnement individuel et collectif requiert un certain degré de confiance en soi, en l'autre, en la relation et plus largement dans le collectif de travail tout entier. Or un tel milieu de coopération peut tout à fait s'aménager. En ce domaine, l'idée centrale doit consister à faire prévaloir la primauté de l'éthique sur la norme - qu'elle soit morale, déontologique, juridique ou autres. C'est en effet reconnaître que le déni du désir, quand il est évincé par la pure obligation, ne peut engendrer que l'obéissance de mauvaise foi. Dans ces conditions, la portée effective des chartes éthiques édictées par les établissements se trouve conditionnée par le degré de participation des professionnels concernés à leur élaboration. Que ces derniers soient susceptibles de reconnaître leurs propres valeurs dans ce document importe beaucoup plus que le fait qu'il soit imposé comme une obligation annexe au contrat de travail ou au statut.

Par ailleurs, il est possible d'agir en vue d'ajuster les valeurs de management dans la continuité des valeurs du soin. Cela consiste à penser les conditions de management d'une institution juste. En premier lieu, comment faire en sorte que les décisions soient justes ? Sans doute en faisant en sorte qu'elles soient correctement instruites, ce qui suppose une part non négligeable de concertation préalable et un temps de discussion suffisant pour aboutir à l'élaboration de vrais consensus. Autre aspect important : que les normes édictées soient formulées en termes suffisamment généraux pour ménager une part d'interprétation aux professionnels qui les appliquent. Il en va de la nécessité de ne pas les réduire au rôle de simple exécutant.

Il convient, en second lieu, que les décideurs soient justes. Cela suppose de leur part le souci de favoriser l'acceptabilité de leurs décisions pour les personnes concernées. D'où l'importance de la participation, déjà évoquée, mais aussi d'une posture qui sache se tenir à juste distance, elle aussi, en alliant le recul nécessaire à

l'élémentaire sympathie. En troisième lieu, il s'agit de contribuer à ce que les institutions permettent aux décideurs et aux acteurs d'être justes. Cela demande de ménager pour chacun la place du discernement personnel et de l'initiative individuelle et, plus largement, de susciter le questionnement éthique en reconnaissance droit de cité aux convictions comme à la discussion. Il est probable que ces préoccupations doivent s'accompagner de la ferme résolution de décongestionner la gestion en allégeant le poids des procédures et des normes.

Le crédit d'une démarche éthique en organisation tient, pour finir, à l'objet sur lequel le questionnement est autorisé à se porter. Une extrême attention aux actions particulières peut aller de pair, en effet, avec une déresponsabilisation éthique globale. En limitant l'interrogation aux imperfections du système, à l'exclusion du système lui-même, l'éthique se borne à mettre de l'huile dans les rouages. Comme le souligne Mark Hunyadi, une telle approche « sert en fait à blanchir éthiquement des pratiques dont elle se garde bien d'interroger le caractère éthique général »⁶.

D'où l'importance de questionner, plus largement, les « modes de vie » : tous les principes ou dispositifs qui enserrant et canalisent l'action. Il en va ainsi, par exemple, de l'évaluation de la performance, ou du principe de précaution, ou de la gestion du risque, par exemple. Ajoutons encore des tendances sociétales telles que la judiciarisation des rapports humains, la technicisation des activités ou encore la religion du chiffre. La réflexion éthique doit porter sur l'interface entre les systèmes et l'expérience vécue par les acteurs. Sans s'illusionner sur la portée immédiate de ces questionnements, c'est une condition sans laquelle on ne pourra réhabiliter le sens du possible, en lieu et place de l'irresponsabilité désabusée d'une activité se croyant livrée à la nécessité.

⁶ HUNYADI Mark, *La tyrannie des modes de vie. Sur le paradoxe moral de notre temps*, Lormont, Le bord de l'eau, 2015, p. 33.

Titre : L'éthique normative et l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé

Isabelle Duguey, Cadre de santé, institut Bergonié

Mots clés : éthique – management – cadre de santé – organisation

Résumé : L'éthique normative et l'éthique réflexive dans le management du cadre de santé

Il existe une forte demande d'éthique dans le champ économique, politique et scientifique. L'éthique classiquement associée aux soins est un concept bien connu à l'hôpital. C'est parce qu'il est nécessaire d'appliquer des principes qui apparaissent antagonistes que l'éthique comme questionnement peut être une aide à la décision dans le management.

Le cadre de santé possède des convictions personnelles, morales, religieuses, philosophiques et politiques pouvant interférer avec les intérêts collectifs institutionnels. Il a comme particularité d'être issu de sa filière d'origine, et de porter les valeurs qui s'y rapportent. Sa responsabilité professionnelle se retrouve dans son rôle de référent et de médiateur dans le domaine de l'éthique. Il partage la responsabilité des soins et de l'organisation du travail garantissant le respect des valeurs du système public.

Si les règles professionnelles rejoignent les valeurs humanistes, sur quel fondement s'appuie l'éthique des cadres de santé dans le management ?

Selon Péguy, « l'emploi intempestif des mots s'accompagne de la disparition de la chose qu'ils désignent. » L'éthique ne serait-elle qu'un mot à la mode ou pourrait-elle être une réalité dans le management ?

Keywords : ethics – management – healthcare executive – organization

Abstract : Normative ethics and reflective ethics in the management of the health framework

There is a strong demand for ethics in the economic, political and scientific fields. The ethics traditionally associated with care is a well-known concept in hospitals. It is because it is necessary to apply principles that appear to be antagonistic that ethics as a questioning can be a decision aid in management.

The healthcare executive has personal, moral, religious and philosophical convictions that can interfere with collective institutional interests. He has the particularity of being from its original sector, and of carrying the values which relate to it. His professional responsibility is found in his role as referent and mediator in the field of ethics. He shares responsibility for the care and organization of work ensuring respect for the values of the public system.

If professional rules meet humanist values, on what basis is the ethics of health executives in management ?

According to Péguy, "the untimely use of words is accompanied by the disappearance of the thing they designate." Is ethics just a buzzword or could it be a reality in management?

Ethique, morale et décision

L'éthique est une interrogation, une réflexion pour répondre au bien agir dans des situations déterminées. La distinction faite classiquement entre morale et éthique pourrait correspondre à différencier l'éthique comme se rapportant à soi, et la morale comme se rapportant à des normes reçues. La morale et l'éthique désignent le même domaine de réflexion : ce qui doit être bien. Le dialogue entre les lois morales et leur interrogation éthique dans une situation déterminée font intervenir des principes régulateurs permettant d'élaborer la décision. Ces principes se retrouvent dans la discussion au sens d'Habermas et dans des comportements normés évoqués dans une perspective déontologique. Nous retiendrons, pour distinguer l'éthique de la morale, la vision de Ricoeur qui permet de différencier ce qui est estimé bon de ce qui s'impose comme obligatoire.

Le lien avec le management

La sociologie des organisations est une discipline récente contribuant à la compréhension des comportements des individus et des groupes dans les contextes d'action. Elle se fonde sur trois grands modèles théoriques permettant une meilleure compréhension des individus au travail.

- 1) L'organisation scientifique du travail (OST) considère l'organisation comme pouvant être totalement rationalisable par les règles qui déterminent les comportements humains au travail. Ce modèle considère l'efficacité de l'organisation comme moteur exclusif de la productivité. La recherche d'optimisation suppose un travail de redéfinition des règles de l'organisation du travail, le comportement humain étant strictement individuel.
- 2) La conception de l'école des relations humaines suppose l'optimisation des comportements, par une action sur les normes de groupe, les motivations et le style de commandement. Ce sont les normes de groupe qui déterminent la productivité.
- 3) Dans une analyse systémique et stratégique, le changement n'intervient que par la régulation collective et le jeu entre les acteurs. Seuls les comportements collectifs sont considérés, excluant les comportements individuels. Cette dernière approche considère des dispositifs participatifs incluant l'ensemble du groupe dans l'analyse des changements.

La rationalité managériale, s'accompagnant d'un management directif, glisse avec les travaux de l'école des relations humaines, vers un management tenant compte des phénomènes de pouvoir et des communications informelles. Les principes de l'école des relations humaines placent l'humain au centre des préoccupations. Les outils de management mettent l'accent sur la motivation du groupe avec une recherche de coopération et d'intégration, une mobilisation de la

responsabilité plutôt que du contrôle et une importance majeure donnée aux relations interindividuelles.

La typologie de Likert permet de décrire les différents types de management (autoritaire, paternaliste, consultatif, participatif). Aujourd'hui, le management est plus que jamais dépendant des facteurs d'environnement économiques et politiques.

L'organisation, les acteurs et l'environnement définissent désormais ensemble le jeu du compromis et de la négociation.

Le management systémique décrit par Crozier nécessite que les managers analysent et comprennent des situations dans un monde marqué par les turbulences et la fragilité. Le management constitue une réponse à la sécurisation des organisations. Le concept de management est longtemps resté à la périphérie des organisations sociales, médico-sociales et sanitaires. La culture, l'éthique, ainsi que la faible pression environnementale, ont souvent protégé ces secteurs d'activité.

Actuellement, ce secteur est identifié par les environnements juridiques, concurrentiels et économiques, et nécessite d'intégrer le management dans l'organisation. Cette intégration passe par une modification de la hiérarchie décisionnelle permettant aux cadres de santé d'être impliqué dans les décisions institutionnelles.

L'éthique et le management à l'hôpital

Notre société, qui depuis Descartes avait évincé toute considération morale de son idéal, réhabilite en ce début de XXI^{ème} siècle la fibre éthique dans les sciences sociales. La résurgence du besoin éthique s'exprime dans tous les champs de la société et principalement dans l'entreprise. Nous éprouvons le besoin de nous interroger sur ce qui guidera l'homme de demain.

La question des valeurs est fréquemment évoquée à l'hôpital. Cette notion renvoie à notre identité profonde et constitue le lien entre l'individuel et le collectif. Les valeurs servent de ciment social pour organiser et assurer le fonctionnement d'un groupe. La philosophie les considère comme un moyen d'inclure l'autre dans notre réflexion et les conséquences de nos actions.

Dans le monde de la santé, les valeurs partagées par les soignants sont des valeurs humanistes prescriptives de comportements. La notion de valeurs rejoint la déontologie dans son approche des questions morales par une conformité de nos actions à des normes. Elle la rejoint également par son approche conséquentialiste s'intéressant à l'évaluation des conséquences de nos actions.

Aujourd'hui, tout le monde considère qu'il est nécessaire d'interroger le management sous l'angle éthique.

L'association de l'éthique et du management nécessite de rapprocher une discipline philosophique ancienne et une discipline récente en perpétuelle mutation terminologique. Ricoeur (2004) définit l'éthique managériale en référence aux fondements normatifs et conceptuels du management éthique (1). Conte-Sponville (2004) et Flippo (2008) considèrent que l'éthique des affaires est utilisée à des fins stratégiques pour renforcer la réputation et la confiance. Elle serait utilisée comme guide et outil d'aide à la décision. Deslandes (2012) propose de considérer le management éthique sous l'angle de la philosophie, montrant qu'une théorie normative s'appuie sur une réflexion. Il précise que l'éthique du management s'appuie sur une vision déontologique, une vision conséquentialiste et sur l'éthique des vertus Aristotélicienne.

La vision d'Hesbeen (2011) examine plus spécifiquement l'éthique et le management dans la santé. L'éthique du management serait une lecture de l'humain singulier. La réflexion éthique oeuvre au quotidien et contribue à « être bien ensemble et bien faire ensemble ». Elle favorise l'expression qui permet la discussion et la délibération. Elle est portée par un management bienveillant et bien-traitant. Elle est fondée sur une quête du bien commun.

L'éthique normative

L'éthique normative s'efforce de distinguer le bien du mal, les actions qui sont éthiques et celles qui ne le sont pas (2). Elle prend parfois des formes proches de la religion et met en avant des vertus supposées universelles comme « la fierté », « le courage », etc. En posant l'éthique comme la recherche du « bien », Socrate puis Platon constituent les bases de l'éthique normative. Ils considèrent que la science du « bien » permet d'accéder au bonheur (harmonie de l'âme) et la réalisation de la justice (harmonie entre les classes de la cité). L'idée du « bien » réside dans un monde intelligible auquel on accède par la dialectique et après de longues années d'apprentissage. Le philosophe qui possède la science du « bien » est le mieux à même de diriger la cité : il fait de l'éthique le cœur rationnel de la politique. Cette éthique normative établit donc une hiérarchie stricte des valeurs et des principes : ils sont plus ou moins proches du « bien ».

L'approche de l'éthique proposée par Socrate et Platon a été développée dans les travaux de Kant sur la morale (3). Il s'interroge lui aussi sur la question du « pourquoi » nous faisons les choses, sur le fondement des actions des hommes. La morale peut être définie comme un ensemble plus ou moins organisé de normes et de valeurs auxquelles un individu soumet librement ses actions. C'est une réflexion produite en amont pour fonder les valeurs et les normes dans la notion générale de « bien », et en aval pour tenter d'en évaluer les conditions d'application. La norme morale est indépendante de nos désirs, de nos buts et de nos préférences (4).

La morale de Kant ne désigne pas ce que nous devons faire mais comment nous devons le faire. L'impératif catégorique se distingue de l'impératif conditionnel, constitué des règles d'habileté ou de prudence : « *si tu veux ceci, fais cela* ».

L'impératif catégorique est absolu, posé indépendamment de toute fin. Selon Kant, « *je dois faire ce que j'estime que tout homme ferait s'il était à ma place* » (loi universelle). Cet impératif pose l'universalité de la loi morale, l'exigence absolue de toujours considérer autrui comme une fin et non comme un moyen, ainsi que l'autonomie essentielle de la loi morale. Cette exigence morale catégorique s'exerce en nous en vertu de la raison et non de nos désirs. La morale Kantienne pose donc des principes normatifs et dogmatiques qui conditionnent des règles imposées à une société.

L'éthique utilitariste de Bentham au XVIII^{ème} siècle emprunte à Epicure l'idée que l'éthique n'est pas la recherche du « bien » mais du « bonheur » (4). Elle s'inscrit dans cette même réflexion sur les moyens que l'individu doit mettre en œuvre pour agir de manière éthique mais surtout, elle partage cette idée selon laquelle il existerait un but qui, quelles que soient les situations et les circonstances, pourrait être poursuivi. L'éthique « normative » pose donc l'existence de notions suprêmes (le bien, le bonheur, la pureté morale) qui, quelles que soit les circonstances constituent le but du comportement éthique.

L'éthique réflexive, la recherche du « juste »

L'éthique réflexive considère elle que le « bien » universel n'existe pas (2). En fonction du contexte et des situations, une action peut être bonne ou mauvaise.

Cette attention au contexte conduit l'éthique réflexive à privilégier la recherche du « juste » plutôt que la recherche du « bien ». Chaque individu doit s'efforcer de mener les actions qui, en fonction du contexte, lui semblent les plus justes.

Par rapport à l'« éthique normative », Aristote propose une éthique des vertus qui est plus nuancée puisqu'elle considère que les vertus qui font le comportement éthique sont multiples (le « bien » n'est pas le seul objectif qui peut être poursuivi) et développe l'idée que la « médiété » (le « juste milieu »), la bienveillance et la juste mesure président au comportement éthique. Ces vertus sont toutefois en lien avec la loi divine puisque la vertu peut être définie comme « une disposition spirituelle à agir avec persévérance en accord avec la loi divine, et une disposition particulière pour tel devoir ou telle bonne action » (4).

Les travaux les plus récents sur l'éthique proposent de s'éloigner de « l'éthique normative » qui, sur bien des points, pourrait s'apparenter à une morale, c'est-à-dire à une réflexion sur le bien et le mal, considérés comme des valeurs absolues ou transcendantes et sur la

codification des bons et des mauvais comportements [5].

Ces travaux plus récents mettent en avant l'« éthique réflexive » qui insiste sur l'absence d'impératifs absolus, sur le rôle majeur des situations et des circonstances dans la définition de ce qu'est un comportement éthique.

Le conséquentialisme de Mill pose les premiers éléments de cette éthique « réflexive ». Sa réflexion ne s'attache pas à déterminer la pureté morale de tel ou tel comme le propose Kant mais s'efforce d'analyser comment chacun peut œuvrer à l'amélioration du monde. Les critères de jugement de ces actions justes sont alors relatifs à un individu, un groupe ou à une société et immanentes (2).

L'éthique de la discussion développée par Habermas (6) constitue le cœur de cette éthique « réflexive ». Il met en avant le rôle majeur que les situations jouent dans le fait de considérer que tel comportement est éthique ou ne l'est pas. Il affirme ainsi : « l'éthique ne prétend pas se libérer de tout contexte, mais elle examine au contraire la validité des normes qui se proposent de fait à travers les choix possibles face à telle ou telle situation » (6). Cette éthique vise donc un consensus obtenu par des êtres rationnels pour élaborer des normes d'action. A la différence de Kant, il tente de concilier la raison pratique et le devoir moral en reconnaissant les intérêts empiriques des individus et des contraintes liées au contexte de la décision et des choix. Il souligne par ailleurs que la discussion est le moyen de laisser place aux intérêts de tous. Selon lui, l'impératif catégorique exige d'abandonner le « je » pour partager le « nous » : la discussion laisse place aux intérêts de tous, même si « chacun au travers du dialogue, transforme une vision égocentrique en une vision visant l'accord de tous sur des normes morales. » (6)

Pour Habermas (6), la discussion est l'essence même de l'éthique. Celle-ci interroge la morale en situation et s'ancre dans des contextes de décision faisant appel aux dispositions de la volonté individuelle à agir pour faire le bien. L'interrogation éthique vise à fonder les principes moraux, à justifier les règles de l'action et à évaluer les décisions.

Les travaux de Ricoeur (7), qui définit l'éthique comme « visée de la vie bonne avec et pour les autres », insistent plus particulièrement sur les rôles qu'autrui joue la codéfinition de ces situations. Il considère ainsi l'éthique comme une capacité d'agir dans un rapport de sollicitude à autrui et précise qu'« il faut qu'il y ait d'abord et fondamentalement un sujet capable de dire « je » pour faire l'épreuve de la confrontation avec « l'autre » » (7). Ses travaux s'efforcent donc de déterminer le contenu de cette bonté et les règles de sa réalisation. Ils recherchent les fondements raisonnables du « bien agir » en les reliant aux autrui présents dans les situations.

L'ensemble de ces travaux pose donc l'éthique comme une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives aux situations.

Il y aurait donc une éthique normative et une éthique réflexive comme il y aurait une éthique ancienne et une éthique moderne.

L'éthique antique rejoindrait prioritairement la notion de bien et l'éthique moderne la notion de juste.

Le cadre de santé et l'éthique

Ainsi, une référence à l'éthique normative peut conduire le cadre de santé à tenter de guider son équipe vers ce qu'il considère être des comportements éthiques tandis qu'une référence à l'éthique réflexive le conduit plutôt à définir avec eux ce que sont, au cas par cas, ces comportements éthiques. Cette différence aurait un impact sur l'ensemble des rôles (définition des responsabilités) et des outils (échanges, discussion) mobilisés par ces leaders.

Parce qu'il est difficile de confronter nos responsabilités à nos convictions dans le souci d'un management cohérent, l'approche éthique permet de mieux analyser les situations que les règles organisationnelles seules ne peuvent pas résoudre.

Le cadre de santé doit garantir des compétences au regard de la législation, du projet d'établissement et du projet de service. Cette fonction s'inscrit dans un paysage hospitalier en évolution structurelle et fonctionnelle dans lequel les fusions, les absorptions et les restructurations majorent l'incertitude des acteurs. Il s'agit d'accompagner l'équipe de soins dans cette évolution afin de répondre aux exigences croissantes de l'institution et des usagers.

Pour accompagner cette évolution, le cadre de santé doit mobiliser des ressources de communication et exercer « un devoir d'humanité » au sens Kantien.

Cette réflexion de plus en plus approfondie sur l'éthique et particulièrement « le leadership éthique » a récemment évolué. Nous sommes passés des travaux philosophiques ayant une visée prescriptive, qui disaient ce que devait être le management éthique et qui reposaient sur des principes d'une éthique de la conviction au sens de Weber, à une éthique de la responsabilité qui est plus descriptive et plus attentive à rendre compte des pratiques des organisations et des managers.

Bibliographie

- (1). RICOEUR P. (2004). *Ethique in Canto-Sperber M. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, 4è ed. Paris : Editions PUF ; 2004. 174p.
- (2). DESLANDES G. (2012). *Le management éthique*, Paris: Dunod.
- (3) KANT I. (1788), *Critique de la raison pratique traduit de l'allemand*, Paris: PUF, 1993.
- (4) AUDI P. (2007). *L'éthique mise à nu par ses paradoxes mêmes*, Paris: PUF.
- (5) COMPTE-SPONVILLE A. (2004). *Le capitalisme est-il moral ?*, Paris: Albin Michel.
- (6) HABERMAS J. (2006). *De l'éthique de la discussion*, Paris: Editions du cerf, (1ère ed. 1991).
- (7) Ricoeur, P. (1997). *Soi-même comme un autre*, Paris: Seuil, 2ème ed.

Titre : Le manager médical en question : l'expérience du CHU de Bordeaux

Marie Floccia, Praticien Hospitalier, pôle de Gériatrie clinique, Présidente de la Commission DPC/EPP, CHU de Bordeaux

Mots clés : management – manager médical – culture managériale – éthique – pluridisciplinarité

Résumé : Le manager médical en question : l'expérience du CHU de Bordeaux

Depuis 20 ans, les réformes successives du système de santé ont transformé le fonctionnement des services. De l'autorité charismatique du « médecin-chef », nous sommes passés à une autorité plus hiérarchique mais souvent moins légitime des responsables d'unité sur leurs collègues, laissant aux seuls cadres la gestion des paramédicaux. Ces réformes ne se sont pas accompagnées d'un réel effort de formation des nouveaux responsables : les médecins sont les grands oubliés des formations managériales. Il a fallu attendre le décret du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement pour voir apparaître la nécessité d'une formation des médecins au management. Au CHU de Bordeaux, fin 2017, une formation au management médical est mise en place avec l'aide du Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé. Petit à petit, apparaît un rôle de manager médical plus précis et une culture managériale émerge.

Keywords : Management – medical manager – managerial culture – ethics – multidisciplinary

Abstract : The medical manager in question: the experience of the Bordeaux University Hospital

Over the past 20 years, successive health system reforms have transformed the way services work. From the charismatic authority of the "chief medical officer", we have moved to a more hierarchical but often less legitimate authority of unit heads over their colleagues, leaving paramedics to manage only paramedics. These reforms were not accompanied by a real effort to train new managers: doctors are the forgotten ones in managerial training. It was not until the decree of March 11, 2016 relating to the institution medical commission that the need for management training for doctors appeared. At the Bordeaux University Hospital, in late 2017, medical management training was implemented with the help of the Center for Continuing Training of Health Professionals. Little by little, a more precise role of medical manager appears and a managerial culture emerges.

Depuis 20 ans, les réformes successives du système de santé ont transformé le fonctionnement des services. De l'autorité charismatique du « médecin-chef » qui dirigeait « ses » collègues, « sa » surveillante, les soignants ainsi que les projets, nous sommes passés à une autorité plus hiérarchique mais souvent moins légitime des responsables d'unité sur leurs collègues, laissant aux seuls cadres la gestion des paramédicaux. Ces réformes, si elles ont réussi à en finir avec le mode de gestion paternaliste du « médecin chef », ne se sont pas accompagnées d'un réel effort de formation de nouveaux responsables : les médecins sont les grands oubliés des formations managériales. Sans formation initiale ni formation continue, ils se forment sur le terrain, se forment par l'expérience (douloureuse ou pas) dans une solitude difficile, ce d'autant plus qu'il leur faut travailler avec les cadres de santé et les administratifs qui sont, eux, formés au management. Ils ont donc une place de manager à trouver, voire à créer.

Face à un tel challenge, sans outil, sans échange et avec des contraintes médico-économiques toujours plus fortes qui les éloignent du soin qu'il faut pourtant assurer, nombreux sont ceux qui se sont épuisés.

Il a fallu attendre le décret du 11 mars 2016 relatif à la CME :

« Les responsables de services, de départements, de structures internes ou d'unités fonctionnelles sont nommés pour une période de quatre ans renouvelable. Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur propose à ces responsables une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions » pour voir apparaître une nécessité de formation des médecins. »

Devant de nombreuses demandes, souhaits, difficultés de personnes ou même de pôle, soutenus par les volontés du Président du Comité Médical d'Établissement, du bureau du Comité Médical d'Établissement et de la direction, nous avons mis en place, en fin 2017, une formation au management médical avec l'aide du Centre de Formation Permanente des Professionnels de Santé.

Les objectifs étaient d'identifier les enjeux et d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de manager médical dans le nouveau contexte sanitaire et hospitalier. Mais aussi de développer les capacités d'adaptation pour améliorer la qualité de vie au travail et prévenir les risques psycho-sociaux, tout en améliorant la collaboration entre managers médicaux et non médicaux. La nécessité était d'avoir une formation pratique avec des apports cognitifs solides mais aussi des mises en situation et des outils, tout en privilégiant les temps d'échanges. Pour cela, des petits groupes de 12, de tous les pôles, ont commencé à se former sur 8 jours modulables sur une année, voire 2 années, en 2017.

A ce jour, sur les 280 managers médicaux du CHU, 212 ont suivi la formation ou sont inscrits. Le niveau de satisfaction est très élevé (de 8.4 à 9/10 en fonction des

modules). Les points forts qui ressortent sont la découverte, le sujet « management », les outils, le partage et les rencontres, mais aussi la rupture de la solitude et la liberté de parole.

Petit à petit, apparaît un rôle de manager médical plus précis et une culture managériale émerge.

En quoi le management médical améliore les décisions éthiques pour le patient ?

Le manager médical est garant du fonctionnement harmonieux de son équipe médicale, en respectant les individualités et en promulguant l'esprit d'équipe. Il devrait reconnaître et valoriser le travail de chacun, tout en ayant un rôle de régulateur des conflits. Mais au-delà de cette attention à l'équipe médicale, il maintient le lien étroit avec l'équipe para médicale : continuité des activités, qualité des soins, projets de service, temps d'échanges... Ainsi, en créant un esprit d'équipe, loin de l'individualisme fréquent chez les médecins, la parole circule mieux : elle est plus facile, elle est mieux entendue. Les décisions éthiques peuvent s'appuyer sur une vraie pluridisciplinarité.

Finalement, un management médical vertueux pourrait être un garant de décision éthique réfléchies et collégiales.

Mais si on étend un peu la vision au-delà de la qualité du soin, le manager médical doit aussi avoir en vue la qualité de vie au travail de son équipe. On ne peut envisager de décisions éthiques réfléchies, si l'équipe est en souffrance, si la parole ne circule pas, si le temps professionnel déborde trop sur le temps personnel, si les personnes ne se sentent pas soutenues et reconnues dans leur travail.

Ainsi, la décision éthique s'appuie forcément sur l'état de bien-être physique et psychique des décideurs : s'ils sont en perte de sens, s'ils sont épuisés, s'ils se sentent non reconnus, non valorisés, la décision éthique, déjà très complexe, ne peut être réfléchie sans qu'elle soit polluée par d'autres problèmes plus personnels.

Le rôle du manager médical est de prévenir, de soutenir, de repérer les souffrances pour garder, entre autre, la qualité du soin et la qualité de réflexion.

Si le médecin doit depuis longtemps avoir un rôle managérial, le management médical, lui, est tout jeune. Il faut absolument le faire grandir pour le mieux-être des équipes, de la convergence médico soignante, du fonctionnement des services, de la qualité des soins, du manager lui-même et finalement bien entendu, des patients et leurs familles, qui profiteront de ce climat apaisé.

Titre : Ethique et performance en secteur de soins, des logiques et des contraintes souvent contradictoires : comment sortir de ces conflits de logiques ?

Anne Goujon Belghit, Maître de Conférences en sciences de gestion, IAE Bordeaux, Titulaire adjointe de la chaire du capital humain et de la performance globale de Bordeaux, Vice-présidente déléguée de l'association ANESS (Association Nationale de l'Economie Sociale et Solidaire)

Julien Cusin, Professeur des Universités, IAE Bordeaux, Directeur adjoint de l'Institut de Recherche en Gestion des Organisations (IRGO), Responsable de l'axe RSE de l'IRGO

Mots clés : performance – éthique – investissement – capital humain

Résumé : Ethique et performance en secteur de soins, des logiques et des contraintes souvent contradictoires : comment sortir de ces conflits de logiques ?

L'apparent paradoxe de la performance et de l'éthique dans le milieu hospitalier ouvre des pistes de réflexion pour améliorer les logiques de valorisation de ces activités dont les outputs demeurent mal-évalués, notamment à l'échelle de notre société. Ces logiques, loin de se limiter à un questionnement purement théorique, rappellent que la santé doit s'envisager en termes d'investissement et non de coût.

Keywords : Performance – ethics – investment – human capital

Abstract : Ethics and performance in the healthcare sector, often contradictory logics and constraints: how to get out of these logical conflicts?

The apparent paradox of performance and ethics in the hospital environment opens avenues for thoughts to improve the logic of valuing these activities, the outputs of which remain poorly evaluated, particularly at the scale of our society. These logics, far from being limited to a purely theoretical questioning, remind us that health must be considered in terms of investment and not of cost.

SOMMAIRE

I – L'IMPORTANCE DE L'ETHIQUE DANS LE SECTEUR DE SOINS

II – QUELLES LOGIQUES DE PERFORMANCE RETENIR ?

III – QUELLES SOLUTIONS POUR SORTIR DE CES CONFLITS DE LOGIQUE

La question de l'éthique dans le secteur du soin renvoie directement à la finalité du système de santé dans notre société. Loin d'être anecdotique, elle suggère que les soignants s'interrogent sur le bien-fondé et la portée de leurs actions dans le cadre de leur profession. Ils prennent des décisions en fonction de leurs propres convictions ou selon leur perception de leurs rapports aux autres.

Le sujet des décisions éthiques renvoie au rôle de la société vis-à-vis des individus qui la composent, du contrat social, pour reprendre Rousseau, et des devoirs et obligations qui régulent ces relations. Le système de santé français s'adresse à tous les citoyens français selon les principes fondamentaux de la république : égalité, fraternité et solidarité.

Les agents opérant dans le secteur de la santé se portent garants de la sécurité et de la qualité des soins apportés aux patients ; ces derniers leur accordent leur confiance. Ce pacte éthique, basé sur une philosophie du *care*, repose sur un subtil équilibre. En d'autres termes, la performance organisationnelle et humaine conditionne le niveau de confiance de la société vis-à-vis de son système de santé.

Pourtant, force est de constater aujourd'hui un déséquilibre dans ces relations qui se cristallisent dans les mouvements de protestation concernant les conditions de travail, les situations de maltraitance dénoncées par les médias ou encore les erreurs « humaines » engendrant des conséquences irréversibles sur les patients.

Comment peut-on réconcilier les injonctions apparemment contradictoires entre impératif de performance et décisions éthiques dans le secteur de la santé ?

Pour répondre à cette question, nous rappelons l'importance de l'éthique dans le secteur de la santé pour ensuite présenter les différentes logiques de performance et nous proposons des solutions afin de sortir de cette apparente impasse.

I – L'IMPORTANCE DE L'ETHIQUE DANS LE SECTEUR DE SOINS

Pour rappel, l'éthique est un adjectif qui vient du grec *éthikos*, ce qui signifie morale. Pour Spinoza, qui consacre un ouvrage entier sur le sujet, la morale s'envisage à partir d'une approche déterministe et confronte le bon mode d'existence du mauvais. Kant envisage la morale comme obligation.

Ces approches interrogent le processus décisionnel des soignants ainsi que leur libre arbitre : quelle est la frontière entre la bienveillance et la maltraitance ? Doit-on répondre à cette question en fonction des règles qui s'imposent ? Selon la finalité ? Selon un groupe social ? Selon nos propres convictions ? Le dilemme d'Heinz inventé par Lawrence Kohlberg, psychologue américain, souligne toute la complexité des décisions « morales ».

Cette pluralité des approches éthiques renvoie directement aux modes de régulation organisationnelle puisque cette dernière accueille sous un même toit les patients et les soignants. Aussi la problématique de la cohérence et de la consistance du message éthique est fondamentale. Comment homogénéiser l'information ? Comment réagir quand les malades se méfient des soignants ? Comment gérer des soignants qui n'ont pas confiance dans leur hiérarchie ?

Plusieurs recherches dont celles de Chrys Argyris (1977) montrent la position difficile dans laquelle se trouvent les collaborateurs lorsqu'ils s'aperçoivent qu'une décision managériale ne fonctionne pas. Finalement ils préfèrent renoncer à partager cette information plutôt que de mettre en péril leur carrière car « personne n'aime le messenger porteur de mauvaises nouvelles »¹.

Cette constatation ramène à des notions de confiance ou de sécurité psychologique pour créer les conditions favorables au partage d'informations et à la décision éthique.

La confiance est définie par Rousseau (1998) comme un « état psychologique consistant dans l'intention d'accepter la vulnérabilité basée sur des attentes positives quant à des intentions ou à un comportement de la part de l'autre ». Cette attitude repose sur les théories de l'échange social puisque la relation s'inscrit dans la durée selon une modalité d'échanges continus apportant des bénéfices perçus intéressants pour les deux parties. Cette vulnérabilité suggère une acceptation de prise de risque dans la construction de la relation dans le temps.

Le concept de confiance diffère de celui de sécurité psychologique développé par Amy Edmondson (1999) car les individus partagent la conviction que l'équipe est en sécurité même s'ils prennent des risques. De nombreuses études montrent que la sécurité psychologique encourage les individus à partager leurs connaissances, favorise la créativité et conduit à des décisions éthiques (Goujon Belghit, Husser, Dadour, 2019).

Bien conscient du poids des décisions absurdes (Morel, 2002), le monde de la santé révolutionne ses modes de fonctionnement en incitant ses collaborateurs à signaler les événements indésirables survenus dans le cadre des soins de manière à améliorer les pratiques et à mieux partager l'information. Voilà pourquoi le Ministère des Solidarités et de la Santé, la HAS (Haute Autorité et

¹ Antigone de Sophocle

Santé) en partenariat avec les ARS (Agences Régionales de la Santé) et les établissements de santé introduisent des systèmes de reporting des erreurs effectuées dans le cadre du soin afin d'engager une politique d'amélioration continue et une dynamique d'apprentissage. D'ailleurs, depuis quelques années maintenant, les professionnels libèrent leur parole pour témoigner sur la difficulté d'appréhender les erreurs dans le milieu médical étant donné les terribles répercussions que cela peut générer dans certains cas. En effet, comme le confesse le docteur Bryan Goldman lors de ses conférences², les médecins sont des humains, avec leurs qualités et leurs faiblesses. Pourtant, l'image que leur renvoie la société les place sur un piédestal et l'erreur se perçoit comme un manque de professionnalisme. Comment échanger sur les incidents rencontrés alors que la réputation de l'établissement, du professionnel est en jeu ? Bien des établissements développent des chartes de non punition afin de générer un environnement professionnel sécurisant, favorable à la transparence (Cusin, Goujon Belghit, 2019).

Malgré tout, les difficultés subsistent puisque les patients victimes de ces incidents pardonnent plus ou moins facilement aux professionnels comme nous le raconte le reportage « Que reste-t-il de nos erreurs ? »³ de l'Espace éthique Île de France. Les soignants souffrent à leur tour, devenant les « agents deuxièmes victimes » de l'incident rencontré (Cusin, Goujon Belghit, 2019). Comment gérer cette souffrance ? Quelles mesures d'accompagnement psychologique ?

Ces questionnements autour des incidents renvoient à la quête de performance, de rationalisation des coûts de fonctionnement tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité des soins prodigués.

II – QUELLES LOGIQUES DE PERFORMANCE RETENIR ?

Depuis maintenant une vingtaine d'années, l'Etat, inspiré de la philosophie du *New Public Management*, modifie les méthodes de gestion de la fonction publique, dont les établissements de santé, afin d'introduire une culture orientée sur les résultats, et d'abandonner celle centrée sur les moyens. Dès la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) en 2001, la Tarification A l'Activité (T2A) (pour que les ressources soient attribuées en fonction de l'activité produite) en 2002, la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007 ou encore la Modernisation de l'Action Publique (MAP) en 2012, des nouvelles logiques centrées sur l'évaluation des résultats, la maîtrise des coûts de fonctionnement afin d'améliorer la prise en charge des patients.

La performance devient alors une problématique centrale et on peut regretter qu'elle s'appréhende aujourd'hui comme une contrainte et non comme une opportunité de valorisation des activités liées à la santé.

² <https://www.youtube.com/watch?v=iUbfRzxNy20>

³ <https://www.youtube.com/watch?v=dVsdCag4XVg>

Cette performance présente pourtant l'avantage, contrairement à d'autres indicateurs comme la rentabilité financière, la valeur ajoutée ou encore la productivité, d'offrir une méthode de calcul adaptée et adaptable au contexte organisationnel (Goujon Belghit, 2016). Les indicateurs se fixent en fonction des objectifs initialement définis par la gouvernance, en termes qualitatifs ou quantitatifs selon les finalités recherchées. L'objectif consiste-t-il à valoriser la performance financière ou plus exactement la capacité à maîtriser les coûts des établissements ? Souhaite-t-on évaluer la performance sociétale comme le niveau de prise en charge global des citoyens français ? Ou doit-on évaluer la performance sociale comme la qualité de vie perçue des soignants ?

Et si les approches retenues étaient incomplètes ? Sont-elles seulement capables d'appréhender la valeur réelle de ces structures ? Les modalités d'évaluation retenues sont empruntées au secteur privé et intègrent des logiques de rendement et de compétitivité qui ne sont pas totalement compatibles avec une finalité de santé sur un territoire.

En effet, la privatisation des soins médicaux, comme c'est le cas dans d'autres pays comme aux Etats-Unis, limite l'accès à la santé à ceux qui peuvent payer.

La gestion par les coûts de ces établissements sans prise en compte de l'intégralité des *outputs* empêche d'engager l'ensemble des investissements nécessaires dans ce secteur d'activité.

L'éthique pourrait d'ailleurs constituer une réponse à la quête de performance de ces établissements de santé puisque la qualité des informations disponibles en interne, la transparence de la communication notamment avec les patients, leur bonne prise en charge, la gestion bienveillante des agents pourraient devenir des indicateurs pertinents.

Malheureusement, de nombreux établissements subissent aujourd'hui le manque de dotation en termes de ressources financières et humaines pour assurer un fonctionnement qui réponde à ces objectifs de performance. Il ne s'agit pas d'une malveillance ou d'une mauvaise intention de la part des gouvernances mais bien d'un problème de dotation au niveau national sur ce secteur d'activité. De plus en plus, on attend donc du « médecin-gestionnaire » qu'il concilie deux objectifs *a priori* contradictoires la satisfaction d'une demande de soins toujours plus importante et plus complexe, et la limitation des dépenses de santé toujours plus forte (Valette, Fatien Diochon, Burellier, 2018).

L'année 2018 fut d'ailleurs marquée par de nombreuses actions de grève de la part des soignants évoluant dans les Ehpad, dénonçant le manque cruel de moyens pour assurer une prise en charge convenable et adaptée. Ces problématiques sont d'autant plus importantes que les patients ne sont pas les seules victimes, les agents, redoublant d'efforts afin de pallier au manque d'effectif, souffrent à leur tour de TMS (trouble

musculosquelettique) ou de RPS (Risques Psychosociaux).

De nombreux travaux dévoilent la propagation de ces maladies physiques et mentales professionnelles comme le montre Christophe Dejourns (1998, 2007) (Dejourns, Gernet, 2016) dans ses nombreux livres mais également lors de ses conférences⁴. Les métiers des soignants présentent des risques puisqu'ils sont exposés aux virus, aux irradiations, à la violence ou encore aux variations d'horaires ou à des cadences imposées trop importantes. Cette violence semble survenir dès l'entrée dans la vie professionnelle de ces soignants, comme l'illustre l'ouvrage du docteur Valérie Auslender intitulé « omerta à l'hôpital » qui rassemble de nombreux témoignages sur les pressions psychologiques, les violences physiques ou encore verbales que subissent les infirmiers.

Ces constats nous conduisent à nous poser la question suivante : ne sommes-nous pas dans la non performance ? Comment sortir de cette impasse ?

III – QUELLES SOLUTIONS POUR SORTIR DE CES CONFLITS DE LOGIQUE

Dès lors, une réflexion sur la réconciliation entre logiques de performance et éthique dans les établissements de santé s'impose.

Comment garantir une qualité de soins aux patients, offrir des conditions de travail favorables aux professionnels et légitimer les décisions d'investissement dans notre système de santé ?

La solution provient de nos outils de pilotage et d'évaluation de la performance trop centrés sur des valeurs financières, associant ainsi l'activité du soin à un coût. Ils doivent tendre vers une meilleure prise en compte des outputs : la qualité de la prise en charge des citoyens français sur un plan médical. Les approches par les immatériels, notamment le capital humain, ouvrent une voie. En médecine, le capital humain est lié à une évaluation économique basée sur un lien entre la perte de santé et un manque de productivité économique (maladie, inaptitude au travail, mortalité) (Grosse, 2009). La politique d'investissement d'un pays envers des citoyens contribue à améliorer la productivité économique globale et à diminuer les coûts liés à la non activité consécutive à une mauvaise prise en charge médicale. La chaire du capital humain et de la performance globale de Bordeaux définit le capital humain comme la rencontre entre le comportement organisationnel, la créativité et les compétences (Goujon Belghit, Trébuq, 2016 ; Goujon Belghit, Trébuq, 2019).

Le comportement organisationnel regroupe l'implication organisationnelle affective, la fidélité, l'engagement ou encore la satisfaction des collaborateurs dans leur relation à l'emploi. La créativité

⁴ Quand le travail perd la tête, conférence du 16 mars, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=HmlAltaZ04o>

s'appuie, quant à elle, sur l'idée que les salariés mobilisent leur intelligence, leur agilité et leur subjectivité afin d'être porteur de projets novateurs dans les pratiques. Enfin, la compétence intègre non seulement la capacité à bien travailler, à maîtriser les processus mais également la subjectivité des individus, à savoir leur volonté ou capacité à bien communiquer avec les collègues, les patients ou les familles. La chaire propose une méthodologie d'évaluation de ce capital humain combinant des approches quantitatives (de psychométrie) avec des approches qualitatives (pour mieux appréhender les perceptions des individus) adaptées au secteur de la santé. Ainsi une enquête conduite dans un Ehpad public pointait que les personnes les plus créatives étaient désireuses de quitter l'établissement car elles ne percevaient pas d'opportunité d'évolution ou même d'épanouissement personnel. Ces problématiques ne sont malheureusement pas isolées car les professionnels de santé affrontent des tensions récurrentes, introduisant de l'ambivalence dans leur relation à l'emploi (Sabouné, Goujon Belghit, 2018).

Le temps où l'on considérait que l'instauration de règles pour coordonner et maîtriser le travail s'achève devant les preuves évidentes et manifestes de leur inefficacité à produire de la performance. La maîtrise du temps et des méthodes de travail demeure une illusion car, seule l'intelligence humaine autorise l'appréhension de l'inconnu, de l'imprévisible, des dysfonctionnements. François Dupuy (2013, 2015), à travers l'exemple de la grève du zèle, se moque de ces approches organisationnelles basées sur les procédures et les règles. Finalement ces réflexions nous amènent à des contradictions à surmonter :

Le contrôle versus l'intelligence individuelle

L'application des procédures versus la créativité

Le reporting versus l'autonomie

Générer de la performance versus promouvoir une démarche éthique

Le monde de la santé semble osciller, tel un pendule, entre volonté de garantir une qualité de soins aux patients par la maîtrise des processus et de l'environnement de travail et le principe de réalité qui renvoie au caractère imprévisible et non contrôlable de la vie... Finalement, le contrôle demeure une illusion... Seulement cette réalité est-elle entendable aujourd'hui ?

Tout d'abord, le contrôle rassure et automatise les gestes et actions à mener afin de garantir une qualité optimale de soins et de limiter les risques. Il apparaît indispensable afin de protéger les patients et les professionnels. Ces approches sont directement inspirées de l'aéronautique afin d'instaurer des automatismes, des règles de contrôle, comme les check-lists afin de limiter les erreurs humaines. Pourtant, l'intelligence humaine garantit l'adaptation et les

réajustements nécessaires face aux situations imprévisibles ou aux dysfonctionnements. Il convient alors d'établir des espaces de régulation, basés sur l'échange d'informations, grâce à une sécurité psychologique instaurée par l'organisation et portée par la ligne hiérarchique, afin d'entrer dans une démarche partagée d'apprentissage organisationnel (Cusin, Goujon Belghit, 2019).

Ensuite l'application des procédures limite les opportunités de créativité, voire d'amélioration de pratiques ; aussi des communautés de pratique offrent un cadre pour échanger entre professionnels autour de nouvelles manières de travailler.

Le reporting, largement imposé ces dernières années, autour des pratiques de transmission écrite des informations, de la déclaration de la quantité et de la nature des soins apportés, trace, protège et valorise ces activités. Pour autant, bien des professionnels ont le sentiment de voir leur niveau d'autonomie s'effondrer à cause de ces systèmes de contrôle de gestion. Un subtil équilibre doit impérativement être trouvé entre nécessité de bien renseigner, en réfléchissant de manière approfondie aux réels besoins en termes d'informations, et qualité de la circulation de l'information.

Finalement ces apparents paradoxes nous ramènent à la problématique initiale, à savoir, comment réconcilier la performance et la démarche éthique...

Une option renvoie aux modalités de pilotage du monde de la santé. L'ANESS (Association Nationale de l'Economie Sociale et Solidaire) revendique la nécessité de réfléchir collectivement à de nouvelles méthodologies d'évaluation et de pilotage de la performance notamment dans le secteur de la santé de manière à opérer cette mutation : la santé n'est pas un coût mais un investissement !

A titre d'illustration, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) instaurés en 2010 ambitionnaient d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, de promouvoir l'égalité devant la santé et de développer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des dispositifs de santé. Sur le terrain, ces démarches s'appuient trop souvent sur une « optimisation des coûts de fonctionnements », limitant les capacités des établissements à prodiguer un accompagnement suffisant et détruisant la qualité de vie au travail.

Dès lors, il devient nécessaire de réfléchir à de nouvelles modalités de financement, qui tendent vers l'optimisation des ressources, ces dernières étant limitées, mais surtout vers une amélioration de la prise en charge médicale des français. Devant la crise aujourd'hui que traverse les structures de la santé en termes de recrutement des aides-soignants, des infirmiers, des Agents de Service Hospitalier (ASH), il devient urgent de réintroduire du sens, de la confiance et de la transparence. Ces métiers souffrent d'une mauvaise image auprès des jeunes car ils sont mal

reconnus dans notre société, mal rémunérés et surtout, difficiles physiquement et psychologiquement. N'oublions pas que traditionnellement, la charge émotionnelle est lourde (Cusin, Goujon Belghit, 2019), puisque les professionnels sont confrontés à la mort, à la gestion des imprévus, à la violence de certains patients en souffrance, à la gestion des relations avec de nombreuses parties prenantes comme les familles, les collègues, leur hiérarchie...

Les réponses résident sans doute dans la réhabilitation de ces métiers, qui s'appuient sur des valeurs fortes d'humanisme, d'entraide, de bienveillance et dans une revalorisation sur un plan salarial et d'opportunités de carrière.

CONCLUSION

Le monde de la santé doit se réinventer en termes de pilotage et d'évaluation de la performance afin de sortir de ce millefeuille dont il est victime. C'est le fruit de la transition d'un modèle managérial bureaucratique à une logique inspirée par le New Public Management. Pour autant, les nombreux outils de reporting freinent la performance organisationnelle car ils demandent énormément de temps aux professionnels pour les renseigner et portent quelquefois à confusion car une même information peut être demandée plusieurs fois sous des libellés différents, amenant ainsi à des réponses non homogènes. Aussi comment prendre de bonnes décisions sur la base de cette variété d'informations ? Avons-nous réellement besoin de toutes ces données pour bien décider ? Comment sortir de cette logique de coût pour souligner les nécessités d'investissement ?

Nous le constatons, les paradoxes dans le monde de la santé sont nombreux, cela souligne sa complexité mais également ses enjeux.

Ces interrogations nous amènent à réfléchir sur les modalités de fonctionnement actuelles afin de réconcilier l'impératif de performance avec celui d'éthique. En réalité, ces deux notions ne sont pas contradictoires, elles sont indispensables et intimement liées ! L'une de ne va pas sans l'autre !

Bibliographie

AUSLENDER (Valérie), *Omerta à l'hôpital*, Michalon, 2017.

CUSIN (Julien), GOUJON BELGHIT (Anne), *L'application du droit à l'erreur dans un établissement hospitalier : une approche par la théorie des paradoxes*. Working Paper, 2019.

DEJOURS (Christophe), *Souffrance en France, la banalisation de l'injustice sociale*. Editions du Seuil, 1998.

DEJOURS (Christophe), *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*. Paris, Editions Payot-Rivages, 2007.

DEJOURS (Christophe), GERNET (Isabelle), *Psychopathologie du travail*. Elsevier Masson, collection les âges de la vie, 2016.

EDMONDSON (Amy C.), *Psychological safety and learning behavior in work teams*. *Administrative Science Quarterly*, 44 (2), p. 350-383, 1999

DUPUY (François), *Lost in management, la vie quotidienne des entreprises au XXIème siècle*, Editions du Seuil, 2013

DUPUY (François), *La faillite de la pensée managériale*, Editions du Seuil, 2015

GOUJON BELGHIT (Anne), HUSSER (Jocelyn), DADOUR (Ali), *Logisticians' ethical decision: does the psychological safety team matter?*, en cours de soumission à la revue *Supply Chain Forum: an International Journal*. 2019.

GOUJON BELGHIT (Anne), *Introduction au management*, Ellipses, 2016.

GOUJON BELGHIT (Anne), TREBUCQ (Stéphane), *Proposition d'une mesure du capital humain : entre comportement organisationnel, compétence et créativité. Le modèle des 3C de la chaire du capital humain et de la performance globale de Bordeaux*. *VSE*, 202 (2), p. 145-165, 2016.

GOUJON BELGHIT (Anne), TREBUCQ (Stéphane), BOURGAIN (Marina), GILSON (Adeline), *Capital humain : entre performance et bien-être au travail*. Eska, Collection Stratégie, Management et Organisation, 2019.

GROSSE (Scott D.), *Human capital approach*. *Encyclopedia of medical decision making*, p. 603-604, 2009.

ROUSSEAU (Denise M.), *Trust in organizations: frontiers of theory and research*. *Administrative science quarterly*. 43, p. 186-188, 1998.

SABOUNE (Khaled), GOUJON BELGHIT (Anne), *L'ambivalence dans le contenu de contrat psychologique : le cas d'un Ehpad*. *Revue Management & Avenir*, 103(5), p. 181-200, 2018.

VALETTE (Annick), FATIEN DIOCHON (Pauline), BURELLIER Franck, *A chacun son paradoxe : étude de la délégation des paradoxes organisationnels aux individus*, *Revue française de gestion*, 270(1), p. 115-126, 2018.

Titre : À quelles conditions une décision est-elle éthique ? Agir dans un contexte d'incertitude

Yannis Constantinidès

Mots clés : décision – éthique – libre arbitre – volonté – choix

Résumé : À quelles conditions une décision est-elle éthique ? Agir dans un contexte d'incertitude

Il est difficile de savoir sur le moment, et même après coup, si la décision prise est éthique ou non ; l'incertitude, qui persiste malgré le choix effectué, en rend l'appréciation délicate. C'est que toute vraie décision est une prise de risque, un pari plus ou moins calculé. Une délibération préalable, à condition qu'elle soit vraiment rationnelle, peut certes en atténuer le caractère foncièrement tragique, mais il faut tout de même trancher dans l'urgence et sans avoir droit à l'erreur ou à une seconde chance.

Mais si l'on ne peut jamais être sûr de prendre la bonne décision, il est possible en revanche de s'assurer que la situation est bien analysée et la délibération bien menée. Plus simple à dire qu'à faire tant les biais affectifs et cognitifs sont nombreux. C'est donc en respectant ses conditions réelles de possibilité qu'une décision peut être qualifiée d'éthique.

Keywords : decision – ethics – free will – choice

Abstract : Under what conditions is a decision ethical? Act in a context of uncertainty

It is difficult to know at the time, and even afterwards, whether the decision taken is ethical or not; uncertainty, which persists despite the choice made, makes it difficult to assess. Any real decision is a risk-taking, a more or less calculated bet. A preliminary deliberation, provided that it is really rational, can certainly attenuate its fundamentally tragic character, but it is still necessary to decide in an emergency and without having the right to make a mistake or to get a second chance.

But if you can never be sure that you are making the right decision, it is possible, however, to ensure that the situation is well analyzed and the deliberations well conducted. Easier to say than to do because there are so many emotional and cognitive biases. It is therefore by respecting its actual conditions of possibility that a decision can be qualified as ethical.

Décider, c'est normalement faire preuve de liberté, résister à la fois aux impulsions naturelles et aux influences extérieures. Mais ne nous leurrions-nous pas en pensant que nous pouvons librement choisir entre deux options clairement identifiées, sans tenir compte des multiples facteurs, plus ou moins conscients, qui pèsent sur notre décision ?

On a beau avoir soigneusement réfléchi à la marche à suivre, il y a toujours une part de spontanéité immaîtrisable dans le choix fait, de petites préférences qui s'expriment, le plus souvent à notre insu. On sait le poids des habitudes dans les « décisions » quotidiennes, mécaniques, mais il faut tenir compte aussi du tropisme naturel : même le fait d'aller à gauche plutôt qu'à droite n'est pas totalement indifférent¹.

Il faudrait en toute rigueur parler de préférences personnelles, subies plutôt que de décisions rationnelles, assumées. Bien que très controversée, la célèbre expérience du neurophysiologiste américain Benjamin Libet sur la « rétrodatation consciente » montre que le cerveau opte pour une possibilité *avant* que l'on ait conscience de choisir. Le libre arbitre ne serait ainsi qu'une illusion gratifiante, la décision étant déjà prise avant que le prétendu agent rationnel la revendique pour sienne.

C'est donc la décision qui nous prend – par surprise ! – plus que nous la prenons. La fameuse prise de conscience est en ce sens plus le résultat d'un discret processus interne qu'un acte premier. Il est facile dès lors de comprendre pourquoi nous reproduisons les mêmes erreurs malgré toutes nos bonnes résolutions. La volonté est le plus souvent impuissante face à ces fortes impulsions (nos « envies »), qui nous inclinent dans un sens ou dans un autre. Nous ne nous en rendons véritablement compte que quand une addiction s'installe, mais nous sommes ordinairement mus par des affects très divers, qui entrent en conflit en cherchant à devenir conscients.

On mesure de ce fait les limites du modèle classique de la décision, inspiré d'Aristote. La théorie de la décision (*Decision Theory*) anglo-saxonne s'est en effet largement appuyée depuis les années 1950 sur les analyses capitales du livre III de *l'Éthique à Nicomaque*, non sans les affadir. On met ainsi l'accent sur les décisions que l'agent devrait idéalement prendre, en le supposant toujours pleinement informé et totalement rationnel dans ses choix. C'est faire peu de cas de l'incertitude qui entoure toute décision (et tout particulièrement les décisions médicales) et gommer le risque permanent d'acrasie ou d'aboulie dont Aristote tenait pour sa part compte.

Cette théorie rationaliste de la décision a néanmoins l'avantage insigne de fournir de commodos outils d'aide

1 C'est l'exemple donné par Leibniz pour critiquer la « liberté d'indifférence » de Descartes, qui pense que l'on peut agir de manière totalement gratuite juste pour se prouver que l'on en est capable. Pour Leibniz au contraire, il y a toujours une raison suffisante d'agir, même si cette raison ne nous apparaît pas clairement.

à la décision (*Decision support systems*) prenant la forme de protocoles ou de démarches standards, telle la fameuse « démarche qualité », et aboutissant à la déshumanisation de la décision, qui finit par se prendre toute seule pour ainsi dire.

Aristote insistait déjà sur l'importance de délibérer, c'est-à-dire d'évaluer les options qui s'offrent à moi, avant de prendre une décision et d'agir en conséquence. Mais « quand je délibère, les jeux sont faits », disait lucidement Jean-Paul Sartre. La plupart de nos décisions sont en effet prises spontanément, sans réflexion préalable ni véritable délibération. On sait par exemple à quel point les premiers choix de la vie, les moins libres qui soient, sont déterminants pour la suite² : notre goût se forme alors et nous fera aimer ou détester choses et personnes en fonction de l'affinité viscérale que nous aurons ou non avec elles.

Mais même sortis de l'enfance, nos décisions ne seront pas forcément libres ni même personnelles³. C'est qu'il n'existe pas de décision *in abstracto* : il faut toujours tenir compte du contexte dans lequel s'opère le choix. Le spécialiste de l'économie du comportement, Dan Ariely, a ainsi montré que nos décisions, des plus futiles aux plus importantes, étaient au fond irrationnelles⁴. Irrationnelles mais prévisibles, comme l'ont bien compris les publicitaires et autres influenceurs, qui ne manquent pas d'agir sur les ressorts discrets de la décision (le jeu, l'attrait de la récompense, etc.)

Il est évidemment nécessaire d'avoir conscience de tous ces mécanismes inconscients pour ne plus en être le jouet. S'il faut définitivement faire son deuil d'une liberté totale d'agir, on doit en revanche identifier le risque de compulsion, qui naît justement de l'illusion de maîtriser ce sur quoi on n'a pas de prise.

Une liberté de décider, réduite mais réelle, ne peut apparaître que lorsqu'on accepte cette absence fondamentale de maîtrise. Toute véritable décision comporte une part d'aléa, de risque. Si les conséquences d'un choix étaient connues d'avance, on n'aurait aucun mal (et aucun mérite) à décider.

L'embarras naît de là : l'indécis sait au fond de lui que toute décision est irréversible. Tant qu'il n'a pas choisi, tout reste possible. Ce caractère foncièrement tragique du choix est bien illustré par l'âne de Buridan, écartelé entre un seau d'eau et un seau d'avoine, et qui meurt d'inanition par incapacité à se déterminer.

Pour surmonter cette irrésolution suicidaire de l'âne ou de l'âme, il faut être prêt à trancher dans le vif, comme le juge Salomon ou Alexandre le Grand. Il faut renoncer à toute sécurité et se jeter à l'eau, comme le dit Kierkegaard⁵. Jules César ne savait pas à quoi s'attendre en traversant le Rubicon, mais il s'engagea résolument,

2 On pense bien sûr ici au phénomène d'ancrage.

3 Voir là-dessus l'analyse du désir mimétique par René Girard dans *Mensonge romantique et vérité romanesque* (1961).

4 Cf. Dan Ariely, *C'est (vraiment ?) moi qui décide*, Flammarion, « Champs Essais », 2012.

sans la moindre hésitation. Quand Agathocle de Syracuse débarqua à Carthage, il brûla ses vaisseaux pour s'interdire toute possibilité de retraite. Décisions risquées, faisant une large part au hasard et à l'incertitude.

Il paraît évidemment légitime de limiter cette inquiétante incertitude et de réduire la part, encore trop grande sans doute, du hasard. Nul ne songerait en effet sérieusement recommander aux médecins d'aujourd'hui d'appliquer la « méthode » radicale du psychiatre new-yorkais de *L'Homme-dé* de Luke Rhinehart, qui laisse les dés décider de tout. Cela reviendrait à se décharger de la responsabilité de la décision et à s'affranchir de toute éthique. Mais l'obsession inverse de réduire le plus possible les risques et de fonder toutes les décisions sur le calcul prudent des bénéfices et des risques aboutit paradoxalement au même résultat. Le principe de précaution conduit ainsi à l'idéal scientifique de *Evidence-based Medicine*, qui déshumanise et protocolise le processus de décision⁶.

Il n'est pas étonnant dès lors que l'on parle très improprement d'outils d'« aide à la décision » à propos de simples algorithmes calculant des probabilités. La voiture autonome censée « choisir » le moindre de deux maux ne prend pas à proprement parler de décision, mais applique mécaniquement un programme numérique, complexe certes mais prédéterminé (mieux vaut tuer une personne que quatre), sans pouvoir s'en écarter délibérément. Cette voiture sans pilote n'assumera pas non plus les conséquences d'une mauvaise décision, n'éprouvera pas de remords, ne pensera pas un seul instant que les choses auraient pu se passer autrement...

Bref, même si le risque d'erreur diminue statistiquement avec l'usage des machines, la décision n'est et ne peut être qu'humaine. On le voit bien dans *Sully* (2016), le film de Clint Eastwood qui s'inspire de l'amerrissage miraculeux d'un Airbus A320 sur le fleuve Hudson en 2009. Sommé par les régulateurs de la sécurité aérienne de justifier ce choix fou d'amerrir plutôt que de faire demi-tour et de tenter de se poser sur l'un des deux aéroports de New York, le pilote de l'avion, Chesley Sullenberger (dit « Sully »), n'a aucun mal à montrer que les simulateurs de vol, qui semblent indiquer qu'il aurait pu (et dû) le faire, ne tiennent pas compte du facteur humain, et notamment du moment de flottement qui a précédé la prise de décision culottée de poser l'avion sur le fleuve⁷.

5 Cf. *Post-Scriptum aux Miettes philosophiques* (1846), 2ème partie, 4ème section, chap. IV, § II.

6 On trouve chez le même Kierkegaard une critique avant la lettre de l'EBM et un éloge de l'incertitude comme espace nécessaire à l'action libre : « La demande de certitude et de précision est sagesse, car ce sont là des échappatoires pour se soustraire à l'effort de l'action et du risque et transposer la question en un jeu de savoir et de bavardage. Non, si je dois vraiment risquer et m'efforcer vraiment en agissant vers le bien suprême, alors il y faut de l'incertitude et je dois, si je puis dire, avoir de la place pour me mouvoir. » (Ibid.)

7 Voir la scène-clé du film : <https://www.youtube.com/watch?v=N1fVL4AQEW8>

Un pilote automatique n'aurait même pas envisagé cette possibilité pour la simple raison que ce n'était pas possible avant que quelqu'un le fasse ! Une machine ne panique pas certes, mais elle n'a pas la liberté de faire des choix audacieux parce qu'elle est programmée pour limiter le plus possible les risques. Il ne s'agit pas bien sûr de remettre en question l'utilité du pilote automatique, mais ce n'est justement qu'un outil régulateur. Il ne s'agit donc pas d'une délégation de pouvoir : la responsabilité de la décision incombe toujours au vrai pilote, qui peut reprendre la main à tout moment.

Même s'il est contestable, parce qu'il présuppose l'existence d'un agent rationnel, le modèle aristotélien de la décision a tout de même le mérite de tenir compte de cette incertitude fondamentale et de la nécessité de trancher dans l'urgence. Toute décision humaine relève de l'éthique en ce sens, parce que l'issue est incertaine et que l'on peut seulement s'assurer que la délibération est bien menée, une fois que l'on a pris soin d'écarter tout ce qui pourrait la parasiter. Faute de savoir exactement ce qui nous attend, il faut faire preuve de « sagacité » ou de débrouillardise (*phronésis*) et être prêt à affronter l'imprévu.

C'est cette claire conscience du risque qui fait de la décision un moment dramatique ou même fatidique. Nous serions sans cela des robots dénués de toute intériorité et capables de prendre des décisions inhumaines sans le moindre état d'âme, comme HAL 9000 dans *2001 : l'Odyssée de l'espace*.

On ne trouvera guère en médecine, et on ne s'en plaindra pas, des décisions aussi froides et impersonnelles. L'acte de décider y reste foncièrement humain et d'ailleurs toujours discutable d'un point de vue éthique. C'est que des biais interviennent même dans les décisions en apparence les plus rationnelles. On mentionnera par exemple le regrettable phénomène de « babélisation », certaines décisions étant prises sans réelle concertation et sans tenir compte des possibles autres avis. Il faut dire que les réunions dites collégiales servent aujourd'hui surtout à valider des choix déjà faits plutôt que de laisser libre cours à la discussion.

La grande technicisation de la médecine contemporaine favorise assurément ces décisions à œillères, où l'imagerie médicale prend régulièrement le pas sur l'imagination créatrice. Il est clair en outre que les décisions prises sont tributaires de l'idéologie médicale du moment, chaque époque ayant des certitudes absolues alors que le savoir médical remet périodiquement au goût du jour des conceptions que l'on croyait révolues. On peut enfin évoquer la déresponsabilisation toujours plus grande des acteurs qu'induit précisément la multiplication des protocoles et des procédures, que l'on se contente le plus souvent de suivre sans faire preuve d'esprit critique.

Pour rendre plus éthiques les décisions médicales, il faut donc les réinvestir, réintroduire le facteur humain que l'on cherche si obstinément à exclure. Si nous

voulons préserver notre liberté de choix, il nous faut nous rappeler que chacune de nos décisions, petite ou grande, l'engage, comme Aristote le soulignait déjà. La dilution de l'attention est la plus grande menace qui pèse sur notre capacité à décider de la manière la plus rationnelle possible. Or, les microdécisions que nous prenons souvent sans réfléchir finissent par entraîner des conséquences notables. C'est ainsi par exemple que la maltraitance ordinaire, insidieuse s'installe dans un service sans crier gare.

Pouvoir répondre de ses décisions, c'est-à-dire reconnaître leur portée éthique, c'est en fin de compte comprendre qu'une décision ne s'arrête pas au moment dramatique du choix, mais qu'elle inclut aussi nécessairement l'avant (le temps de la délibération fine) et l'après (la considération des conséquences, imprévisibles pour la plupart).

« Une fois que ma décision est prise, j'hésite longuement », disait avec beaucoup d'esprit Jules Renard. Bien que généralement irréversibles, nos décisions passées continuent de nous hanter⁸, nous permettant d'affiner celles qui restent à venir. Même s'il est censé apprendre de ses erreurs, un robot ne se souciera guère de ce que ses anciens « choix » lui révèlent de lui-même.

C'est tout le charme de la décision humaine de ne pas se réduire à un processus aisément reproductible. Voilà pourquoi déléguer la responsabilité de décider à des logiciels d'intelligence artificielle reviendrait tout bonnement à renoncer à notre humanité.

⁸ C'est ce que Gilbert K. Chesterton appelle le fait de penser à rebours (« *thinking backwards* ») : remonter au moment fatidique de la décision et se demander si nous aurions pu agir autrement. L'interrogation rétrospective est certes vaine parce que nous ne pouvons pas défaire le passé, mais elle nous aide toutefois à mieux saisir les motivations parfois obscures de nos choix.

