

Commentaire de l'article d'Odile Grandjean-Rucar. Difficile réconciliation en France entre logique de rentabilité du secteur médico-social et démarche éthique souhaitée par les patients

Emmanuel Colomb

Volume 27, Number 3, 2018

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1090255ar>

DOI: <https://doi.org/10.1522/revueot.v27n3.942>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Chicoutimi

ISSN

1493-8871 (print)

2564-2189 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Colomb, E. (2018). Commentaire de l'article d'Odile Grandjean-Rucar. Difficile réconciliation en France entre logique de rentabilité du secteur médico-social et démarche éthique souhaitée par les patients. *Revue Organisations & territoires*, 27(3), 87–89. <https://doi.org/10.1522/revueot.v27n3.942>

© Emmanuel Colomb, 2018



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

COMMENTAIRE DE L'ARTICLE d'Odile Grandjean-Rucar

Difficile réconciliation en France entre logique de rentabilité du secteur médico-social et démarche éthique souhaitée par les patients

Emmanuel Colomb^a

Nous pouvons constater, en France comme au Québec, que le vieillissement de la population est un véritable défi pour toutes les structures de soins (pathologies plus lourdes, prises en charge plus longues et plus coûteuses, patients peu mobilisés dans leur guérison, prises médicamenteuses beaucoup plus importantes, etc.); à cela se rajoute la volonté des États et gouvernements de rationaliser les soins pour effectuer des économies d'échelle.

Cette rationalisation a souvent laissé de côté la voix du patient, comme l'auteure le précise, et la qualité de la relation entre soignants et soignés a sans doute diminué, alors même que la loi oblige tant au Québec qu'en France d'avoir des comités d'usagers et que leur parole soit entendue. Il est vrai que souvent la personne âgée malade est moins exigeante que l'adulte en santé et que cette âgée se contente de peu, que l'image du vieillard en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou maison de soins de longue durée n'est pas forcément l'image la plus valorisante d'une société. Toutefois, cette relation n'est-elle pas symptomatique de la relation entre cette société et les individus qui y naissent, la construisent, y vivent et la défendent?

L'article indique avec moult détails cette dégradation lente des attentes des patients, issue d'une rationalisation économique au point de comparer l'évolution de l'hôpital à l'histoire de la consommation au détail. Qu'en est-il de ce raccourci ne va-t-il pas un peu trop loin dans la comparaison consumériste entre un produit ou un patient et celui qui offre un service : vendeur ou docteur?

Tout processus éthique, et je pense que l'État français fait de même dans les lois ou les programmes qu'il a mis en place, part d'une intention louable des sujets qu'il représente. Revenir à cette intention première et l'expliquer marque le départ de toutes les réflexions éthiques. L'intention du gestionnaire sera de bien gérer, l'intention de l'infirmière sera de bien soigner, l'intention du spécialiste sera de bien diagnostiquer et de faire un bon suivi, l'intention du politicien sera de bien servir ses concitoyens. À partir du moment où cette intention n'est pas dite clairement et qu'elle est remise en cause, ne risque-t-il pas d'y avoir un sentiment de manipulation? Puis chaque personne dans sa spécialité va se reprocher de ne pas connaître ou comprendre la réalité de l'autre.

À partir du moment où la structure devient trop grosse, trop lourde, l'économie d'échelle ne tendrait-elle pas à disparaître? Car, dans cette structure tentaculaire, chacun voit sa part de réalité, l'invente, la transforme à partir de ses interprétations, un peu comme dans la métaphore des aveugles et de l'éléphant¹. Le soignant ne peut se projeter dans la réalité de ses pairs, car cette réalité lui est inconnue, trop compliquée ou parfois trop dramatique, car trop lourde à concevoir pour son esprit. Il ne veut pas la voir, il rationalise donc la souffrance du soigné. Puisque cette réalité est en dehors de son champ de conscience, les attentes des uns ne deviennent-elles pas disproportionnées par rapport aux demandes des autres? Alors chacun

^a Chargé de cours, Université du Québec à Chicoutimi

(infirmières, spécialistes, « fonctionnaires des soins ») ne fait plus toujours ce qui est optimal, mais ce qui est possible. L'acte administratif ne passe-t-il pas avant l'acte de la relation, car les soignants peuvent justifier et quantifier ces actes administratifs au gestionnaire chargé de l'optimisation, ce qu'ils ne peuvent pas faire avec l'acte relationnel?

L'éthique ne pose-t-elle pas trois conditions pour qu'elle naisse et croisse dans une relation professionnelle de qualité? L'impartialité avec la qualité des soins peu importe l'individu; la réciprocité qui pose la question : « si j'étais à la place de mon patient, est-ce que je voudrais être traité de la sorte? » et l'exemplarité, à savoir « suis-je un professionnel exemplaire qui dépasse les standards établis par ma profession? ».

L'élément de la réciprocité me semble, avec les arguments de cet article, le plus important, car il pose le critère de voir en la personne soignée une partie de soi-même, c'est-à-dire qu'il pose dans l'acte de soin, la volonté d'inverser les rôles; le soignant devient le soigné et le soigné devient le soignant pour plus de compréhension. D'ailleurs, cette réciprocité ne s'incarne-t-elle dans la question souvent posée par le malade à son médecin : *Mettez-vous à ma place, docteur...?* Certains soignants auraient plutôt tendance à préciser à leur vis-à-vis en demande de soins et selon cet article : « *Je ne veux être à votre place pour aucune considération!* ».

Si c'est cette réponse qui est donnée au soigné, le système n'est-il pas malade en soi, car chacun va tout faire pour éviter de s'y trouver et de s'y engager. Ou alors certains professionnels vont s'y être engagés sans d'autres choix? Alors, jusqu'à quel point le serment d'Hippocrate conserve-t-il tout son sens?

On assisterait alors à des pénuries de main-d'œuvre. Après tout, pourquoi souffrir nous-mêmes dans un système malade qui privilégie l'économie? N'est-il pas mieux de faire du présentisme ou de quitter le bateau? Suivront normalement des débalancements de services, des regroupements pour éviter les pénuries, les optimisations, les fusions de métiers, l'augmentation des tâches qui va souvent avec l'augmentation des épuisements professionnels des soignants. Tous ces éléments sont très bien décrits dans l'article.

Chacun critiquera son statut, sa profession, son organisation, car la critique de l'acte et de son environnement ne sera-t-elle pas la norme et ne l'est-elle pas aujourd'hui dans un système de santé qui souffre? La critique deviendra sans doute aussi importante que la tâche elle-même ou les solutions qui m'impliquent. Les « comment allez-vous aujourd'hui monsieur X » ne se transformeront-ils pas en « voilà vos trois médicaments, patient 242 »? Le professionnel aura fait sa tâche, mais la déshumanisation de cette tâche le troublera profondément, car le patient 242, un jour, ne portera-t-il pas son nom?

L'éthique des soins ne s'attache-t-elle pas avant tout à mettre la relation avant ou dans l'acte de soigner et à expliquer l'acte? Cela nécessite, non pas un changement, mot galvaudé qui fait peur et qui est souvent mal compris dans les organisations, portant en lui les gènes de la résistance, de la confusion et plus souvent qu'autre chose du négativisme de l'action, plutôt qu'une nouvelle vision d'un apprentissage collectif.

Tout apprentissage s'inscrit dans une intelligence personnelle à bonifier, à mettre en lumière. La relation n'est-elle pas au cœur de cette qualité des soins, de l'intelligence des soignants et des soignés et, cet apprentissage ne réside-t-il pas dans l'espoir que le monde que nous construisons sera plus humain que celui que nous connaissons? L'éthique ne pose-t-elle pas la question de René Villemure (2004) « *que faire pour bien faire?* » afin de résoudre l'incertitude qui touche le lien entre soignants et soignés?

Je finis ce commentaire de l'article de madame Grandjean en remettant de l'espoir par cette petite phrase que le père de Théodore Monod lui répétait souvent face aux traumatismes du monde, afin que tous les soignants fassent de leur éthique du soin une quête et non une obligation : « *il faut croire quand même, espérer quand même, aimer quand même* », car sinon la désillusion prendra le dessus sur l'espérance (Monod, 1999, p. 242).

NOTES

- 1 La parabole des « aveugles et de l'éléphant » a été rendue célèbre par le poète américain John Godfrey Saxe et trouve son origine dans le jaïnisme (Godfrey Saxe, 1868, p. 259).

RÉFÉRENCES

Godfrey Saxe, J. (1868). *The poems*. Boston, United States: Ticknor and Fields.

Villemure, R. (2004). Décider avec Justesse dans l'incertitude. *Bulletin réflexif*.
Récupéré à http://www.aqpv.ca/images/stories/docs/2004_Villemure.pdf