

Ethique et décision : pour un hôpital à dimension sociale

Le sujet qui m'a été proposé, celui de la décision, et que j'ai quelque peu infléchi vers une dimension sociale n'est pas une problématique aisée, bien qu'elle touche deux aspects complémentaires si on considère la finalité de la structure hospitalière qu'est la personne souffrante pour qui et avec qui il est question de décider.

Cette difficulté relève tout d'abord de mes propres limites : ce n'est pas une question que j'ai eu souvent l'occasion de travailler explicitement et, lorsqu'on réalise une recherche bibliographique relative à « management, éthique et médecine-santé » et « éthique sociale et hôpital », on ne se trouve que trop peu aidé par le manque de références traitant de cette problématique comme telle, particulièrement dans son articulation. De plus, je dois avouer que, n'étant pas moi-même dans le lieu de la gestion, il ne m'est pas aisé de pressentir ce que peut être l'horizon de complexité de la posture gestionnaire, mon regard étant davantage celui du patient réel et potentiel, sous-tendu par une proximité avec la pratique soignante. De plus, entrer dans « votre monde » appelle des compétences réelles qui ne sont pas forcément les miennes et renvoient à des domaines d'investigation importants : le lien social, l'économique, l'administratif et le politique, particulièrement dans les interrelations qu'ils établissent avec la médecine et la réalité de la santé individuelle et collective, publique. Et pourtant, j'aime relever cette invitation à penser puisque la thématique générale renvoie de manière explicite et intéressante à ce lieu de vie qu'est le mien : la structure hospitalière convoquée, par mandat social, à y déployer une médecine porteuse d'hospitalité et de solidarité pour tous les fragilisés de l'existence dont elle est conviée à prendre soin, une structure hospitalière qui doit être gérée de façon efficace, rentable pour le bien de tous.

Il ne sera donc pas question de travailler ici « la décision » au sens strict, étroit du terme mais bien la posture professionnelle -de compétence- et humaine -éthique- du gestionnaire dans le monde qui est le sien, l'hôpital contemporain avec tout ce qui le traverse comme chances, c'est-à-dire tous les points d'appui humains et techniques, défis et contraintes. C'est, de mon point de vue, une question éthique centrale : viser une contextualisation de la réalité telle qu'elle est et non telle qu'on souhaiterait qu'elle soit ; il n'est pas question de rêver ici d'une structure hospitalière qui n'est pas celle que nous connaissons au quotidien. De plus, nous rétrécirons encore notre angle d'approche du gestionnaire ; c'est bien celui qui se trouve en situation de décision : que décider ? Pour quel bien ? quelle(s) finalité(s) ? Avec quelle(s) contrainte(s) ? En d'autres mots, j'aimerais vous partager un vœu secret : j'aimerais ouvrir ici la question de la possibilité d'une réflexion éthique à portée universaliste dans un monde où, a priori et par méconnaissance, on croit que le référentiel éthique n'est jamais le premier, celui de la gestion !

Pour mettre en scène ce double questionnement -décision et dimension sociale de l'hôpital-, j'aimerais vous proposer une démarche en quatre parties.

1. Dans un premier temps, je m'efforcerai de rendre compte de la difficulté à ouvrir la question qui m'est proposée tant elle renvoie à un large horizon de questionnement attestant de la complexité théorique, pratique, clinique et imaginaire de la problématique d'une éthique à l'hôpital et de la nécessité d'y poser des décisions multiples, agies par divers niveaux de compétences et d'impératifs : de gestion, de coût, de traitement, d'organisation, de convenance en lien avec la singularité de la personne malade, etc. Ce sera un premier effort de contextualisation, préalable à toute interrogation éthique.

2. Dans une deuxième étape, je rétrécirai l'angle d'approche de la question en l'inscrivant dans notre contexte de société toujours porteur d'une certaine représentation de la médecine et de son fonctionnement si c'est bien cette représentation à l'œuvre qui stigmatise ce qu'on attend de la médecine et ce qu'elle peut effectivement apporter. Cette deuxième approche devrait mettre au jour les difficultés de décider tant les attentes peuvent être diverses, parfois contradictoires, à l'égard du décideur.

3. Dans une troisième partie, m'appuyant sur un avis du Comité Consultatif National d'Éthique¹, je proposerai quelques points d'appui pour penser ce que pourrait recouvrir la notion de mission sociale de l'hôpital où il est question, pour le gestionnaire, de décider et ce, particulièrement au regard de la problématique économique.

4. J'aimerais terminer ma réflexion, et j'espère que vous me le concéderez, par quelques ouvertures à dimension théologique puisqu'il se fait que certaines institutions se réfèrent à cette dimension identitaire et que, à titre personnel, j'y exerce également une fonction pastorale : cette dimension identitaire peut-elle qualifier d'une certaine manière le rapport à la décision ?

I. Ouverture à un large questionnement

Réfléchir à la question qui nous est posée -décider dans une visée d'éthique sociale de l'hôpital- invite à poser graduellement les enjeux de la question, d'autant plus que le terme « pour » utilisé dans l'intitulé semble prendre dès le départ le statut d'un véritable plaidoyer, traçant comme indirectement la carence de cette même dimension. De plus, il importe d'être suffisamment au clair sur les enjeux de l'acte de décider pour en mesurer la complexité au cœur d'un monde hospitalier porteur de plusieurs logiques à même de soutenir son rapport à l'action et à la décision. Et c'est vrai qu'on ne peut ici envisager la question posée comme une évidence pour plusieurs raisons dont je voudrais rendre compte.

¹ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Avis n°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Paris, 20 juin 2007, 33 p.

Pour une éthique...

L'intitulé de notre recherche commence par un plaidoyer pour le questionnement éthique pouvant sous-tendre toute décision, éthique tant sollicitée de nos jours au risque de devenir parfois une idéologie sans contenu. Tout cela pour dire que souhaiter un questionnement éthique « à » et « sur » l'hôpital contemporain ne se donne pas immédiatement comme une réalité déjà à l'œuvre alors que, paradoxalement, l'évaluation éthique des pratiques professionnelles se pose comme une question quotidienne, souvent implicite, dans l'élaboration des finalités thérapeutiques et de soins, de plus en plus sollicitée comme une dimension d'évaluation de la qualité des pratiques professionnelles² : que faire pour bien faire dans la rencontre, souvent de plus en plus brève³, de ce patient singulier ? En d'autres mots, si le recours à la réflexion éthique formalisée n'est pas toujours suffisamment présente, voire même instituée alors qu'elle se trouve réclamée depuis plus de 30 ans via la question de l'humanisation des hôpitaux⁴, l'interrogation relative au sens du bien reste cependant un des axes fondamentaux de la médecine contemporaine inscrite une relation de soins qualifiée, comme le dit P. Ricoeur⁵, d'alliance thérapeutique, ce que traduit également l'adage cher à la médecine '*primum non nocere*'.

Souhaiter une dimension éthique pour l'hôpital renvoie également à une certaine conception de l'éthique. Nous nous rapporterons ici à la définition qu'en offre P. Ricoeur. Pour cet auteur, l'éthique est à penser et à vivre comme « la visée du bien, pour soi et pour autrui, dans des institutions justes »⁶. Remarquons dès le départ que cette approche de l'éthique comporte trois termes, toujours en relation l'un avec l'autre mais également auto-limitatifs :

- **Trois termes interdépendants** : il s'agit de rechercher le bien, en même temps pour soi et pour l'autre, dans un lieu qui permet cette institution du bien. En ce sens, que ce soit au niveau des valeurs, de l'idéal qu'on porte comme sujet soignant, il s'agira d'advenir à soi-même en tenant compte de ce bien qu'on estime essentiel pour soi, en même temps qu'il peut promouvoir le bien de l'autre, ce bien étant recherché par une action, et donc des décisions, dans un lieu qui la soutient, la porte, ce que Ricoeur appelle une institution juste.
- **Trois termes auto-limitatifs** : il importe en même temps de se rendre compte que ces trois termes se limitent l'un l'autre ; ce fait aura toute son importance pour penser l'éthique dans une dimension juste de responsabilité, dans une visée qui, comme nous le verrons, ne soit ni excessive, ni culpabilisante. En

² A. Grimaldi, La T2A au service de l'éthique médicale ?, in *La Lettre du sénologue*, 2007, n°38, p. 3-4.

³ Nous renvoyons ici à la problématique de la brièveté des durées de séjour permettant de moins en moins une connaissance du patient et de son entourage dans la durée.

⁴ M. Abiven, *Humaniser l'hôpital*, Paris, Fayard, 1976, 194 p.

⁵ P. Ricoeur, Les trois niveaux du jugement médical, dans *Le Juste 2*, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.

⁶ P. Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

effet, le bien que l'on vise au cœur d'une action sera toujours, pour une part au moins, conditionné par la rencontre de l'autre (entre autres la personne souffrante, l'équipe...) et par l'institution au cœur de laquelle une action est mise en oeuvre (l'hôpital, l'institution médicale, une société particulière...).

Tenir compte de ces trois dimensions conjointes de la visée éthique nous paraît particulièrement important pour notre sujet où il est question de s'interroger sur une manière d'habiter la pratique soignante tout en tenant compte de ses dimensions institutantes⁷ : l'hôpital contemporain inscrit dans une société particulière. En d'autres mots, parler d'une éthique sociale de l'hôpital devrait nous renvoyer à trois dimensions de l'éthique et de sa socialité pour le malade, devenu patient client, pour penser les conditions d'exercice des différents acteurs de l'hôpital, ainsi que pour évaluer son fonctionnement institutionnel dans les liens qu'il établit avec la société et une représentation de la médecine. Et l'insistance de Ricoeur sur la dimension institutionnelle situe également la place du gestionnaire au cœur de cette triangulation. Comme nous le verrons, ce dernier se trouve également « limité », contraint par la présence de deux altérités au moins : le patient porteur de requêtes plus au moins réalistes à l'égard de la médecine et de ses coûts, des professionnels plus ou moins attentifs à un monde qui leur apparaît étranger, celui de la gestion, même si une responsabilité financière par service et par pathologie se dessine de plus en plus comme une réalité portée par les acteurs du soin.

Pour une éthique sociale...

Accoler le qualificatif « sociale » à la visée éthique ouvre, nous semble-t-il, d'autres points de vigilance. A priori, la dimension sociale pourrait faire penser immédiatement à la dimension d'exclusion sociale : en quoi l'hôpital contemporain est-il structuré, organisé pour accueillir les exclus de notre société (paupérisation, exclusion psychique, SDF, l'indigent, etc)⁸ ? Or, axer la réflexion sur la seule dimension d'exclusion conduirait peut-être à négliger de s'interroger sur la dimension plus universelle du 'tous' : comment tout homme et le tout de l'homme inscrit dans une société particulière, avec ses liens particuliers, peut-il être accueilli dans une structure hospitalière ? Cette approche ouvre davantage au questionnement anthropologique : quel homme en lien avec la société peut y être reconnu ? Enfin, convoquer le terme 'éthique sociale' en lien avec l'hôpital doit appeler une réflexion sur ce qu'une société peut offrir à l'hôpital, en termes de moyens mais aussi de représentations, pour que le 'tout' et le 'tous' puissent y être reçus. Dans ce registre, le rapport au droit atteste également un lien social entre le patient, son statut et la structure hospitalière -pensons ici, entre autres, à la question

⁷ P. Boitte, Pour une fonction éthique à l'hôpital, in *Ethica Clinica*, n°5, septembre 1999, p. 33-34

⁸ On pourra lire avec intérêt : Collectif, *Enjeux éthiques des conséquences sanitaires de la précarité*, Paris, Centre Ethique Clinique de Cochin, 2005, 86 p.

du droit des patients⁹- mais également à toute la législation régissant le fonctionnement hospitalier. Nous nous trouvons donc devant un immense chantier que nous ne pourrions aborder dans cette contribution.

De l'hôpital porteur d'une représentation de la santé-maladie...

Un autre niveau de complexité de la réflexion ici proposée est lié à la notion même d'hôpital. Initialement considéré comme une structure d'hospitalité -un hospice¹⁰-, l'hôpital contemporain est davantage devenu un plateau technique porteur d'une représentation de la santé et de la médecine intimement mêlée à une représentation sociale de ces dernières. De nos jours, en effet, la médecine est devenue le médiateur privilégié pour permettre à l'homme contemporain de penser son rapport personnel au bonheur et au malheur¹¹. Lorsque l'humain se trouve frappé par le « malheur » de la maladie, il compte bien être restauré dans le « bonheur » -pensé en termes d'autonomie, d'indépendance, de liberté, de non altération physique et psychique- par cette même médecine. Or, c'est bien l'extension sociale plus ou moins importante que l'on donnera au bonheur-malheur, salut-manque, santé-maladie, qui qualifiera la correspondance entre l'hôpital et ce qu'il véhicule comme médecine et ce que la société en attend.

Réfléchir à ce lien entre médecine soutenue par le plateau technique qu'est l'hôpital et les attentes sociales en matière de santé pensée comme 'bonheur' est essentiel pour considérer à la fois la légitimité de ce qu'on attend de l'hôpital et des coûts sociaux qu'il génère -si la santé est devenue le lieu du bonheur, il semble légitime de dire que la santé n'a pas de prix !-, de la santé et, du même fait, de considérer la légitimité du terme même d'exclusion : qui est exclu par rapport à quelle sollicitation adressée à la médecine, sollicitation porteuse de quel idéal, de quelle représentation sociale¹² ?

D'un hôpital catholique...

Enfin, il ne me semble pas dénué d'intérêt d'ouvrir un dernier niveau de complexité : quel lien établir entre 'éthique sociale de l'hôpital' et l'hôpital catholique ? Cette interrogation ne relève pas de la « commande » qui m'est ici faite mais il se fait que certaines institutions se rapportent à ce référentiel -que ce soit d'une manière réelle ou instrumentale- et que je suis moi-même aumônier d'hôpital. Faire appel à ce référentiel ouvre différentes questions : la dimension catholique, chrétienne

⁹ Loi du 15 juillet 2002 relative aux droits du patient.

¹⁰ A. Jackson, Histoire et rayonnement mondial, dans D. Jacquemin (coord.), *Manuel de soins palliatifs*, Paris, Dunod, 2001, p. 21ss.

¹¹ Bruckner P. *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*, Paris, Grasset, 2000, 270 p.

¹² « C'est l'image même d'une vie humaine, sa représentation, qui est remise en cause. Que signifie, dans notre représentation de ce qu'est la vie, le maintien d'un être aimé dans un coma profond pendant des mois, voire des années, même si cette persistance du souffle de vie est réalisé sans assistance ? », dans J.-Cl. Ameisen, D. Hervieu-Léger, E. Hirsch, *Qu'est-ce que mourir ?*, Paris, Editions Le Pommier, 2003, p. 17.

convoque-t-elle un autre niveau d'exigence à l'impératif social ? Qualifie-t-elle d'une manière particulière l'interrogation éthique ? Cette dimension est-elle en mesure de connoter les décisions à prendre ? Un hôpital catholique, inscrit dans le tissu sociétal, doit-il être un signe particulier dans une société, que ce soit dans son fonctionnement interne et externe¹³ ? Nous nous doutons bien, une fois encore, qu'il ne nous sera pas possible ici de considérer toutes ces questions même si elles le mériteraient pour inscrire à sa plus juste place la dimension institutionnelle ouverte par l'intitulé de cette réflexion.

Réassumons ces quelques préalables relatifs à l'intitulé de la rencontre : 'Éthique et décision : pour un hôpital à dimension sociale'. Nous avons simplement voulu montrer la complexité et la globalité du questionnement dans ses tensions avec les représentations de la vie-santé-maladie, de la technique ainsi que la nécessité de penser la médecine dans son inscription médico-sociale et son réseau de contraintes économiques. Nous nous sommes également interrogés sur la légitimité d'ouvrir un questionnement davantage théologique. C'est à ces trois ouvertures que nous aimerions nous arrêter dans la suite de l'exposé.

Où il est question de décider...

Mais il nous faut encore, en préalable, nous arrêter quelque peu sur le terme de « décision ». Si la récente loi Léonetti d'avril 2005 insiste sur la notion de « décision collégiale »¹⁴ dont la dimension de gestion semble absente, que signifie « décider », à quel niveau d'engagement la décision inscrit-elle le sujet ? Tout d'abord, il importe de situer trois plans trop souvent confondus : il y a un sujet qui décide (je), la décision porte sur un objet et la décision sera à appréhender dans une temporalité (les répercussions de la décision prévisibles ou non). C'est ce que montre bien Françoise Corvazier : « Situer la décision du côté de l'acte permet d'interroger le sujet, la logique de l'acte et ce que l'on sait, toujours dans l'après-coup. »¹⁵. En

¹³ D. Jacquemin, *Dimension chrétienne des institutions de soins : droit du patient, attentes légitimes des soignants*, Cours interfacultaire de bioéthique, Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix de Namur, Centre Interfacultaire Droit, Éthique et Sciences de la Santé, Namur, le 3 mai 2005, 25 p.

¹⁴ Article R4127-37 du Décret n°2006-120 du 6 février 2006 du *Code de la santé publique* : « II. - Dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13, lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en oeuvre une procédure collégiale dans les conditions suivantes : **1.** La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. **2.** La décision prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. **3.** Lorsque la décision concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. **4.** La décision est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

¹⁵ Fr. Corvazier, *Décider, éthique de l'acte*, in *Reliance*, n°20, 2006, p. 63.

d'autres mots, il s'agit de se rendre compte que parler de décision renvoie toujours à une finalité (quoi ? pour qui ? pourquoi ?), à une personne portant la responsabilité de son engagement dont elle peut rendre compte (la décision est un acte lié à la notion d'argumentation), à un certain niveau de liberté portant le décideur (statut des contraintes et des autres acteurs) et à des effets prévisibles ou non. Le rôle de la discussion -de la collégialité- serait ici de réduire autant que faire se peut les zones d'incertitudes entre les convictions, les modalités et les effets de toute décision. Quant à l'importance de la temporalité, elle se situerait du côté des moyens donnés à la décision pour qu'elle rejoigne au maximum les structures profondes du sujet qui la porte : le temps préalable de la décision comme temps de mûrissement, de compréhension large des enjeux, d'interrogation sur les motifs, les finalités ; le temps du présent de la décision où le sujet s'engage, toujours de manière risquée en lien avec son identité-intégrité morale et où il engage plus que lui-même (ici une institution, des soignants, des patients) ; le temps de l'a posteriori où il est question d'évaluer le plus largement possible les conséquences de l'action pour en tirer des fruits d'expérience. L'examen éthique d'une décision portera généralement sur l'examen de ces trois niveaux de temporalité et de leur processus où le rapport à la contrainte n'est pas toujours équivalent.

Faisant ici le pari que toute décision, et particulièrement en matière de gestion, ne peut plus se penser dans un monde d'acteurs isolés, il importe également de pouvoir penser les tensions toujours présentes entre la responsabilité réelle du décideur et les contraintes diverses auxquelles il se trouve toujours en même temps soumis. Ceci me semble essentiel à une époque où des protocoles, des normes, des lois voudraient faire croire qu'il est possible à l'individu de décider, au cœur d'une réalité complexe, en étant exonéré de sa responsabilité de sujet¹⁶. Non, la décision est et reste toujours une expérience morale, même si elle se trouve portée, argumentée par un milieu qui tend à l'infléchir dans telle ou telle direction, particulièrement ici l'hôpital contemporain inscrit dans fonctionnement de la médecine et des attentes individuelles et collectives en matière de santé.

II. Une nécessaire réflexion sur la société et le fonctionnement de la médecine

Pour préciser l'englobant des processus de décision, nous envisagerons quatre pistes de réflexion devant nous aider à situer l'hôpital contemporain dans un contexte de société, quatre traits permettant un certain éclairage à la réalité conjointe de la décision et de l'hôpital social. On peut ainsi s'interroger sur l'être-au-monde de l'hôpital, sur les différentes logiques qui le traversent sans être nécessairement articulées, réfléchir aux liens aujourd'hui entretenus ou non entre le médical et le

¹⁶ D. Jacquemin, Après l'éthique, le droit comme nouveau magistère ? Enjeux éthiques pour appréhender la fin de vie et le sens des pratiques, in *Médecine Palliative*, n°7, 2008, p. 170-173.

social. Sur cette base, il nous sera possible, dans une quatrième étape, d'ouvrir quelques réflexions relatives à la gouvernance de l'hôpital, problématique plus familière aux gestionnaires.

Progrès médical et exclusion

Il est tout d'abord possible de poser la question abruptement avec D. Sicard : « Le progrès médical ne contribue-t-il pas paradoxalement à l'exclusion non pas en raison d'un dialogue de sourds, mais par sa contribution active à un monde où la solidarité choisit de plus en plus ses partenaires ? ... La prospérité médicale ne contribue-t-elle pas, paradoxalement encore, à la précarité ? »¹⁷. Cette interrogation pose clairement la problématique de l'être-au-monde de la structure hospitalière contemporaine inscrite dans une société marchande structurée par le rapport à la rentabilité, et particulièrement à une rentabilité inscrite dans la durée ; qu'il suffise de penser ici aux médicaments qui sont générés pour être les moins dangereux possible et utilisables par les patients dans une durée de plus en plus longue, particulièrement dans le domaine de la prévention. Cette prise sur le long terme a un coût qui risque de se prolonger à vie (ex : fluidifiant sanguin, hypotenseurs, traitements hormonaux, etc), sans parler ici des maladies chroniques¹⁸. D'une manière plus globale, c'est aussi le risque qui se dessine d'axer davantage la recherche et la prise en charge de pathologies nécessitant un recours important aux techniques et à leur rentabilité, avec ce que cela implique en termes de coûts et d'accessibilité pour le patient. Ce mouvement pourrait amener à peu structurer l'hôpital dans la prise en charge de pathologies à dimension humaine et sociale (drogue, alcool, dépression, handicap social) proche de l'investissement « caritatif » dont, paradoxalement, l'hôpital affirme qu'il s'agit bien là de sa mission. Or, ces orientations à prendre ou non par une structure hospitalière sont toujours portées par un ensemble de décisions.

Ce type de question ouvre à une certaine confusion sociale pouvant s'instaurer dans le lien entre offre et demande médicale, ce que nous nommions précédemment l'imaginaire du salut porté par la médecine : « La confusion permanente entre santé et recours aux soins finit par s'introduire dans l'imaginaire collectif, comme s'il fallait consommer des soins suscités par le marché pour rester en bonne santé »¹⁹. Cette affirmation est d'autant plus importante pour notre sujet quand on considère que c'est bien la médecine et ses soins qui occupent de plus en plus la place de médiation

¹⁷ Collectif, *Santé, solidarité, éthique*, Paris, MGEN, 2008, p. 9.

¹⁸ « Alors que, dans les années 1950 à 1980, le système de soins était surtout confronté à des affections aiguës, brèves, liées à une cause récente (par exemple une affection bactérienne) et nécessitant une prise en charge courte, une transition sanitaire s'opère peu à peu, qui voit le système de soins confronté de plus en plus à des affections chroniques, peu guérissables, dont les causes sont très en amont et qui nécessitent une prise en charge au long court : on peut citer, à cet égard, les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, l'asthme, le cancer, les allergies, le stress, la dépression, les addictions, les conduites à risque, les séquelles d'accident. », in Th. Lebrun, M. Falise (sous la dir.), *Acteurs dans un monde en mutation*, Paris, Editions de l'Atelier, 2008, p. 184.

¹⁹ D. Sicard, in Collectif, *op. cit.*, p. 11.

de l'humain à son propre bonheur-malheur. Ici, un manque d'accès aux soins ne sera plus considéré comme un obstacle social lié à la précarité mais pourra devenir, pour l'humain devenu patient, un manque d'accès à un bien médical lui permettant de se penser comme sujet humain au cœur d'une société ; pensons à toute la médecine des soins du corps qui, si on ne peut y avoir accès -que ce soit pour une raison légitime ou non- empêchera l'individu de se penser dans la moyenne sociale (idéal du corps, du beau, du conforme, etc). Ceci pose au moins deux questions qui sous-tendent tout rapport à la décision : quelle représentation avons-nous d'une politique de santé, tournée vers le « comment » ou vers le « pourquoi » ? Et, d'une manière plus profonde encore, sur quelle conception de la santé nous nous appuyons pour nos propres analyses et décisions si nous nous rapportons à l'approche qu'en donne l'O.M.S., « La santé est un état de bien être total physique, social et mental de la personne (image POSITIVE de la santé). Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

Un hôpital traversé par des logiques de déshumanisation

Une autre piste de réflexion à ouvrir concerne les destinataires de la structure hospitalière ; en d'autres mots, pour qui prend-t-on des décisions ? Pour répondre à cette question, j'aimerais reprendre certains propos de Jean Lombard et Bernard Vandewalle lorsqu'ils mettent au jour une triple logique de déshumanisation de l'hôpital : « Les trois logiques, technologique, administrative et économiques, fonctionnent comme autant de vecteurs de déshumanisation de l'hôpital. Un trait commun est que c'est le statut même du malade qui est chaque fois en jeu. »²⁰ Ce constat peut être décliné par différents exemples.

On peut tout d'abord se demander quelle représentation du malade nous avons lorsque nous décidons ; la représentation renvoyant généralement à un référentiel de décision. Est-il un patient, ce qui renverrait à l'horizon de la thérapeutique ? Un usager, ce qui le donnerait à penser dans le référentiel davantage administratif ? Ou le pensons-nous comme un client, ce qui le renverrait à la logique économique ? Bien sûr, il ne faut pas être simpliste ici car les trois logiques traversent conjointement la structure hospitalière et sont nécessaires. Cependant, être attentif à la nomination du malade permet peut-être de nous renvoyer à la problématique de la motivation et de la finalité dans les décisions prises comme cela pose plus explicitement encore la hiérarchisation à l'œuvre entre ces trois dimensions dans les processus de décisions. Enfin, cette catégorisation permet également de comprendre l'existence de certains décalages pouvant exister entre l'attente du patient et l'offre de la structure hospitalière : quel patient vient frapper à sa porte ? Un malade qui attendra de l'hôpital qu'il soit hospice ? Un usager qui attendra de l'hôpital une confirmation à

²⁰ J. Lombard, B. Vandewalle, Philosophie et soin. *Les concepts fondamentaux pour interroger sa pratique*, Paris, Séli-Arslan, 2009, p. 165.

ce que la loi met à sa disposition (droits du patient et obligations du système de santé) ? Un client qui attendra de l'hôpital qu'il corresponde à son investissement financier (« je paie, j'ai droit à..., j'ai une assurance privée) ?

Une autre piste de questionnement pourrait résider dans le statut des évaluations qualitatives objectivables : n'y a-t-il pas contradiction dans les termes ? Ici encore, les propos des auteurs sont abrupts : « Peut-on rapporter une diversité d'individus, avec leurs histoires singulières, à un même mode de calcul ? De plus, cela supposerait d'identifier un certain nombre de valeurs qui, de manière implicite, vont gouverner les choix des critères retenus (importance sociale du sujet, mode de vie du patient en fonction de normes sanitaires : alcoolisme, drogue, diététique, sport...). Cette logique utilitariste risque bien, au final, de réserver les soins aux plus puissants et à ceux qui sont déjà insérés socialement, inévitablement au détriment des plus faibles. Derrière l'apparence d'une méthodologie objective et neutre se cache en réalité un choix de société qui lui n'a rien de neutre. »²¹ Ces quelques propos indiquent qu'il importe de pouvoir réfléchir à notre conception souvent implicite de la personne malade que nous avons dans nos décisions, dans les diverses procédures que nous mettons en œuvre.

Nous pourrions prendre enfin un autre exemple parmi tant d'autres pour ouvrir une autre tension entre hospitalité et nécessaire gestion, entre « entrée à l'hôpital » comme lieu de soins et confrontation à sa logique administrative. En effet, beaucoup de personnes hospitalisées se disent choquées par le fait que, dès l'accueil, la collecte des documents administratifs semble prioritaire, même aux urgences, et donnerait à penser qu'il s'agit d'abord « d'être en règle » plutôt que d'être accueilli comme « sujet souffrant ». Cette logique administrative contraint également les médecins, peu habitués à rendre des comptes, à être soumis à une traçabilité, à vivre dans le registre de l'écrit comme « lieu de la preuve », tant dans le domaine de la gestion que de la décision et de l'éthique²². Nous risquons de plus en plus de vivre l'hôpital en termes de confrontations de mondes différents qui ne peuvent se penser, celui du gestionnaire qui doit avoir la clarté de sa gestion, celui du soignant se vivant comme soumis à une logique qui n'est pas la sienne et qui semble infinie car sans cesse répétée : évaluation, audit, accréditation, etc, donnant à penser aux professionnels qu'ils sont sans cesse surveillés. Ce risque d'affrontement des mondes pourrait être une opportunité de penser davantage le soin moins en termes de relation de soin le cantonnant à une dualité, soignant-soigné, que de situation de soin faisant des pôles humain-relationnel, technique et organisationnel les trois lieux conjoints où doit se vivre la responsabilité soignante²³.

²¹ J. Lombard, B. Vandewalle, *op. cit.*, p. 167.

²² Pensons ici à la loi Léonetti qui oblige le praticien à stipuler par écrit dans le dossier du patient les motifs de sa décision suite à une discussion collégiale.

²³ « L'apport de cette dimension technique du soin est positif puisqu'elle est un lieu de médiation de la relation, comme on l'a souligné, en même temps qu'elle est un lieu de compétence et de réponse à une demande de soin.

Médecine technique et médico-sociale

Une autre manière, nous semble-t-il, de réfléchir à l'être-au-monde de la médecine et d'approcher sa dimension sociale et éthique est de considérer certaines articulations entre médecine technique et médecine médico-sociale. Ceci conduit à deux interrogations sous-jacentes : comment la médecine permet-elle à l'humain de rester, au cœur de sa santé et de sa maladie, un sujet social acteur dans sa prise en charge ? Comment la pratique médicale se pense-t-elle pour rencontrer celle, celui dont elle a à prendre soins et selon quelles finalités ? Ces questions ont été largement travaillées dans un article récent de J.-F. Mattéi lorsqu'il s'interroge sur les conséquences d'un hôpital devenu l'ultime recours de la raison technique²⁴ au détriment de sa dimension sociale, hospitalière, c'est-à-dire faisant hospitalité à l'intégralité du sujet humain qu'il accueille.

En effet, en lien avec la réflexion ouverte sur la conception de la santé-maladie aujourd'hui à l'œuvre et sur la représentation que nous avons du malade, on peut se demander de quel homme il s'agit de prendre soin : « Quelle que soit la prouesse technique, il ne peut y avoir de performance si le côté humain n'a pas été pris en charge comme il se doit. Soigner des corps malades ne suffit pas »²⁵. Or, c'est bien le sujet dans l'unité de sa personne dont il importe de prendre soin : le corps, la vie psychique, la conception éthique de l'existence, l'inscription religieuse pour certaines, l'ensemble de ses dimensions renvoyant à la question spirituelle en tant que telle et aux différents niveaux de souffrance à rencontrer dans sa prise en soins (douleur, souffrance psychique, morale, existentielle, religieuse)²⁶.

Pour illustrer cette question, on peut se rapporter à un exemple, celui de la brièveté de plus en plus grande des durées de séjour. Si cet impératif peut légitimement rejoindre la préoccupation d'éviter les infections nosocomiales ainsi que rencontrer les contraintes économiques en termes de coût de santé, on peut en même temps se demander en quoi ce nouvel « impératif » a été pensé, décidé dans ses dimensions sociales. En effet, on en vient à une sorte de surestimation du domicile comme le lieu du traitement, mais a-t-on, en toutes situations, considéré l'environnement de vie d'un patient singulier, et sans considérer ici les situations extrêmes (SDF, domicile non adaptés, solitude, âge et conditions de vie) ? Réduire à 2 ou 3 jours le séjour hospitalier après l'accouchement, est-ce la condition idéale pour la maman et le reste

Ces trois lieux ne sont tenables, pour l'infirmière, que par une réelle capacité d'organisation. Il serait ainsi pertinent de proposer un troisième déplacement qui consiste à dire explicitement que la technique et la relation sont des éléments constitutifs du soin, au même titre que l'organisation. », dans : de Bouvet A., Sauvaige M. (dir de), *Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique*, Bruxelles, de Boeck, 2005, p. 92.

²⁴ « L'hôpital s'est progressivement inscrit dans une logique de santé publique et d'économie de la santé. Il a rassemblé les meilleures équipes autour des plateaux techniques les plus performants. Il est devenu l'ultime recours médical. », J.-F. Mattéi, L'hôpital entre le médical et le social, in *Etudes*, 2007/7-8, Tome 407, p. 33.

²⁵ J.-F. Mattéi, in *op. cit.*, p. 33-34.

²⁶ D. Jacquemin, *La confrontation à la souffrance. Un lieu pour penser le lien entre éthique et spiritualité*, HDR présentée à l'Université Marc Bloch, Strasbourg, Juin 2008, 187 p. (à paraître)

Ethique et Management : les nouveaux enjeux de la décision
ADH – Délégation Languedoc-Roussillon, Nîmes, le 15 mai 2009
Jacquemin Dominique, CEM/DE/FLM/Université Catholique de Lille

de la famille ? Dans une telle optique, ne peut-on pas aussi s'intéresser aux projets de « médecine d'un jour » : entrer le matin à l'hôpital pour des examens diagnostics et sortir le soir avec ce dernier et son traitement ? N'est-ce pas là réduire le sujet souffrant à sa seule corporéité ou sa rationalité sans réfléchir à tout ce qui l'inscrit comme sujet humain dans l'auto-compréhension de son propre diagnostic ? Prenons un autre exemple. Si « mourir à l'hôpital » n'est pas toujours idéal, la surdétermination non pensée du domicile est-elle toujours préférable, surtout si la sortie du patient est davantage investie par les préoccupations de la structure - légitimes ou non- que par l'intérêt porté au patient et à son entourage ? Or, socialement, c'est aujourd'hui le discours du « retour à domicile » qui se trouve porteur, au point de susciter un certain degré de culpabilité auprès des familles qui ne peuvent s'en acquitter. Dans un autre registre, la brièveté du séjour hospitalier permet de moins en moins de connaître le patient dans sa durée : quel accompagnement -et quel que soit son ordre- est possible quand on ne connaît pas la personne, qu'elle n'a pas eu le temps de se dire et se confier dans des dimensions importantes qui, par ailleurs, soutiennent son existence et dès lors les décisions à prendre à son sujet ?

Notre but n'est pas ici déconsidérer l'hôpital en tant que tel et sa nécessaire technicité mais d'insister sur l'urgence d'articuler les contraintes de ces derniers avec le 'tout' de l'homme dont ils se doivent de prendre soin, enjeu dont se trouvent particulièrement porteuses les équipes sociales des hôpitaux : « ... il faut reconsidérer la dimension sociale de l'hôpital. Certes dans ses murs mais aussi hors les murs, en lien avec d'autres pour assurer un suivi autour de la personne. C'est, à mon sens, un des problèmes éthiques majeurs que de savoir prendre en charge et accompagner une personne dans sa globalité »²⁷. Pareille visée conduit évidemment à une compréhension large de la réflexion éthique dans sa capacité à envisager un questionnement social dans un horizon suffisamment large²⁸.

Quelle gouvernance pour l'hôpital ?

Dans le même souci de réfléchir à l'être-au-monde de l'hôpital dans son inscription sociale où il se trouve de plus en plus contraint par des décisions qui ne sont pas d'abord les siennes²⁹, il est possible d'ouvrir, avec Paul Valadier³⁰, quelques questions relatives à son mode de gestion et d'y introduire une réflexion éthique tout

²⁷ J.-F. Mattéi, *op. cit.*, p. 37.

²⁸ Parlant de l'éthique, J.-F. Mattéi a ces propos : « Elle est un questionnement renouvelé face au progrès médico-scientifique, aux contraintes économiques, à la démographie, à la dissolution du lien social et à la prévalence des égoïsmes. La seule réponse est de revenir à l'homme comme unité de toute action, à l'homme dans toutes ses dimensions –physiques, morales et sociales. », dans J.-F. Mattéi, *op. cit.*, p. 39.

²⁹ « Les moyens dévolus à l'hôpital, à proportion de ce que le budget public peut lui consacrer, résultent de choix de nature non médicale et aboutissent à prendre en compte incomplètement les besoins, qui eux sont exprimés au nom d'une idée supérieure de l'hôpital et d'une représentation tout autre de la santé. », dans J. Lombard, B. Vandewalle, *op. cit.*, p. 210.

³⁰ P. Valadier, *Du spirituel en politique*, Paris, Bayard, 2008, 121 p.

aussi urgente. Quelle capacité ont aujourd'hui les gestionnaires à ouvrir toutes les questions relatives aux décisions à prendre ou prises ?

L'auteur souligne évidemment la nécessité de la formation et des compétences technocratiques, surtout au cœur d'une société de plus en plus complexe³¹ mais il s'interroge cependant sur le statut de cette seule compétence lorsqu'elle ne se trouve plus articulée à une vision argumentée, partagée du monde -et non faisons volontiers le lien avec représentation de l'humain au regard de la problématique qui nous occupe- : « Le technocratisme n'est pas seulement un tic grave de comportement ou une confiance excessive dans les pouvoirs techniques ou scientifiques. Il implique aussi toute une vision du monde (une métaphysique), selon laquelle tout est à disposition, tout peut être éclairé, tout peut devenir transparent aux prises humaines ». Cette réflexion nous semble importante lorsqu'il s'agit de considérer qu'en matière de santé ou de planification hospitalière, l'objet de la réflexion, de la planification et des décisions, c'est toujours un ensemble de professionnels certes, mais surtout de personnes humaines atteintes en leur corps et leur histoire.

On ne peut donc postuler comme une règle générale la seule adéquation entre l'analyse technique et le réel présent ou construit, par exemple les plans stratégiques qui se multiplient. Tout d'abord, derrière les planifications, les décisions se sont toujours des sujets humains qu'il s'agit d'écouter, d'éclairer, conviant de la sorte les gestionnaires à de légitimes, et certes difficiles, chemins de rendre compte en raison et humainement. Mais plus fondamentalement encore, la décision technocratique, étant donné son objet, se doit de se maintenir ouvertes aux enjeux de fond qu'elle rencontre puisque l'humain, en son identité, est sans cesse changeant, que ce soit le décideur ou les destinataires de ses décisions ; rappelons-nous une fois de plus la question de 'tout' de l'humain et 'tous' les humains³². En effet, en matière d'humanité, ce qui semble aujourd'hui le mieux ne sera pas nécessairement le mieux de demain et ce qui s'impose comme l'urgence d'un moment ne sera peut-être pas la priorité de demain si on accepte de laisser ouvertes les questions anthropologiques, sociologiques et économiques traversant toute décision-prospection relative à la santé de l'humain.

L'idéal à viser, en termes de processus de décision, serait celui d'une gouvernance pensée comme interlocution, allant au-delà de la seule adéquation entre procédure

³¹ « Le déni du spirituel en politique entraîne, ou risque d'entraîner, le règne du technocratisme... Le technocrate en effet qui peut régner dans le champ politique mais tout autant en médecine ou en n'importe quelle profession à lourde charge technique, est un être éminemment soucieux de compétences. Il est donc un recours indispensable dans une société complexe où toute solution proposée comporte un ou des aspects techniques qu'il serait coupable de négliger. » dans P. Valadier, *op. cit.*, p. 38-39.

³² « C'est en ce sens que le spirituel est un problème politique et collectif : il est ce qui en tout homme le dresse au-dessus de lui-même, ou encore ce qui chez tout responsable lui fait prendre une saine distance par rapport aux urgences, et lui donne par conséquent la possibilité d'assurer en vérité son humanité. », dans P. Valadier, *op. cit.*, p. 119-120.

de discussion et éthique de la discussion : « Refusant toute forme de violence ou d'autorité arbitraire, cette approche vise en effet à trouver les voies du consensus alors même que les acteurs ne se réfèrent pas forcément aux mêmes valeurs. C'est dans la procédure employée qui, devenant source de valeurs, permet de résoudre les désaccords. »³³ Il s'agirait ici, par une réelle capacité partagée d'argumentation, de pouvoir ensemble arriver à des décisions compréhensibles par tous les acteurs, même si la totalité des valeurs promues par chacun ne peut être rencontrée dans son ensemble, mais en ayant prise sur les motifs. En ce sens, le « juste » de la décision ne serait pas l'existence de la procédure discursive en tant que telle -une éthique procédurale- mais bien la rencontre et l'argumentation interpersonnelle donnant à chacun la conviction que la décision prise, au cœur des incontournables contraintes, est effectivement la meilleure possible tant pour l'ensemble des acteurs que son destinataire commun, la personne souffrante hospitalisée. Cela renvoie évidemment à un présupposé, enjeu éthique central dans la gouvernance : une capacité de reconnaître l'autre et la volonté de travailler avec lui.

III. Pour penser une « mission sociale » de l'hôpital comme espace décisionnel

Pour aller plus avant et élargir notre champ d'investigation à la question centrale - pour qui est-il question de décider ?-, nous aimerions donner droit à un récent avis du CCNE relatif à « Santé, éthique, argent » posant clairement la question de la finalité du système hospitalier contemporain et exposant de façon plus systématique certains éléments jusqu'ici esquissés. La question de fond de l'avis est la suivante : « Sur quels critères peut-on fonder une décision équitable lorsqu'il s'agit de choisir entre deux impératifs souvent contradictoires : préserver la santé d'un individu et gérer au mieux celle d'une communauté de personnes ? Doit-on suivre une logique de santé solidaire mutualisée, ou affecter au mieux les fonds publics dans le sens d'un bien commun auquel chacun a droit ? »³⁴. Avant de signaler quelques-unes de ses recommandations, envisageons quelques présupposés du document.

Quelques présupposés du document

Tout d'abord, le document veut établir sa réflexion sur la base des objectifs du système hospitalier dont il redit la dimension sociale. Tout d'abord, l'hôpital trouve sa raison d'être pour prendre en charge toutes les affections qui ne peuvent l'être à domicile, quelle qu'en soit la cause et la gravité. On peut donc mettre au jour, au nom des principes, comme une dimension d'universalité d'accueil des patients. L'hôpital se devrait également de contribuer « à réduire les inégalités d'accès au

³³ P. Svandra, La gouvernance : le mot et la chose, dans *éthique & santé*, vol 4, n°4, décembre 2007, p. 193.

³⁴ Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Avis n°101. Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier*, Paris, 20 juin 2007, p. 3.

système de santé qui pourraient relever de l'appartenance à une région, à une classe d'âge, à une catégorie socio-professionnelle ou à une grande précarité »³⁵. Ici encore, la dimension sociale se trouve clairement affirmée, tout comme lorsque le document insiste sur l'impératif de réinsertion effective des patients dans la société suite à leur hospitalisation. Enfin, il est rappelé que l'hôpital est une des seules structures d'accueil, au cœur de la société, à être ouverte jour et nuit.

Sur cette base signifiant pour une part sa mission, certaines caractéristiques économiques de la structure hospitalière sont mises en avant :

- il importe, lors de toute évaluation économique, de ne pas s'arrêter à la seule question des coûts pour laisser place à la problématique des bénéfices que peut espérer le patient. C'est dans ce même horizon que le coût de la prévention devrait s'inscrire davantage dans la perspective des bénéfices attendus, même si ces derniers sont à appréhender dans une autre temporalité.
- La problématique des dépenses de santé ont des répercussions sociales en termes d'incidence positive sur l'activité économique d'une région.
- L'hôpital ne doit pas être appréhendé comme un acteur isolé, devant soutenir tous les problèmes d'une politique de santé : un est un maillon du système de soins.
- Sa dimension socio-économique risque de devenir un des seuls lieux de son appréciation tant l'hôpital contemporain s'inscrit dans le registre du primat accordé à la technique : « Les plus vulnérables, moins informés des potentialités techniques, recourent moins à la course technologique. Le paradoxe est que la gratuité profite plus à ceux qui sont les plus aisés. La nécessaire réflexion collective sur ce thème doit contribuer à redéfinir les missions d'un grand hôpital, en évitant que l'innovation ne privilégie exclusivement les aspects biologiques de la médecine au détriment de ses autres dimensions »³⁶.

Il en résulte, en termes d'idéal recherché, à ce que toute évaluation globale du coût des actes hospitaliers se réfère certes aux missions médicales mais également sociales de l'hôpital.

Quelques recommandations

Au regard de ce qui vient d'être redit du contexte du document, et en lien avec tout ce que nous avons pu développer jusqu'ici en termes d'analyse, nous reprendrons ici certains enjeux de ses recommandations (8/10) qui seront également des points d'appui pour étayer le chemin réflexif parcouru jusqu'ici.

³⁵ CCNE, *op. cit.*, p. 5.

³⁶ CCNE, *op. cit.*, p. 13.

Le CCNE recommande³⁷ :

- de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions, et pas uniquement les plus techniques et les plus spectaculaires...
- d'adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de l'hôpital... [Ce qui, de notre point de vue, renvoie à une vision large de la médecine].
- de se réinterroger sur la mission primaire essentielle de l'hôpital. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de l'hôpital un service public, industriel et commercial qui a pour conséquence de déboucher sur un primat absolu donné à la rentabilité économique, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale.
- d'ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le « sanitaire » et le « social », centrée sur la personne souffrante et ses besoins...
- de s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. Quelle logique est à l'œuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?
- d'accorder une place plus grande à la pathologie mentale (souvent située entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société).
- de ne pas négliger le « care » anglo-saxon au profit exclusif du « cure » (exemple des soins palliatifs)...
- de prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

IV. Quelques points d'appui de la réflexion théologique

Comme dernière étape de ce parcours réflexif, nous aimerions considérer brièvement l'intérêt d'une approche théologique pour renforcer, s'il le fallait encore, l'importance et l'urgence d'un questionnement relatif aux enjeux éthiques d'une dimension sociale de l'hôpital et des décisions qui s'y prennent. Cette approche ne vise certes pas à « consacrer » la problématique ouverte dans cette contribution ; elle n'a d'autre ambition que d'offrir une voie d'approche supplémentaire, parmi d'autres. Nous le ferons en deux temps. Nous considérerons tout d'abord certains éléments du corpus de la doctrine sociale de l'Eglise. Nous commenterons ensuite la parabole du bon Samaritain pour signifier en quoi l'agir humain, social à l'hôpital convoque

³⁷ CCNE, op. cit., p. 28-31.

d'avantage encore l'institution hospitalière chrétienne se voulant en correspondance avec l'Évangile.

Quelques jalons d'une pensée sociale chrétienne

Tout d'abord, il importe de constater que la question d'une éthique sociale de l'hôpital n'est pas abordée pour elle-même, en tant que telle. Cependant, trois mots clé ont particulièrement retenu notre attention : droits de tous à la santé, la charité comme critère de toute l'éthique sociale ainsi que quelques éléments relatifs à la notion d'entreprise et à la légitimité ou non d'y réduire la structure hospitalière.

Un premier texte est une invitation à ne pas avoir une vision trop restrictive de la notion d'exclusion sociale, surtout lorsqu'on la met en lien avec le concept de santé : « Le tableau de la pauvreté peut être étendu indéfiniment, si nous y ajoutons les nouvelles pauvretés aux anciennes, nouvelles pauvretés que l'on rencontre dans des secteurs et des catégories non dépourvus de ressources économiques, mais exposés à la désespérance du non-sens, au piège de la drogue, à la solitude du grand âge ou de la maladie, à la mise à l'écart ou à la discrimination sociale »³⁸. Une telle approche de la pauvreté ne fait que renforcer l'importance d'une médecine alliant le médico-social tout en même temps qu'elle invite à réfléchir au risque d'excès de responsabilité que semblable approche peut faire porter tant à la médecine qu'à ses professionnels dans les « misères à porter ». En ce sens, cette visée devrait concourir à une interrogation sociale plus large : quelles alternatives sociales à la seule médecine offre aujourd'hui la société à celles et ceux porteurs des souffrances « nouvelles » ici évoquées ?

Une deuxième piste de réflexion ouverte par la doctrine sociale de l'Église est le lien fort, intrinsèque entre charité et valeurs sociales, ce qui ne devrait pas être sans conséquence pour notre sujet. « Entre les vertus dans leur ensemble, et particulièrement entre les vertus, les valeurs sociales et la charité, il existe un lien très fort qui doit être toujours plus profondément reconnu. La charité, souvent réduite au domaine des relations de proximité, ou limitée aux seuls aspects subjectifs de l'agir pour l'autre, doit être considérée selon sa valeur authentique de critère suprême et universel de l'éthique sociale tout entière. »³⁹. Les questions ouvertes par le présent exposé trouvent ici une double qualification : théologique tout d'abord par la référence explicite faite à la charité mais surtout sociopolitique dans la mesure où la charité est avant tout recherche du bien commun, celui de toutes les personnes non seulement d'un point de vue individuel mais également dans le lien social qui les unit. Nous retrouvons donc ici ce que nous avons promu au début de notre recherche : le bien conjoint de « tout l'homme » et de « tous les hommes ».

³⁸ Conseil Pontifical Justice et Paix, *Compendium de la doctrine sociale de l'Église*, n°5, Namur, Fidélité, 2005, p. 2-3.

³⁹ Conseil Pontifical Justice et Paix, n°204, *op. cit.*, p 116.

Enfin, une attention à la pensée sociale de l'Église permet de renforcer le questionnement relatif à l'entreprise, en lien avec ce que le CCNE nous a rappelé en ce qui concerne le rapport économie-santé-hôpital : « L'objectif de l'entreprise doit être réalisé en termes et avec des critères économiques, mais les valeurs authentiques permettant le développement concret de la personne et de la société ne doivent pas être négligées »⁴⁰. Si l'hôpital, par son rapport au capital, est une entreprise, il importe qu'une confusion d'ordre ne puisse s'établir en cette dimension et son objet qu'est la rencontre et le soin de sujets souffrants. Nous sommes ainsi renvoyés à la question de la finalité de la technique et de l'économie précédemment évoquée.

Un lieu pour l'agir : le bon Samaritain (Luc 10, 25-37)

Pour terminer notre réflexion, nous aimerions donner droit à une approche évangélique, non qu'elle soit envisagée comme le sommet, le point ultime du questionnement ouvert, mais bien comme l'inscription radicale de la question pour celles et ceux qui se rapportent à la foi chrétienne, particulièrement les institutions hospitalières.

Si l'on considère l'enjeu central de la parabole du Bon Samaritain (Lc 10, 25-37), il importe de se rendre compte qu'il est question du salut : « Que dois-je faire pour avoir en partage la vie éternelle ? » (v.2). Et nous verrons que, dépassant le seul registre de la moralité, la parabole va faire de l'action pour le *socius*, le plus défavorisé le lieu où le salut se joue puisque cet agir sera l'adéquation au comportement du Christ lui-même, figure du Samaritain dans ce récit.

Mais qui est exactement le Samaritain ? S'il renvoie tout d'abord à la figure du Christ, il représente dans le texte le « non qualifié religieusement », l'étranger. Or, c'est lui qui porte secours et offre l'hospitalité au blessé, lui qui n'y était pas tenu par une obligation religieuse, ce qui était le cas pour les deux acteurs qui se sont écartés, le prêtre et le légiste. De plus, en payant l'aubergiste (v.35), il s'engage à assurer le suivi de son acte de solidarité et d'hospitalité : « je te rembourserai lorsque je repasserai » (v.34). En agissant de la sorte, le Samaritain va au-delà de l'obligation légale -alors qu'il n'y est pas soumis puisqu'il est un étranger- et se situe dans le registre de l'excès positif du bien, à l'image de l'engagement même de Dieu dont il devient le signe concret et l'exemple, le comportement source de salut : « va, et toi aussi fais de même » (v.37).

Il est également intéressant de s'interroger sur le destinataire de l'hospitalité. Celui qui se trouve au bord du chemin, « laissé à moitié mort » (v. 30), est « un homme » : il n'a pas de qualification sociale, il est un étranger jugé indigne -les religieux ne peuvent légalement pas s'approcher de lui- et c'est une personne réduite à rien,

⁴⁰ Conseil Pontifical Justice et Paix, n° 336ss, op. cit., p. 119.

« dépouillée ». Ne peut-on pas y voir la figure des exclus de nos hôpitaux, figure de tous ces patients non désirés en termes social, économique et de l'efficacité médicale porteuse de prestige ? Or, c'est l'approche de ce dernier qui, dans la parabole, sera le critère de moralité -que dois-je faire ?- et figure du salut dans sa rencontre.

Bien sûr, il n'est pas question ici de faire dire au récit ce qu'il ne dit pas mais il peut cependant donner à penser pour notre problématique. Il est, pour les institutions chrétiennes, une obligation faite à ne pas passer à côté de celui qui est tombé. Il nous redit également que le salut individuel -et pourquoi pas institutionnel- se joue dans la capacité d'hospitalité à l'égard de celles et ceux qui, de nos jours, sont laissés de côté, sur les bords du chemin de la rentabilité sociale et économique. En ce qui concerne la question économique, il y va d'une certaine dimension d'excès, mais ne serait-ce pas un signe concret, coûteux, d'une relative cohérence en matière d'identité chrétienne pour les institutions hospitalières ? Ceci pourrait nous conduire à une sorte d'impératif d'excès d'engagement en matière d'éthique sociale pour l'hôpital !

En conclusion

Nous sommes évidemment conscients des limites de notre recherche tant la question conjointe de la décision dans son rapport à une éthique sociale de l'hôpital est complexe. Mais peut-être est-ce bien ce rapport à la complexité qu'il importe de retenir, tant par la multiplicité des éléments en cause dans cette problématique qu'aux divers niveaux de responsabilité qu'elle ouvre : institutionnelle, imaginaire, socio-économique et spécifiquement éthique en termes de décisions et de choix effectivement posés. En ce sens, il importe avant tout de comprendre cette complexité pour que les acteurs, tant sociaux, soignants et institutionnels puissent pleinement, et sans excès de responsabilité, assumer leur place et leur responsabilité propre au cœur de la médecine et de la société.