

Diploma de especialización universitaria en
**Humanización
de la Salud y de la
Intervención Social**

PROYECTO FINAL

THEME :

Repères pour la formation du personnel socio-sanitaire en
humanisation de la santé et en intervention sociale

Autor/a del proyecto: Augustin BADO

Tutor/a: José Carlos BERMEJO

Año académico: 2016-2017

Fecha de entrega: febrero 2018

SOMMAIRE

Introduction générale	4
Chapitre 1: Eléments de base pour l’humanisation du monde de la santé et de l’intervention sociale	6
1. Etat de la question de l’humanisation	6
2. Le processus d’humanisation dans le contexte de la santé	8
2.1. Quelques indicateurs de déshumanisation.....	8
2.1.1. Deshumanisation et dépersonnalisation	8
3.2. Que signifie « humaniser » dans le contexte de l’intervention sociale ?.....	21
4. Les fondements de l’humanisation dans les services socio-sanitaires	22
4.1. La question de la dignité humaine	22
4.2. Compassion, solidarité et justice sociale comme fondements de l’humanisation	26
Chapitre 2 : Humanisation et identité du professionnel de la santé	30
1. L’identité de l’agent professionnel de santé.....	30
1.1. L’agent de santé, un « guérisseur blessé »	30
1.2. L’agent de santé, un humaniste contemporain	33
2. Le rôle du professionnel de santé dans le processus d’humanisation.....	35
2.1. Le sens de l’humanisation à partir de l’identité de l’agent de santé	35
2.2. Humaniser à partir de la profession socio-sanitaire	38
2.3. Humaniser à partir des structures hospitalières.....	42
2.4. Humaniser à partir des relations interpersonnelles	44
Chapitre 3: Humanisation et quelques éléments de bioéthique fondamentale	47
1. Aux origines de la bioéthique.....	47
1.1. Un peu d’histoire.....	47
1.2. Revue de littérature sur la bioéthique	48
2. Les principes fondamentaux de la bioéthique	53
2.1. La bioéthique personnaliste.....	53
2.2. La bioéthique principlaliste	54
2.2.1. La non-malfaisance	55
2.2.2. Le principe de bienfaisance.....	56
2.2.3. Le principe d’autonomie	57
2.2.4. Le principe de justice.....	57
2.2.5. Autres principes connexes et leurs relations internes.....	58

3. Bioéthique, éthique et intervention sociale.....	59
3.1. Ce qu'on entend par éthique	59
3.2. Ethique et intervention sociale	61
4. Comités d'éthique et méthodologies de prise de décisions	63
4.1. L'importance des comités d'éthique.....	63
4.2. Méthodologie pour les prises de décision	65
4.2.1. La théorie de la décision rationnelle	65
4.2.2. La méthode principialiste.....	66
4.2.3. La procédure dite de Diego Gracia.....	67
Chapitre 4 : Relation d'aide et humanisation du monde socio-sanitaire	70
1. Ce que nous entendons par relation d'aide.....	70
2. Relation d'aide et counselling humaniste	71
2.1. Un peu d'histoire.....	71
2.2. Définir le counselling.....	72
3. Quelques objectifs du counselling humaniste	74
4. La « triade rogerienne »	76
4.1. L'empathie.....	76
4.2. L'acceptation inconditionnelle ou considération positive	78
4.3. L'authenticité ou la congruence.....	79
5. Les techniques du counselling.....	80
5.1. L'écoute active pour mieux comprendre l'interlocuteur	80
5.2. Personnaliser pour responsabiliser	82
5.3. La reformulation pour une auto-compréhension	83
5.4. La confrontation pour dénouer les contradictions	84
Chapitre 5: Humanisation, leadership et travail en équipe	86
1. Humaniser la gestion des entités socio-sanitaires	86
1.1. Le leadership humanisé dans les milieux socio-sanitaires	86
1.2. Humaniser la gestion de qualité.....	90
2. Humanisation et travail d'équipe.....	94
2.1. Quelques conditions de base pour le travail en équipe.....	95
2.2. Le profil humanisé des leaders dans une équipe de travail.....	97
3. Quelques pistes pour la gestion humanisée des conflits en équipe	101
Bibliographie.....	105

Introduction générale

Il n'est pas rare de rencontrer dans nos institutions socio-sanitaires des usagers qui se lamentent du traitement reçu de la part des professionnels. Ces mécontentements portent, en général, sur la qualité des prestations, des soins ou des relations interpersonnelles. Si dans les pays développés, en effet, l'accent est beaucoup plus mis sur la haute technification des prestations sanitaires au détriment parfois de la chaleur des relations humaines, dans les pays en voie de développement, ce sont l'inégale répartition des soins, la corruption et le difficile accès pour tous, qui constituent les principaux traits de déshumanisation.

Dans le contexte spécifique du Burkina Faso, marqué par le sous-développement, la pauvreté socio-économique, le bas niveau d'alphabétisation des populations, un effort sera encore demandé aux professionnels soignants d'être plus attentifs à tous les niveaux d'intervention pour le bien-être des usagers. D'où l'importance du thème d'humanisation dans les secteurs d'intervention socio-sanitaire et éducative. Mais à quoi se réfère-t-on au juste, quand nous parlons d'humanisation ?

En effet, avant de parler spécifiquement d'humanisation, on s'intéresse le plus souvent aux situations de deshumanisation qu'on trouve dans les secteurs socio-sanitaires, et qui consistent dans la dépersonnalisation des relations interpersonnelles. Ainsi deshumanisation et dépersonnalisation apparaissent comme des synonymes pour désigner l'utilisation à outrance et sans mesure des technologies biomédicales, la complexité du monde socio-sanitaire, la superficialité dans les relations interpersonnelles, les critères mercantilistes, l'injustice, la corruption, la négation de la souffrance d'autrui, etc. Car on se rend compte que la personne humaine n'est pas toujours traitée avec toute la dignité qui lui est inhérente. C'est pourquoi le thème d'humanisation apparaît comme un défi, non seulement pour la société en général, mais aussi et surtout pour le monde de la santé, de l'intervention sociale et de l'éducation.

Humaniser signifie alors être attentif aux injustices que souffrent les personnes les plus vulnérables, et appelle à changer les inerties qui déshumanisent ; il s'agit aussi de rechercher un monde plus humain où l'on tient compte de la personne humaine par-dessus tout. Humaniser est, enfin de compte, une question d'éthique appliquée qui

cherche à influencer positivement les valeurs humanistes et les idéaux des professionnels dans le monde socio-sanitaire, en mettant au centre le bien de la personne humaine.

Comme objectif général, il s'agit, dans le présent cours, de rechercher le développement personnel et professionnel des acteurs du monde de la santé et de l'intervention sociale à travers une formation qui les aide à être des personnes humanisées qui aident d'autres personnes de façon humanisée. Humaniser impliquera, par conséquent, savoir écouter, dédier du temps, montrer de l'intérêt et de l'empathie, en définitive, montrer dans sa profession au service des autres, une attention plus directe et familière, qui, en soi peut être thérapeutique pour l'autre.

Les objectifs spécifiques consisteront à :

- Familiariser les étudiants avec les concepts relatifs au thème de l'humanisation dans le monde de la santé et de l'intervention sociale.
- Donner aux professionnels quelques éléments de bioéthique fondamentale pour les prises de décision et délibération en milieu socio-médical.
- Doter les professionnels de la santé et de l'intervention sociale des compétences pour un style humanisé dans les relations interpersonnelles à travers les habilités de la relation d'aide et du counselling humaniste.
- Développer chez les étudiants un sens du leadership et du travail en équipe.

Ce cours s'adresse essentiellement aux étudiants en médecine, aux élèves infirmiers et sages-femmes, aux élèves de l'éducation sociale, aux étudiants de Camillianum (Burkina Faso). Il peut aussi servir de sessions et conférences pour toute personne de bonne volonté intéressée par les questions d'humanisation dans les diocèses et paroisses du Burkina Faso et pour des besoins pastoraux.

Nous avons subdivisé le présent travail en cinq modules qui sont aussi des chapitres: I- Des éléments de base pour l'humanisation du monde socio-sanitaire (chapitre 1), II- Identité de l'agent de santé (chapitre 2), III- Des éléments de bioéthique fondamentale (chapitre 3), IV- Counselling et style d'intervention (chapitre 4), V- Humanisation, leadership et travail en équipe (chapitre 5).

Chapitre 1 : Eléments de base pour l'humanisation du monde de la santé et de l'intervention sociale

L'humanisation est un processus complexe qui prend en compte divers domaines de la vie de l'être humain. Dans la présente réflexion, nous ferons d'abord une mise au point sur l'état de la question d'humanisation, ensuite nous parlerons du processus d'humanisation dans le contexte de la santé ainsi que dans le contexte de l'intervention sociale avant de dégager ses fondements.

1. Etat de la question de l'humanisation

De nos jours, on parle beaucoup d'humanisation de la santé et des services socio-sanitaires. Et cela se réfère, d'une part aux traitements reçus par les usagers, aux relations impersonnelles et d'autre part, il y a la référence explicite à certains milieux ou structures socio-sanitaires qui sont en désaccord avec la dignité humaine.

En présentant ainsi le panorama de l'humanisation, il importe de prendre en considération un certain nombre de concepts qui ont besoin d'être définis clairement. Il s'agit précisément des notions comme : « humaniser », « santé », « soin », « relation d'aide », « comités d'éthique », « vulnérabilité », « souffrance », « qualité de vie », « espérance »¹. Ces différentes notions permettent de clarifier le processus d'humanisation quel que soit l'angle sous lequel nous l'abordons. Pour ce faire, nous commençons par nous interroger sur ce que signifie « humaniser ».

Selon le dictionnaire Larousse, « humaniser » c'est donner un caractère plus humain à l'homme, et « s'humaniser » c'est devenir plus humain, plus compréhensif². Au regard de ces définitions, on a l'impression que l'homme est incomplet et qu'il faut lui ajouter quelque chose pour le compléter ou pour qu'il devienne total. C'est d'alors qu'il devient intéressant de considérer les approches conceptuelles qu'en font certains auteurs.

¹ J. GARCIA FERREZ, F.J. AIARCOS, *Palabras clave en humanizar la salud*, Editorial verbo divino, Pamplona, 2002, p. 14.

² AA.VV., « Humaniser », in *Dictionnaire, Le grand Larousse illustré*, Paris, 2016.

Pour Javier Gafo, humaniser est le problème de bioéthique fondamentale, bien que cela ne le paraisse au premier plan, parce que ce qui apparait et qui fait l'objet d'actualité, ce sont les questions de clonage, de procréation assistée, de manipulation génétique, de sida, d'euthanasie, d'avortement, etc. Il ajoute que le grand défi de la médecine, depuis Hippocrate, est d'humaniser la relation entre les professionnels de la santé et le malade. Et ce qui constitue le problème de bioéthique est comment humaniser la relation entre ces personnes possédant des connaissances médicales et l'être humain fragile, fréquemment angoissé et qui vit le dur moment de la maladie affectant profondément son être personnel³.

En d'autres termes, humaniser c'est faire qu'une chose ou une personne soit plus humaine, bonne, ou respectueuse avec l'être humain ; c'est aussi rendre plus humain, adoucir ou faire en sorte que quelque chose ou quelqu'un ait une nature ou une influence humaine. Humaniser dériverait ainsi du terme classique « *humanar* », et qui se réfère tant à l'incarnation du verbe de Dieu (Dieu fait homme dans la tradition chrétienne) comme un plus grand rapprochement, une affabilité et une tendresse entre une personne et ses semblables.

Selon son étymologie latine *Humanum* est relatif à l'homme, ce qui est humain ou *humus* qui désigne la « terre » en relation avec *homo* (homme). *Humanus* désigne aussi ce qui est aimable, courtois, culte. L'humain est ce qui peut appartenir à l'homme comme lignage humain. C'est à partir de là que surgit l'expression « s'humaniser » avec un sens de rapprochement, d'affabilité et d'humilité.

Humaniser renferme aussi l'idée de rendre une chose plus humaine, moins cruelle, moins dure pour les hommes, et s'humaniser c'est se rendre plus humain, moins cruel et moins sévère. C'est alors qu'on emploie le mot humaniser aujourd'hui pour exprimer le désir que quelque chose soit bon, qu'il s'ajuste à la condition humaine, et qu'il réponde à la dignité de la personne humaine.

On peut, en outre, retrouver dans le terme « humaniser », une recherche de prise de conscience de soi-même, de sa propre condition qui permet à la personne humaine de se placer hors de la nature et de s'interroger sur elle-même et sur son milieu de vie.

³ J. GAFO, *Ética y legislación en enfermería*, cité par J.C. BERMEJO, *Qué es humanizar la salud, por una asistencia sanitaria más humana*, San Pablo, 2003, p. 43.

Au sens politique et sociologique, il s'agirait de faire passer d'un état social primitif à un état de civilisation. Pour cela on verrait dans le terme « humaniser » une sorte de lutte pour atteindre ou posséder ce qu'on n'a pas encore atteint. Ainsi, humaniser une réalité serait rendre-la digne de la personne humaine, c'est-à-dire cohérente avec les valeurs qu'on perçoit comme particulières et inaliénables⁴.

En considérant toutes ces approches du terme « humaniser », il y a lieu de se rendre compte de la complexité de son appréhension, ce qui nous invite à nous accentuer plus sur la question d'humanisation qui est un processus dynamique, et qui varie selon les époques, les milieux culturels et sociopolitiques et les circonstances.

2. Le processus d'humanisation dans le contexte de la santé

Il sera d'abord question d'indicateurs de deshumanisation ou de dépersonnalisation avant de dégager quelques signes qui sont facteurs d'une assistance sanitaire humanisée.

2.1. Quelques indicateurs de déshumanisation

Il convient tout d'abord de faire quelques précisions sur les concepts de déshumanisation et de dépersonnalisation avant de parler de leurs causes.

2.1.1. Deshumanisation et dépersonnalisation

« Deshumanisation » est un mot utilisé dans beaucoup de contextes, et souvent en relation avec les sciences sociales et politiques. Elle désigne un processus par lequel une personne ou un groupe de personnes perdent ou sont dépouillés de leurs caractéristiques humaines. Elle évoque aussi une évaluation éthique négative qui renvoie à la notion d'humanisme comme contre-face positive.

⁴ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2014, pp.70-74.

Les milieux dans lesquels on évoque le plus souvent la question d'humanisation, on retrouve les professions de l'attention sanitaire et la protection sociale qui ont dans leur centre les personnes humaines et leur humanité. A travers ces professions, on va à la rencontre de la vulnérabilité de l'être humain pour s'occuper de ses besoins, prévenir la souffrance de diverse nature, aider à affronter la limitation, à récupérer l'équilibre d'une vie et pouvoir vivre d'une manière la plus autonome et saine possible. Pour ce faire, la médecine ainsi que toutes les disciplines socio-sanitaires et éducatives, constituent des professions dans lesquelles les acteurs doivent avoir pour vocation d'agir de façon humanisée dans leurs interrelations avec les usagers.

Par ailleurs, en jetant un regard sur la répartition des ressources socio-sanitaires dans le monde, on peut se rendre compte que ce n'est pas tout le monde qui a accès aux mêmes ressources préventives, thérapeutiques, palliatives ou de diagnostic. On ne s'occupe pas de toutes les personnes humaines en respectant leur dignité d'êtres humains, à la mesure de leurs êtres individuels et personnels. C'est pourquoi on parle à juste titre de deshumanisation lorsque la dignité humaine est bafouée.

Selon Javier Gafo, on peut mettre en relation la deshumanisation et la dépersonnalisation, en pensant à la perte des attributs humains, la perte de la dignité, la froideur dans les relations interpersonnelles, etc. Comme traits caractéristiques de deshumanisation, on peut relever les faits suivants : la conversion du patient en objet, sa chosification, la perte de ses traits personnels, la méprise de sa dimension émotive et ses valeurs, l'absence de chaleur humaine dans la relation professionnelle, le sentiment d'impuissance dans la pratique sanitaire, le manque d'autonomie du malade qui apparaît être manipulé, et se sentant un objet passif par rapport à tout ce qui se passe sur lui et autour de lui, etc.⁵

La deshumanisation dans le domaine sanitaire apparaît aussi comme un phénomène universel. On la trouve autant dans les zones où il y a beaucoup de ressources tout comme celles où il en manque. Elle porte sur des éléments concrets comme la loi, les conjonctures de crise, le mode de fonctionnement des services socio-sanitaires, les conditions de travail, l'inaccessibilité aux ressources, les modes de traitement, etc.

En parlant de deshumanisation il y a également en première ligne la question des droits des malades, le manque de respect à leur vie privée, à la confidentialité, à leur

⁵ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit., pp. 18-19.

autonomie, etc. Dans le contexte du Burkina Faso, on peut relever un certain nombre de pratiques malsaines qui sont indicatrices de déshumanisation. A titre d'exemples, on ne peut passer sous-silence les différents modes d'exploitation des malades, la corruption, l'inconscience professionnelle, la mauvaise gouvernance, le sous-développement, les injustices sociales, etc. Dans un article, publié dans un Journal en ligne, le Réseau d'accès aux médicaments essentiels (RAME) livre ce qu'il a constaté dans quelques structures sanitaires du Burkina :

« Le droit à la santé est reconnu pour tous les Burkinabè et il est de la responsabilité de l'Etat de le promouvoir, nous dit la Constitution en son article 26. Malgré tout, se soigner convenablement reste une équation à plusieurs inconnus pour bon nombre de citoyens burkinabè. Ouagadougou, la capitale dispose du plus grand plateau technique du pays, avec des hôpitaux de référence comme les Centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) et Pédiatrique Charles De Gaulle, ainsi que le Centre Hospitalier National Blaise Compaoré (CHN-BC). A ceux-ci, il faut ajouter désormais le nouvel hôpital du district sanitaire de Bogodogo, et les Centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) (Pissy, Kossodo, Paul VI). Cependant, ces centres de santé publics rencontrent d'énormes difficultés dans l'accomplissement de leur mission publique d'offre de soins. Capacités d'accueils insuffisantes, pannes récurrentes des appareils biomédicaux et ruptures de réactifs sont, entre autres, les difficultés qu'ils rencontrent »⁶.

Voici, plus ou moins, le panorama de nos structures de soins au Burkina Faso. Peut-on y parler d'humanisation ? En quoi consisterait le processus d'humanisation dans un tel contexte pauvreté endémique et de manque de ressources nécessaires pour la prise en charge des malades ?

Cependant selon la littérature sur le thème de deshumanisation et de dépersonnalisation, la tendance est de se référer aux ressources molles, c'est-à-dire aux habiletés de relations interpersonnelles, aux techniques de communication, à la relation d'aide, afin de créer un climat plus sain et plus humain dans les structures hospitalières. Le processus d'humanisation des hôpitaux devra alors mettre l'accent sur l'importance des habiletés et techniques de communication, la formation en relation d'aide et en compétence émotive des professionnels. Mais quelles peuvent être les causes du phénomène de deshumanisation et de dépersonnalisation ?

⁶ P. YAMEOGO, *article posté le 20 septembre 2017 par Burkina24 Opinion.*

2.1.2. Les causes de deshumanisation dans les hôpitaux

Les causes de la deshumanisation sont en rapport avec l'anthropologie, la politique, l'économie, la distribution des ressources sur l'ensemble de la planète, etc. Il faut ici prendre conscience de la complexité du monde socio-sanitaire qui est aussi un reflet de la culture ambiante. Au niveau de la santé on constate, par exemple, de nombreuses injustices dues à l'économie du marché qui ne permettent pas de parler d'égal accès aux ressources pour lutter contre la maladie ou pour la prévenir. En effet pendant que dans les pays riches on discute de proportion ou d'opportunité d'un traitement sophistiqué (ou de son retrait) en relation avec la qualité de vie, dans de nombreux autres points de notre planète, la situation est scandaleuse. On n'y trouve pas assez de ressources. L'accès de la majorité aux soins de santé est impossible, et le discours se structure en termes de couvrir les besoins de base comme l'alimentation, le logis, l'hygiène, la prévention, le soulagement de symptômes, etc. De même dans d'autres parties du monde on meurt de maladies évitables ou curables mais sans ressources nécessaires pour le faire, d'où la relation étroite entre pauvreté et maladie. La première cause de deshumanisation peut alors s'appeler « pauvreté socio-économique ».

Selon les différents systèmes de santé dans le monde, on distingue plusieurs modalités de prise en charge des malades. Il y a principalement le système national de santé (tradition Beveridge) et les systèmes de sécurité sociale (Tradition Bismarck). Le premier octroie des avantages aux usagers pour le fait d'être citoyen et se finance par les impôts. Le second protège les affiliés et se finance par des cotisations individuelles. Dans notre pays, l'orientation n'est pas encore très claire, et il y a une tendance à privilégier les systèmes de cotisations, les mutuelles et l'assurance privée. Seulement quelques privilégiés et fonctionnaires d'Etat, disposent des assurances privées de santé. Ainsi la majorité de nos populations, surtout en milieu rural, ne dispose d'aucune couverture sanitaire, ce qui peut générer des risques de deshumanisation dans la prise en charge socio-sanitaire.

Les phénomènes de deshumanisation sont aussi liés aux systèmes de domination et de pouvoir politique. Il y a, par exemple, certaines personnes qui utilisent l'autorité qu'elles ont sur les autres à leur propre bénéfice au détriment des plus faibles et pauvres. En effet, un pouvoir sans cœur, un pouvoir régi par des législations qui mercantilisent la protection sociale, et qui soumettent les ressources de santé au dynamisme du marché

et du bénéfice, peut être un pouvoir deshumanisant. C est le cas, par exemple, des entreprises pharmaceutiques, qui, en recherchant de plus grands profits de par leur propre nature, peuvent disposer de plus grands pouvoirs que ceux là-mêmes qui ont en charge la gestion du quotidien des malades dans les hôpitaux.

Une autre cause de deshumanisation peut être la culture de la technologie qui tend à un certain réductionnisme et à la technolâtrie. Sans exagérer, on peut, à travers certains mécanismes technicistes, transformer le malade en une machine corporelle, et le professionnel en un mécanicien, et augmenter la forme progressive de séparation entre les deux. Ainsi le malade et le professionnel de santé se retrouvent seulement unis par des appareils, des tubes ou d'autres instruments thérapeutiques. Comme conséquences prévisibles à cet état de fait, on va mettre plus sa confiance dans les produits pharmaceutiques et les instruments accessoires de diagnostic ou de traitement au détriment des personnes elles-mêmes. D'où deux dangers graves de la technologie biomédicale : le réductionnisme et la technolâtrie. Le premier danger amène à minimiser l'état du malade (réductionnisme), car on le regarde sous le prisme de la technique en recherchant seulement le remède à travers la science instrumentale. Le second danger conduit à la technolâtrie, c'est-à-dire à déposer toute la capacité de guérison seulement dans les procédés techniques, en oubliant que la parole et la rencontre, sont aussi des moyens efficaces de guérisons et de soins. C'est ainsi que la technologie peut se transformer en tyrannie⁷.

Un autre regard sur la deshumanisation et la dépersonnalisation est celui d'Angelo Brusco qui parle des ingrédients suivants : tendance à voir l'individu comme un objet (accueil froid et impersonnel, manque d'information, participation rare dans les processus thérapeutiques), prédominance d'une relation humaine de type fonctionnel (avec jeux de pouvoir dans la relation professionnel-patient et relation paternaliste et quelquefois manipulatrice), marginalisation de certains groupes de malades (personnes âgées, malades chroniques, moribonds, muni-valides), instrumentalisation et exploitation du personnel (à cause de la loi de l'efficacité du système et de la complexité de l'appareil organisationnel) et priorité donnée à l'aspect technique et

⁷ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit., pp. 24-32.

administratif (qui impose des lois de politique économique et de rationalité entrepreneuriale)⁸.

Marchesi parle, lui, de deshumanisation et de bureaucratisation. Il note que la personne humaine peut se convertir en objet d'expérimentation, et l'hôpital en une industrie dans laquelle on prend soin des patients en chaîne, comme dans un montage d'automobiles. La deshumanisation dans les services sanitaires peut alors augmenter le malaise des malades et, quelquefois, devient cause et origine de nouvelles maladies.

Il y a aussi les défis de la responsabilité individuelle et le monde des valeurs dans le phénomène de deshumanisation. Parfois le travail en milieu sanitaire est vu exclusivement en termes de rémunération et sans conscience professionnelle. La sollicitude et la compassion sont remplacées par des règles froides et impersonnelles de contrat de travail. Des expressions comme « ce n'est pas ma responsabilité », « on ne me paie pas pour ça », « mon tour est terminé », « attends le prochain », etc., peuvent indiquer l'enracinement d'une mentalité centrée sur les droits et intérêts personnels – légitimes - en délaissant le malade dans une situation particulièrement fragile⁹.

On ne saurait non plus passer sous silence le problème de la corruption qui gangrène nos systèmes de santé à tous les niveaux et entraîne des déviations de ressources économiques vers des intérêts privés. En effet le mauvais usage des biens alloués aux soins de santé contribue à dégrader le climat éthique et à rendre chers les services de santé. Ce sont ainsi les pauvres qui en pâtissent parce qu'ils ne peuvent pas ni se payer les pots de vin ni avoir accès aux services de santé privés.

Par ailleurs la présence de la douleur évitable dans le monde, particulièrement pour des difficultés d'accès aux processus de diagnostic, de thérapeutique ou de contrôle de symptômes, est cause suffisante de deshumanisation. Ces types de deshumanisation sont aussi dus à une question de mauvaise répartition des ressources sanitaires, l'injustice, la pauvreté, le sous-développement, la mauvaise gouvernance, etc.

Selon la *International Association for the Study of Pain (IASP)*, la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions distiques réelles ou probables, ou décrites en fonction de tels dommages ; tandis que la souffrance

⁸ Idem, pp. 32-33.

⁹ Idem. P. 34.

est une réponse négative induite par la douleur et aussi par la peur, l'anxiété, le stress, la perte d'objets affectifs et autres états psychologiques. Pour Cassel, les personnes qui souffrent de douleur déclarent avec fréquence qu'elles souffrent uniquement quand l'origine de la douleur est méconnue, quand elles croient que la douleur ne peut être soulagée, quand son sens est funeste, quand elles la perçoivent comme une menace. De fait nous assistons aujourd'hui à une culture médicalisée dans laquelle non seulement il n'y a pas suffisamment d'accès aux produits pharmaceutiques qui soulagent la douleur, mais aussi dans laquelle nous décrivons la souffrance avec le langage de la douleur. Cette confusion entre douleur et souffrance et le désir de vouloir coûte que coûte éliminer la moindre idée de souffrance dans le monde sans le pouvoir accroissent l'angoisse de l'homme moderne dans sa recherche du complet bien-être.

On peut aussi discerner les germes de deshumanisation dans la formation des professionnels de la santé. En effet leur formation est souvent centrée exclusivement sur le développement des compétences techniques au détriment des vertus éthiques et humanistes. Il n'existe parfois dans les programmes de formations sanitaires que l'enseignement d'une éthique limitée aux codes administratifs et procéduraux ou la présentation de lois ou codes de déontologie. Tout cela génère comme résultat des professionnels avec un niveau de savoir scientifique élevé, une grande aptitude technique, mais avec une très pauvre formation humaine et la conséquente incapacité pour interagir avec compétences relationnelles, émotionnelles, éthiques et spirituelles à l'égard des patients et leurs familles. Ce qui est loin d'une perspective holistique et intégrante comme doit l'être l'éthique des soins sanitaires.

L'absence de compétences molles chez le professionnel soignant est ainsi cause de deshumanisation. Ces compétences sont des attributs ou caractéristiques qui permettent aux professionnels d'interagir avec les patients de manière effective et humanisée. C'est le résultat de combinaison d'habiletés sociales, de communication, de forme d'être, d'approche aux autres. Ce sont ces facteurs qui font qu'une personne donnée peut se mettre en relation et communiquer de façon effective avec les autres. Nous verrons ces habiletés intégratives et communicatives quand nous aborderons le module sur le counselling.

Outre les compétences molles (ressources de relation d'aide) par oppositions aux compétences dures (ressources scientifico-techniques), nous avons ce qu'on dénomme

l'intelligence émotionnelle, l'intelligence morale, l'intelligence spirituelle, l'intelligence culturelle ou l'intelligence écologique, etc. Car la relation et la communication effective et humanisée sont toujours affectées par la capacité de connaissance et de maniement des émotions, des valeurs, tant en nous-mêmes que dans les autres. C'est pourquoi on les qualifie aussi de compétences interpersonnelles. Il n'est pas alors banal de reconnaître que la carence dans la formation des professionnels peut les prédisposer au phénomène de déshumanisation dans les structures socio-sanitaires. Formés spécialement à des compétences techniques et efficaces, ils peuvent parfois se retrouver sans ressources pour manier les difficultés relationnelles (avec les patients, leurs familles ou en équipe de travail) et personnelles (leurs propres conflits intérieurs dans la rencontre avec la vulnérabilité et avec la complexité des conflits éthiques)¹⁰.

Après avoir relevé quelques indicateurs et causes de déshumanisation dans le contexte sanitaire, il convient à présent de nous pencher sur les indicateurs d'un système de santé humanisé. Quels sont les signaux qui permettent de reconnaître qu'une assistance sanitaire est humanisée ?

2.2. Les indicateurs d'une assistance sanitaire humanisée

Dans le monde de la santé, humaniser signifie faire référence à l'homme par rapport à tout ce qu'on réalise pour promouvoir et protéger la santé, soigner les maladies, garantir un milieu qui favorise une vie saine et harmonieuse sur le plan physique, émotionnel, social et spirituel. C'est au regard de cette compréhension de l'humanisation des services de la santé, que Francesc Raventós (directeur général, INSALUD, Espagne 1985), lors d'un congrès sur l'humanisation de la santé a pu s'exprimer de façon suivante :

« Nous pouvons dire qu'un système sanitaire humanisé est celui dont la raison d'être est d'être au service de la personne et, par conséquent, pensé et conçu en fonction de l'homme. Pour que cela se réalise il doit être un système sanitaire intégré qui protège et promeut la santé, qui corrige les inégalités sanitaires, qui élimine les discriminations de quelque type que ce soit, qui y donne la participation au citoyen, en définitive, qui

¹⁰ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit., pp. 36-42.

garantit la santé de tous les citoyens dans sa conception d'état complet de bien-être physique, mental et social, tel que le déclare l'Organisation Mondiale de la Santé »¹¹.

Dans cette intervention, on reconnaît que l'humanisation de la santé a quelque chose à avoir avec la gestion, la conception du système sanitaire, le fonctionnement des structures sanitaires, la mentalité des personnes impliquées dans le système, la compétence professionnelle et des éléments non facilement communicables ni mesurables, comme la douleur à éviter, la souffrance à prévenir, les capacités à récupérer, la joie à retrouver, etc.

Il y a aussi la référence à ce que recommandait *l'Assemblée du Parlement du Conseil de l'Europe* en 1965, invitant ses membres à mettre tous leurs efforts en œuvre pour garantir un minimum de sécurité aux malades, en expliquant que, pour que les hôpitaux soient plus humains et pour qu'il y existe un plus grand respect de la dignité humaine, il requière la formation du personnel médical et l'organisation des services médicaux pour une meilleure attention au malade. Le patient doit être bien informé sur sa maladie et sur le traitement spécifique ; et le médecin doit veiller aussi à ce que le malade puisse se préparer psychologiquement à la mort lorsque c'est le cas.

Une autre intervention enrichissante lors de ce congrès est celle du Défenseur du peuple Joaquin Ruiz Jiménez qui résumait en trois domaines les réclamations des usagers de l'assistance sanitaire. Il y a dans un premier temps la perspective juridique qui implique l'humanisation des infrastructures, des structures matérielles et techniques de l'assistance sanitaire. Le second aspect porte sur l'éthique appelant à l'humanisation des comportements, des conduites réciproques dans les relations entre patients-médecins. Le troisième domaine d'attention pour l'humanisation doit prendre en compte tous ceux qui coopèrent à la protection de la santé (les services administratifs, politiques, paramédicaux, etc.).

De fait la réflexion du Défenseur du peuple invite plus au pragmatisme. Il s'agit d'incarner non seulement les normes mais aussi les conduites. Effectivement les réflexions tournent, en général, autour des normes, des protocoles, des actions ponctuelles des agents de santé, sans aucun appel à la dimension éthique de l'interaction entre ces derniers et l'utilisateur du système.

¹¹ Idem, p. 82.

Dans le processus d'humanisation, il est important de chercher à éliminer ce que les professionnels et les usagers ont pu détecter d'inhumain afin de normaliser ou d'écarter la déficience ou ce qui est négatif. Humaniser implique alors une permanente tension à la neutralisation des éléments négatifs, mais aussi la recherche de l'excellence des relations entre les personnes qui y sont engagées. C'est un processus dynamique qui implique efforts de toutes les parties prenantes.

De même il faut se rendre à l'évidence qu'un processus d'humanisation n'est pas seulement tant un problème de structures ni de mécanismes mais aussi d'attitudes ; ce n'est pas tant un problème de ressources - souvent nous nous plaignons tous de manque de ressources - parce que tous nous savons qu'on peut bien avancer non seulement avec les ressources à notre disposition, mais aussi avec des attitudes différentes. L'humanisation n'est pas alors une affaire d'incorporation de réglementations dans un bulletin officiel de l'Etat, mais précisément, un processus de changement d'attitudes et de volonté de tous les acteurs, de tous ceux qui s'engagent comme personnel sanitaire pour améliorer la situation précaire du milieu hospitalier¹².

A question de savoir ce que c'est que l'humanisation de l'assistance sanitaire, les réponses pourraient être les suivantes : il s'agit d'organiser le système sanitaire autour du patient de telle sorte que ce dernier se sente comme chez lui. C'est adapter l'accessibilité, le confort et les horaires des soins. C'est aussi traiter la personne de façon intégrale, donner le même traitement que nous aimerions qu'on nous donne à nous aussi, en respectant l'autonomie morale du malade, en combinant l'attention sanitaire optimale avec une attention personnalisée du patient, en donnant un traitement plus humain. Il y a également l'exigence de rapprocher le système de santé à ce qu'est une personne, à sa dignité dans tous ses versants (physique, psychique et spirituel). Il faut de plus faciliter le transit des personnes à travers tout le système de santé avec accessibilité, rapidité, compétence technique et qualité dans le traitement, etc.

En outre l'humanisation des services sanitaires implique un respect mutuel entre usagers et professionnels, avec une attention personnalisée et intégrale par rapport aux problèmes de santé en cause. Les deux acteurs doivent bien connaître le système sanitaire et leurs rôles respectifs. Car si l'humanisation du monde de la santé est d'abord au service des patients, elle engage au premier chef le personnel sanitaire et

¹² Idem., p.83.

administratif. Elle affecte non seulement la gestion ordinaire des services hospitaliers mais aussi l'investigation biomédicale, l'écologie, l'éducation aux valeurs, etc.

On peut aussi mettre en relation humanisation et culture. En effet, une culture plus humaine est celle qui respecte la vie et qui la considère comme un mystère à préserver en promouvant des styles de vie sains. C'est également une culture qui ne nie pas la douleur et la souffrance comme des réalités à intégrer et qui ne réduit pas non plus la souffrance de l'être humain à la simple douleur physique. Une culture humanisée est encore celle qui ne s'intéresse pas seulement aux maladies, mais aussi à l'éducation à la santé et aux valeurs, en reconnaissant effectivement la dignité intrinsèque de chaque personne.

Outre la culture, l'humanisation prend en compte la politique et l'économie dans la gestion des structures sanitaires. Car un système politique en matière sanitaire ne sera plus humain que lorsqu'il distribue de façon juste et équitable les ressources économiques, en promouvant l'égalité dans l'accès à l'assistance sanitaire et en mettant la transparence dans la gestion des ressources à sa disposition. C'est dans ce sens que le processus d'humanisation s'intéresse aux structures de santé, aux édifices où on s'occupe des personnes malades, à leur architecture, à leur organisation, à leur accessibilité et confort, à leur fonctionnalité, au mode d'organisation du travail, à la personnalisation des espaces et leur signalisation, à la considération de la famille et des professionnels, etc. L'humanisation dans la politique sanitaire invite également à faire attention aux velléités mercantiles, car lorsque la logique des institutions de la santé n'obéit qu'aux intérêts de type mercantile ou politique, l'écoute et le respect mutuel entre protagonistes peuvent être impraticables en créant de graves érosions dans la qualité de l'assistance sanitaire.

Pour finir l'humanisation a quelque chose à voir avec la compétence professionnelle. A ce titre, elle implique l'inclusion des sciences humaines (philosophie, anthropologie, psychologie, bioéthique) dans la formation des agents de santé, en accordant de l'importance aux relations interpersonnelles. On mettra également un accent particulier sur la façon dont on exerce l'autorité dans le travail d'équipe et le mode de travail interdisciplinaire. Il s'agit ici de rechercher une harmonisation entre les valeurs provenant des connaissances scientifico-techniques spécialisées et les valeurs de connaissance globale humanistique de la personne. Et on ne peut atteindre cela sans une

série de révision des programmes de formations continues de façon à obtenir des connaissances à la fois globales et spécialisées.

En parlant d'humanisation dans les milieux socio-sanitaires, on doit également penser à la formation des professionnels au mode d'affrontement des conflits d'ordre éthique à travers des comités d'éthique d'assistance. Il faut aussi tenir compte du soin des professionnels (repos convenable, relaxation, encouragement pour éviter le surmenage, la dépression, le burn-out...), avec une attention portée aux motivations intrinsèques de chacun avec un sens d'auto-estime y de maturité personnelle.

Après avoir examiné les phénomènes d'humanisation et de deshumanisation ainsi que leurs implications dans le contexte spécifique de la santé, nous abordons, à présent, autres dimensions du processus d'humanisation dans le domaine de l'intervention sociale.

3. Le processus d'humanisation en contexte d'intervention sociale

Nous verrons d'abord ce qui constitue le travail social et ensuite comment se présente l'humanisation dans un tel contexte.

3.1. La réalité du travail social

Avant de parler d'humanisation dans le contexte de l'intervention sociale, il faut d'abord s'interroger sur ce qui constitue le travail social. Selon le point de vue de quelques chercheurs en intervention sociale, il y a une certaine ambiguïté dans la compréhension de ce qui constitue le travail social. Une étude menée dans ce sens, en contexte américain, permet de distinguer le travail social du service social bien que le contenu soit pratiquement le même selon les milieux socioculturels.

Dans le contexte français, le « service social » est une expression polysémique qui désigne à la fois une discipline universitaire et un organisme public ou privé chargé des questions sociales. Pour ce qui concerne l'expression « travail sociale » qui a fait son apparition dans les années 1970, il s'agit d'un ensemble de professions sociales régies différemment par des textes propres, allant du service social, des éducateurs

spécialisés, des animateurs à toute une série d'autres professions sociales¹³. On peut alors définir le travail social comme « une profession dont la fonction principale est de servir d'intermédiaire au processus par lequel l'individu et son environnement établissent des échanges dans un but mutuel d'accomplissement et dont l'objectif ultime est le développement humain »¹⁴.

Historiquement la discipline du travail social est née de la nécessité de résoudre les problèmes liés aux conséquences sociales du libéralisme économique sur les personnes qui a entraîné un recul généralisé de la protection sociale, l'accroissement des inégalités, le chômage, les nouvelles formes de violence, l'importance du phénomène de l'exclusion, etc. L'intervention sociale consiste donc à promouvoir un certain nombre de valeurs dans le sens de garder la confidentialité et le respect des usagers. On y distingue plusieurs types d'interventions qui peuvent être individuelles ou collectives.

En général le travail social se fondait plus sur les organisations de quartiers, de voisinages, de bénévoles, d'associations volontaires, etc. Le rôle de ces organisations consistait dans l'aide individuelle, le soutien à des groupes d'individus, l'animation des collectivités locales. C'est ainsi qu'on a pu définir le travail social en référence à certains problèmes sociaux auxquels il s'attaque : pauvreté, santé mentale, problèmes de couple et de famille, violence conjugale et familiale, etc. Et les sentiments qui président au choix des professions sociales sont souvent « le désir d'aider les gens les plus démunis et un désir d'améliorer et même de changer les conditions qui créent la pauvreté et les inégalités sociales »¹⁵. Dans leur fonctionnement, ces organisations de bénévoles ont à cœur de donner davantage de sympathie que d'argent, et encouragent les pauvres à épargner, et à se chercher du travail, ce qui constitue déjà un pas vers l'humanisation des services sociaux.

Le travail social ainsi compris est ce que nous connaissons dans le contexte de Burkina Faso. Il s'agit en particulier pour les professionnels de ce domaine de se prêter aux besoins des couches vulnérables, des populations pauvres, mais aussi pour résoudre certains conflits d'ordre social comme les problèmes d'exclusion sociale, la délinquance juvénile, l'excision, etc. Les acteurs sociaux interviennent également dans le domaine

¹³ Y. HURTUBISE, J. P., DESLAURIERS, *Introduction au travail social, méthodologies et pratiques nord-américaines*, Les Presses de l'Université de Laval, 2003, pp. 1-2.

¹⁴ *Idem*, p. 27.

¹⁵ *Idem*, p. 23.

de la santé et de l'éducation sociale en étant des auxiliaires au service des patients pauvres, et qui ont besoin d'aide pour les soins de santé.

3.2. Que signifie « humaniser » dans le contexte de l'intervention sociale ?

L'action sociale requiert une somme considérable de connaissances, d'habiletés, d'attitudes et de techniques, étant donné que les problèmes sociaux auxquels les professionnels de ce domaine sont confrontés, sont d'une complexité grandissante. De même la complexité des problèmes sociaux pose la question des meilleures connaissances et habiletés nécessaires pour intervenir sur ces situations. C'est là que le social et la santé se rejoignent, que se soit dans une perspective thérapeutique ou préventive. Les compétences techniques, les habiletés relationnelles et les attitudes adéquates, constituent aussi la base de toute intervention d'aide, peu importe le professionnel qui la pratique (médecin, infirmière, psychologue,...).

Pour ce qui concerne l'intervention individuelle, en action sociale, elle vise d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse y trouver un sens. D'autre part, il s'agit de susciter en la personne souffrante, un plus grand nombre de ressources possibles qui l'aident à participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant que actrice sociale. Dans ce contexte, le but de l'humanisation sera de permettre à l'individu de se voir comme un sujet actif plutôt qu'un objet passif, soumis à une procédure d'intervention.

Il est aussi important de considérer le contexte de l'intervention sociale lorsqu'on veut y faire interférer les questions d'humanisation. On peut ici relever les différentes mutations, les contraintes et limitations auxquelles est soumise notre société. L'analphabétisme chronique, le faible niveau d'instruction, la pauvreté galopante, les pesanteurs socioculturelles sont autant de facteurs à prendre en compte au moment de l'humanisation dans l'intervention sociale. L'humanisation, dans ces contextes socioculturels, consiste donc à reconnaître à chaque personne son statut de sujet social possédant un savoir propre par rapport à sa situation et à ses expériences. Selon cette vision, les comportements, les pensées et les sentiments des personnes sont pris comme des stratégies de survie à l'intérieur d'un système qui serait « deshumanisant », et où chacun et chacune des personnes doit continuellement lutter pour garder son intégrité.

Finalement on peut se rendre compte que l'humanisation des services sanitaires et de l'intervention sociale constitue une même préoccupation pour le bien-être de nos populations. Il s'agit avant tout de mettre à la disposition des professionnels qui y travaillent, les moyens nécessaires pour l'accomplissement harmonieux de leurs tâches. Ces moyens, avant d'être techniques et structurelles, sont d'ordre relationnel, communicationnel et compassionnel. Mais qu'est qui préside au juste au fondement de l'humanisation. Pourquoi avons-nous besoin de parler d'humanisation dans les services socio-sanitaires ?

4. Les fondements de l'humanisation dans les services socio-sanitaires

Etant donné que l'humanisation est un processus essentiellement anthropologique et éthique, ses fondement reposent aussi principalement sur la dignité humaine, la compassion, la solidarité et de la justice sociale.

4.1. La question de la dignité humaine

Le fondement de toute approche d'humanisation repose sur la dignité intrinsèque de l'être humain. C'est la dignité humaine qui nous permet de parler des droits des personnes et de la justice sociale. Et parler de dignité humaine, c'est aussi parler de la vie de l'être humain en soi, c'est-à-dire ontologiquement. Mais à quoi se réfère-t-on quand nous parlons de la vie humaine, et plus précisément de la dignité humaine ?

En nous interrogeant sur le sens de la vie humaine, nous affrontons d'emblée la question même du sens de l'existence de l'homme. C'est d'ailleurs ce que signifiait Heidegger à l'entame de son exposé à travers *Les conférences de Cassel (1925)* : « Quel est la réalité de la vie ? Relativement à la question de la réalité, la réalité immédiate, c'est le monde, la nature. Mais elle inclut toujours déjà la question relative à l'être de l'homme lui-même »¹⁶. Ainsi une première approche du concept de la vie nous permet de distinguer la vie organique ou vitalité (*zoé*) propre à la nature et vie humaine (*bíos*)¹⁷. D'autre

¹⁶ M. HEIDEGGER, *Les Conférences de Cassel (1925)*, J. VRIN, Paris, 2003, p. 141.

¹⁷ E. SAURA GOMEZ, "Vida", in *Diccionario de pensamiento contemporáneo*, San Pablo, Madrid, 1997, p. 1220.

part, en considérant toujours les deux aspects de la vie, on peut dire qu'elle se présente comme un devenir continu et comme un déploiement de « dedans » vers « dehors » inlassablement multiforme, par opposition à la rigidité et à la uniformité des corps sans vie, particulièrement des machines¹⁸. Le concept de vie humaine doit alors se comprendre en termes « d'organisme vivant » comme « un être organisé (organisme), source de mouvements propres, capable de se reproduire, de se nourrir ou de cicatriser certains dommages ». Elle se comprend aussi en termes d'existence, et se réfère « à ce qui est conscient, c'est-à-dire, existence consciente et active de l'homme »¹⁹. C'est ce que Heidegger appelle « *Dasein* »²⁰. Elle est une valeur en soi et elle est constituée aussi de valeurs.

Comprendre ainsi la vie comme valeur nous permet aussi de l'envisager en termes de dignité. La dignité est ce qui vaut, ce qui a une valeur. Et avant d'aborder la question de la dignité humaine comme valeur en soi, il y a lieu de relever qu'elle repose fondamentalement sur la morale kantienne selon son impératif catégorique : « Agis toujours d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir qu'elle devienne en même temps une loi universelle ». Et cet impératif se décline en trois formules. Dans un premier temps, elle est vue comme une forme de moralité : « Agis toujours ». Il faut que nos actions visent des fins en soi, des valeurs en elles-mêmes. Ensuite elle se présente comme une matière ou un contenu de la moralité qu'est l'homme : « Agis toujours de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne comme dans autrui comme une fin et jamais simplement comme un moyen ». L'homme est la seule fin digne d'être moralement visé. Tout doit être subordonné à son épanouissement. Celui qui manque de respect à l'humanité agit contre la raison, contre la morale. Enfin elle est condition de moralité impliquant l'autonomie de la volonté : « Agis de telle sorte que ta volonté puisse se considérer elle-même comme dictant par ses maximes des lois universelles dans le règne des fins ». Sans ce principe, on ne saurait poser la question de la moralité de l'homme.

Déjà à l'époque de la renaissance, l'homme était reconnu comme origine et sujet de toutes les valeurs. Il possède une dignité intrinsèque. Il est la mesure de toute chose (Protagoras). La dignité serait alors perçue comme ce qui est estimé ou considéré pour

¹⁸ J.P. VRIES, "Vida", in *Diccionario de filosofia*, Herder, Barcelona, 1969, p. 488.

¹⁹ M. POTCHENSKY, "Vie" in *Dictionnaire de philosophie*, ellipses, Paris, 2014, p. 784.

²⁰ M. HEIDEGGER, *Etre et Temps*, nerf, Gallimard, Mayenne, 2014, pp. 520-521.

soi et non comme dérivé de quelque chose. Quand on l'applique à une personne humaine, on la considère comme une fin en soi, comme premier critère de constatation pour la valeur éthique des fins poursuivies. On se situe alors dans la logique de l'impératif catégorique kantien qui stipule « d'agir de telle manière que nous traitions l'humanité, tant dans notre personne comme dans la personne d'autrui, non comme un simple moyen, mais toujours et en même temps comme fin ». Ainsi la dignité humaine selon divers auteurs signifierait la valeur interne et insubstituable qui correspond à l'homme en raison de son être, non pour certains rendements qu'il est capable d'offrir, mais pour être une fin en soi. La dignité ainsi comprise est un attribut de la personne humaine, et possède une dimension sociale et collective. Elle permet à l'homme d'être respecté dans sa liberté et dans ses droits. C'est pourquoi le concept de dignité est toujours accompagné des questions de liberté, de droits et de devoirs.

En outre, la dignité peut être comprise comme une forme de comportement (se porter digne ou indigne) ou comme une forme de supériorité et d'importance d'un être indépendamment de son comportement. Ces considérations se complètent, car une personne se comporte digne quand sa conduite est en adéquation avec une condition supérieure à la sienne et du destinataire de sa relation. Dans le cas contraire, le traitement sera inhumain²¹.

On peut aussi envisager la dignité dans un sens universel, et la considérer comme ce qui est valable pour tout le monde indépendamment des milieux socioculturels. Cependant il faut tenir compte de la pluralité de ses manifestations, et les diverses perspectives de sens et significations qu'elle peut revêtir. On peut, par exemple, parler de dignité individuelle, de dignité du genre humain ou de dignité de l'individu pour soi-même. Il s'agit ici de la dignité que l'individu doit reconnaître pour soi-même, et celle qu'il doit respecter et reconnaître aux autres, mais aussi la dignité que l'Etat doit respecter et reconnaître à ses citoyens, etc.

A travers les différentes cultures et idéologies, on se rend aussi compte que le respect de la vie humaine est un principe fondamental. La vie humaine est une valeur à respecter, car il n'y a aucune possibilité de vivre ensemble et harmonieusement sans le respect de sa valeur. Elle mérite d'être défendue et respectée par tous les membres de la communauté, et cela de sa conception jusqu'à son terme naturel. C'est aussi cette

²¹ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit., p.89.

dignité qui permet à l'homme de s'orienter vers le bien, et le rend apte à s'autodéterminer comme un être au dessus de n'importe quelle circonstance externe ou personnelle. La personne a une valeur fondamentale qui l'amène à être considérée et traitée jamais comme simple moyen, malgré les circonstances qui peuvent éclipser cette capacité (les cas de malades mentaux, malades en phase terminale...).

Par ailleurs, ce qui fait de l'homme un être digne est ce qui permet de le voir comme un être au dessus des autres êtres en vertu de sa rationalité, laquelle détermine à la fois sa sociabilité, sa liberté, sa responsabilité et sa dimension transcendante²². Cependant, en considérant la question de la dignité humaine sous cet angle différentiel, l'analyse peut se heurter à un certain nombre de problèmes d'ordre éthique quand l'homme n'est plus capable de développer ces facultés suprêmes ci-dessus citées, qui le distinguent du reste des êtres vivants, et qui lui conféraient la dignité particulière que nous qualifions d'humaine. C'est pourquoi on parle aussi de la dignité humaine en étroite relation avec la vulnérabilité, ce que certains auteurs qualifient « d'éthique de la fragilité ». Car la valeur de l'homme ne se limite pas seulement à son rendement, à ses aptitudes, au faire, mais aussi au fait qu'il est simplement un être humain. Le fait d'être homme détermine suffisamment sa dignité et exige un respect absolu. C'est cette dignité intrinsèque qui préside au fondement du désir d'humanisation des services socio-sanitaires.

En outre, l'humanité, à travers divers et convergents chemins, a découvert que le mode le plus sûr et efficace pour atteindre le bonheur et la justice est d'affirmer la valeur intrinsèque de tout être humain. Avant d'aboutir à cette affirmation, on a d'abord tenté d'autres chemins, qui sont encore préférés par certains groupes sociaux (par exemple, l'affirmation de la prééminence du groupe, de la nation, de la race ou de Dieu sur l'individu). Et l'histoire nous enseigne que l'évolution morale de l'humanité a conduit l'être humain à défendre la valeur intrinsèque de la vie comme suprême valeur à protéger et comme fondement de toute vie d'ensemble noble et pacifique. Dans les siècles derniers, cette valeur a été désignée avec le terme « dignité », et figure dans beaucoup de constitutions politiques²³. Dans le préambule de notre Constitution, on peut lire ceci :

« Nous, Peuple souverain du Burkina Faso conscient de nos responsabilités et de nos

²² Idem, p. 92.

²³ J.A. MARINA, M. de la VALGOMA, *La lucha por la dignidad, teoría de la felicidad política*, Círculo de lectores, Barcelona, 2000, p. 28.

devoirs devant l'histoire et devant l'humanité ; fort de nos acquis démocratiques ; engagé à préserver ces acquis et animé de la volonté d'édifier un Etat de droit garantissant l'exercice des droits collectifs et individuels, la liberté, **la dignité**, la sûreté, le bien-être, le développement, l'égalité et la justice comme valeurs fondamentales d'une société pluraliste de progrès et débarrassée de tout préjugé ;... »²⁴

L'on pourrait aussi se poser la question de savoir d'où vient le mot dignité que tout le monde emploie pour justifier la valeur fondamentale et intrinsèque de l'être humain.

Il faut ici rendre justice aux juristes romains qui ont d'abord inventé le terme *humanitas*, et qui l'ont mis en rapport avec la compassion et la dignité humaine. Ce terme est né du désir de donner une expression aux sentiments de dignité et de sublimité qui sont propres à la personne humaine, et la situent au dessus de toutes les autres créatures du monde. Cette singulière valeur de la personne humaine oblige l'homme à construire sa personnalité, à s'éduquer, mais aussi à respecter et à favoriser le développement de la personnalité d'autrui. Ainsi l'homme naturel doit aussi s'humaniser culturellement, d'où l'entrée du terme dignité dans le langage courant avec un rapport étroit avec la solidarité et la compassion.

4.2. Compassion, solidarité et justice sociale comme fondements de l'humanisation

D'une manière générale, la compassion nous fait nous identifier avec les autres êtres humains. C'est pourquoi il s'avère nécessaire d'éduquer l'homme à une compassion intelligente. Car la dureté de cœur est la perte de quelque chose d'essentiel à l'être humain. C'est la perte de son humanité. L'idée ici est une invitation à prendre aussi au sérieux la douleur comme fondement de l'éthique tout comme la joie, l'admiration, le triomphe, la gloire. Car il n'est secret pour personne que la souffrance et la douleur constituent l'expérience de beaucoup de gens, et de ce fait, on apprend par l'expérience, même aussi douloureuse soit-elle.

De même la compassion dont il est question, et qui signifie aussi participation à la douleur d'autrui ou à ses intérêts, est encouragée par presque toutes les grandes religions qui sont également sources d'éducation de l'âme humaine. Pour les bouddhistes, par exemple, la compassion est l'attitude spirituelle correcte pour l'être humain en quête de bonheur. Bouddha croyait, tout comme la majeure partie des

²⁴ *Constitution de Burkina Faso* (Loi N°002/97/ADP du 27 Janvier 1997), p. 1.

penseurs et hommes religieux indous, que tout est douleur en ce monde. Découvrir cette vérité désespérante était la maximum démonstration de sagesse. D'elle jaillit comme une fleur consolatrice, la compassion universelle. De fait, l'enseignement de Bouddha n'était pas seulement une théorie pensée, mais une attitude vécue par ses suiveurs, qui se dédient de manière fervente à la méditation sur l'amour et la compassion universelle. Tout être vivant, grand ou petit, merveilleux ou vulgaire, mérite cette « pitié soignée », cette solidarité dans la finitude. Selon Mencius, suivant une des caractéristiques de confucianisme et de toute la pensée chinoise, il y avait dans cette théorie bouddhique « la croyance en la bonté naturelle des hommes ». Pour appuyer cette affirmation, Mencius affirme : « Un homme sans sentiment de pitié n'est pas un homme ; un homme sans le sentiment de déférence y complaisance, n'est pas un homme, et un homme sans le sentiment du bien et du mal, n'est pas un homme. Le sentiment de la commisération est la graine de l'amour »²⁵.

Pour les religions du livre comme le Judaïsme, le Christianisme ou l'Islam, il y a aussi une grande importance accordée à la miséricorde de Dieu dans leur théologie et dans leur enseignement. Selon un théologien musulman Ibn 'Arabi, le nom réel de Dieu est Rahman, c'est-à-dire le Miséricordieux. Ce mot ne désigne pas un sentiment de compassion mais un acte cosmogonique de compassion. Comme dit Al-Qasani : « La miséricorde appartient essentiellement à l'Absolu, parce que Celui-ci est dans son essence généreux ». On se retrouve alors comme dans un cercle magique qui comprend « amour-compassion-générosité »²⁶. Il n'est pas alors de trop d'affirmer que parler de dignité humaine implique aussi parler d'amour, de compassion et de générosité. Car l'humanisation n'a de sens que lorsqu'elle se fonde sur ces valeurs su-citées. Il y a comme un rapprochement et une identification avec la souffrance d'autrui, ce qui apparaît comme un sentiment d'amour. C'est un amour minime mais universalisable qui tend aussi vers la fraternité qui fut d'ailleurs un des thèmes principaux de la Révolution française de 1789 : « Fraternité - Egalité - Justice ».

On peut aussi rapprocher la question de la dignité humaine avec les questions de justice et d'égalité dans la distribution et la répartition des biens matériels facteurs d'humanisation. Puisque la justice se fonde davantage sur l'égalité et l'équité, on se

²⁵ J.A. MARINA, M. de la VALGOMA, *La lucha por la dignidad, teoría de la felicidad política*, op.cit., p. 46.

²⁶ Ibidem.

rend compte que cela ne suffit pas. C'est pourquoi il faut faire recours à la compassion qui, par exemple, impulse à donner sans avoir reçu préalablement. C est la même chose pour l'amour, la générosité et la solidarité, bases de l'humanisme et de l'humanisation. Pour une vie communautaire harmonieuse, par exemple, on peut rechercher l'équilibre suivant plusieurs axes. On peut donner à chacun la même chose ou donner à chacun ce qu'il mérite par sa conduite. On peut aussi donner à chacun ce qui lui appartient, même si il ne l'a jamais possédé, mais également donner à chacun ce dont il a besoin²⁷. C'est ce mode de partage et de distribution qui est mis en exergue dans nos relations interpersonnelles et qui oriente nos attitudes dans les prestations de services les uns envers les autres. Pour donner plus de pouce et de place à l'humanisation dans nos services socio-sanitaires, il convient de réfléchir à tous les indicateurs et facteurs qui président à une meilleure considération de la dignité de l'homme en prenant en compte la justice, l'amour, la compassion, la générosité et la solidarité.

Sans doute, l'homme a hérité de ses ancêtres, les animaux, le système le plus élémentaire de résoudre ses problèmes qui est souvent par la force. Prendre soin et respecter le faible est une entreprise très peu naturelle. Et selon les zoologues, la nature déprécie les faibles et les malades. L'être humain a introduit alors un nouveau sentiment quand il doit s'occuper de ses enfants pendant plusieurs longues années. Ce sentiment constitue la compassion qui est aussi un lien affectif. On peut alors penser légitimement qu'il est probable que les liens affectifs qui permettent que des petits groupes vivent ensemble en paix, et expliquent l'attention à l'invalidé, au malade ou au déformé, c'est le sens de la compassion ; mais l'explication semble insuffisante quand nous sortons des noyaux ou groupes familiaux. C'est pourquoi Nietzsche s'est étonné de cette attitude de bienveillance en l'homme qu'il considère comme une perverse altération des lois de la nature. Il affirma, par ailleurs, que la morale est une œuvre du ressentiment du faible contre le fort. Pour lui, ce furent les nobles, les puissants les hommes de position supérieure et de sentiments élevés qui se sont assis et qui ont valorisé leur agir en se considérant comme bons, ou soit, comme quelque chose de premier rang, en contraposition à tout ce qui est bas, abject, vulgaire et plébéien²⁸.

En somme, tous les systèmes normatifs – religions, morale, droit, coutumes- veulent défendre ou encourager les valeurs que chaque société considère fondamentales. En

²⁷ Idem, p. 48.

²⁸ Idem, p. 54.

parlant de valeurs nous nous référons aux comportements, attitudes, objets, personnes qui apparaissent désirables ou répulsifs, convenants ou perturbateurs. Sans référence à de telles valeurs on ne saurait parler d'humanisation. La dignité humaine fonde, de ce fait, le processus d'humanisation, et fait de l'homme la valeur primordiale, en termes de respect, de considération et de promotion. Humaniser consiste alors à reconnaître à l'homme sa dignité intrinsèque et à la promouvoir.

Chapitre 2 : Humanisation et identité du professionnel de la santé

La question de l'humanisation de la santé est tout d'abord identitaire avant d'être structurelle. C'est pourquoi, en parlant d'humanisation et d'identité du professionnel de la santé, il s'agira d'abord de dégager certaines caractéristiques types de l'agent de santé avant d'aborder les différents domaines d'intervention socio-sanitaires impliqués dans le processus d'humanisation.

1. L'identité de l'agent professionnel de santé

L'agent professionnel de santé est d'abord un « guérisseur blessé ». Cette métaphore lui permet de se constituer comme un être socialisé et humanisé au service de son prochain. Il est ensuite un humaniste disposé à secourir quiconque a besoin de ses services.

1.1. L'agent de santé, un « guérisseur blessé »

L'image du guérisseur blessé qu'on emploie généralement dans la littérature médicale peut nous servir d'évidence pour décrire l'identité de l'agent de santé. Elle signifie pour l'agent de santé reconnaître et accepter ses propres blessures et vulnérabilités afin de les intégrer comme inhérentes à la condition humaine. Les origines de cette image remontent à l'antiquité classique. En effet, on trouve dans presque toutes les mythologies et religions, des figures qui stipulent que, pour pouvoir soigner les autres, il faut premièrement se soigner soi-même. Pour pardonner aux autres avec mansuétude et compréhension, on doit d'abord reconnaître ses propres péchés et savoir les pardonner. A titre d'exemples, il faut citer quelques images significatives comme le mythe d'Esculape, le chamanisme et la tradition biblique du serviteur souffrant de Yahvé.

Selon la légende, Esculape était le dieu romain de la médecine. Il a été éduqué dans l'art médical par le Centaure Chiron, lequel souffrait d'une plaie incurable qui lui avait été infligée par Hercule comme châtement. D'après le psycho-analyste Gustave Carl

Jung, le fait que l'analyste soit lui-même analysé, lui permet de reconnaître en lui une dimension de « guérisseur blessé ». Jung a associé cette personne qui exerce ce métier de psychanalyste à Chiron, le Centaure, qui, dans la mythologie gréco-romaine, avait une immense capacité à soigner, ayant enseigné l'art de guérir à Esculape. Cette figure archétypique renvoie l'analyste à la nécessité de reconnaître et de prendre un soin constant de ses propres blessures pour qu'il puisse développer ses capacités de guérison. C'est lui le guérisseur qui a besoin de guérison, qui enseigne à Esculape l'art de soigner, c'est-à-dire la capacité de se sentir bien dans l'obscurité de la souffrance, l'art de se sentir chez soi dans la douleur, en découvrant à l'intérieur de soi-même, les semences de la lumière et de la guérison des autres.

De même, dans l'itinéraire formatif du Chaman (considéré comme une des premières figures de thérapeute), il est prévu qu'il doit affronter une période de maladie durant laquelle il s'isole et se recueille en silence afin de réorganiser son identité au sein du groupe. La source ultime de son pouvoir de guérison réside dans ce processus et dans d'autres expériences similaires. Il peut aider les autres à avoir la guérison, parce que lui-même a été malade, et a passé de la maladie à la guérison. Le livre du prophète Isaïe dans la tradition biblique, présente également le serviteur de Yahvé comme celui qui sauve l'humanité à travers ses propres souffrances : « A cause de ses plaies nous avons été guéris » (Is 53, 5).

Sur la base de ces données traditionnelles, Jung parle du guérisseur blessé, comme un archétype, c'est-à-dire une potentialité innée de comportement présente en tout homme, et qui est constituée de deux pôles : la blessure et la guérison. Tout individu est vulnérable ou, ce qui est la même chose, susceptible d'être victime de blessures qui peuvent assumer diverses dénominations : solitude, crainte, angoisse, séparation, deuil, maladie, immaturité, etc. Cependant, dans chaque sujet il existe aussi une dimension de guérison, constituée par un ensemble de ressources (physiques, psychique et spirituelles) lesquelles quand on les utilise adéquatement, peuvent contribuer à guérir les blessures.

Conformément au prototype du guérisseur blessé, les thérapeutes du corps et de l'esprit sont appelés à activer non seulement la dimension curative dans l'exercice de leurs activités professionnelles, mais aussi à prendre conscience de leurs propres blessures, en

s'impliquant dans un processus d'auto-thérapie. Seulement le docteur blessé peut guérir, qu'il soit médecin ou prêtre²⁹.

En utilisant la métaphore du guérisseur blessé, on entend mettre en relief, la reconnaissance et l'acceptation de sa propre vulnérabilité, ses propres limites comme facteurs thérapeutiques dans la relation avec les autres, surtout ceux qui vivent des situations difficiles comme les malades. En général, quand on parle de porter secours à une personne malade, on pense immédiatement aux ressources de connaissances que l'on dispose. On pense rarement à sa fragilité humaine et personnelle, à ses plaies et blessures. On n'ose pas regarder ses limites et son caractère vulnérable. Et pourtant, il n'est pas possible d'accueillir la fragilité et de soigner efficacement les blessures des autres sans avoir au préalable accueilli et intégré les siennes, et en avoir pris soin, c'est-à-dire sans devenir un guérisseur blessé, à savoir une personne qui sait transformer ses propres limites et souffrances en une source de guérison pour les autres.

En effet, lorsqu'un professionnel de santé refuse de s'ouvrir et de regarder ses propres blessures, il aura tendance à s'approcher des malades en faisant seulement usage d'une des polarités de l'archétype du guérisseur blessé, c'est-à-dire celle du pouvoir de guérison. Ainsi les conséquences négatives de ce mode d'action conduiront sans doute à la deshumanisation. Un tel professionnel aura tendance à se réfugier derrière un traitement techniciste de ses patients en cherchant de garder une grande distance émotionnelle. Il aura tendance à résoudre les problèmes des autres sans faire recours aux ressources de guérison qu'eux-mêmes possèdent, ou pire encore, il utilisera le patient comme un objet de satisfaction de ses propres besoins personnels, avec un style de recours facile au rituel, au conseils, aux attitudes moralistes, etc.

En général, la formation des agents de santé ne fait pas souvent attention au processus d'intégration des blessures personnelles. On met plus l'accent sur la dimension scientifique et technique. La croissance humaine dans ses aspects intra et interpersonnelles semblent être négligée avec de graves conséquences pour la relation médecin-patient. C'est pourquoi le chemin à parcourir pour les professionnels de santé dans leur auto-guérison, consistera premièrement à la prise de conscience de leurs propres blessures, sans les nier ni les refuser. Car dans le monde la santé, il est facile

²⁹ A. BRUSCO, « *Sanador herido* », in *Pastoral de la salud y bioética*, San Pablo, Madrid, 2009, p. 1571-1572.

d'observer les réactions des professionnels qui ont de telles attitudes. Il s'agit des mécanismes de défenses qui consistent dans la fuite ou le refus de s'engager dans le dialogue avec le patient. On préfère lui administrer le traitement au patient de façon impersonnelle et froide, d'où la recrudescence du phénomène de deshumanisation dans nos structures sanitaires.

Les autres étapes pour l'humanisation des professionnels consistent dans l'acceptation et la recherche de la guérison personnelle par une auto-thérapie formative. Il n'est pas si facile de décrire exactement ce travail de guérison personnelle, car il est influencé par de nombreux facteurs comme la conscience des ressources propres, la capacité de les mettre en valeur et de les utiliser efficacement. C'est à ce titre aussi qu'on peut faire recours aux habiletés du counselling humaniste, la compétence émotionnelle, la connaissance de soi, etc., qui feront l'objet d'un développement ultérieur.

Outre l'image du guérisseur blessé, on peut reconnaître dans l'humanisme contemporain quelques éléments constitutifs de l'identité du professionnel socio-sanitaire. L'humanisme contemporain peut constituer une source et un terreau de référence pour l'agir socio-sanitaire.

1.2. L'agent de santé, un humaniste contemporain

L'humanisme apparaît avant tout comme un courant philosophique à l'époque de la renaissance. Ce courant avait mis aux premiers plans de ses préoccupations « le développement des qualités essentielles de l'être humain » en privilégiant le savoir comme atout capital pour l'émancipation de l'homme. Selon certains auteurs, l'attitude humaniste vise les œuvres humaines, la culture sous toutes ses formes en référence à l'adage de Terence : « Je suis homme, et rien de ce qui est humain ne m'est étranger »³⁰. Mais qu'entendons-nous, au juste, par humanisme ? S'agit-il de l'étude de l'homme en général, (ce qui serait du ressort de l'anthropologie), ou de la vie de l'homme en tant que vivant dans une société à travers les relations qu'il entretient avec ses semblables ? Nous privilégierons cette dernière posture qui met en exergue l'homme et ses relations interpersonnelles.

³⁰ M. POTCHENSKY, *“Humanisme” in Dictionnaire de philosophie*, ellipses, Paris, 2014, p.340.

C'est d'ailleurs, eu égard aux difficultés pour cerner le concept, que N. Herescu, dans un article intitulé « *Homo-Humus-Humanités, Préface à un humanisme contemporain* », pense qu'on a tellement écrit et spéculé sur « l'humanisme » qu'on a fini par perdre son sens originel. Il cite, à son tour, M. Voyance qui s'exprime ainsi : « Jamais on n'a tant parlé d'humanisme que depuis qu'on a décidé de ne plus très bien savoir quel est le sens du mot »³¹. Dès lors, il propose « de tenir présent que dans le concept latin de «humanisme» il y a sans doute «humanité», mais il y a d'abord et surtout l'homme ». L'homme constitue ainsi le cœur de tout humanisme.

De même, on reconnaît qu'un des traits de l'humanisme moderne est la solidarité, « car le sentiment d'humanité veut dire, avant tout l'amour envers ses semblables, envers tous ses semblables sans distinction » ; d'où la définition à l'humanisme comme « art (ou la science) d'être un homme ». Dans ce cas, on devra tenir pour entendu que dans cet art (ou dans cette science) « la personne humaine doit être prise comme but et non comme moyen » (Kant) ; on se rappellera aussi à propos de la formule bien connue de Protagoras, selon lequel « l'homme est la mesure de toute chose ». Et enfin, ceci présuppose que l'on admet implicitement la valeur primordiale de la vie humaine et son caractère sacro-saint. Amour et respect de l'homme – effort de rendre l'homme plus humain, tentative d'humaniser l'homme par les forces de l'esprit : ce sont là les traits constitutifs de l'humanisme³².

De tout ce qui précède, nous comprenons pourquoi le terme humanisme, sans nécessairement le considérer dans son sens originel, ouvre un grand champ au bénéfice de l'homme. Nous l'employons surtout dans son versant « solidarité », impliquant des actions humanitaires en faveur de l'homme en difficulté. C'est aussi dans ce sens que naîtront certaines organisations humanitaires comme la Croix Rouge, Médecins Sans Frontières, Médecins du monde, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, l'UNICEF, etc., avec un caractère important comme écho de la douleur de l'autre, ou comme interpellation et alerte devant la douleur ou le besoin des autres. Pour Rony Bruman, fondateur de *Médecins Sans Frontières*, l'action humanitaire est celle

³¹ N. HERESCU, « *Homo-Humus-Humanités, Préface à un humanisme contemporain* », Bulletin de l'Association Guillaume Budé, n°5, Juin 1948, p. 3.

³² Idem, pp. 4-13.

qui vise, sans aucune discrimination et avec des moyens pacifiques à préserver la vie dans le respect de la dignité, à restaurer l'homme dans ses capacités de choix³³.

Ainsi, humaniser et humanisme se conjuguent pour tracer le chemin de l'humanisation dont le but est de permettre à « l'homme d'être le remède vivant de l'autre ». Pour cela il est important de considérer l'humanisation comme un processus qui implique la prise en compte, d'une part du sens de la formation en compétence technique, émotionnelle, relationnelle mais aussi d'autre, part du sens de l'organisation structurelle et administrative du monde hospitalier. Et tout ce processus d'humanisation incombe aux acteurs socio-sanitaires qui sont garants de sa mise en œuvre.

2. Le rôle du professionnel de santé dans le processus d'humanisation

Nous aborderons successivement le processus de l'humanisation à partir de l'identité de l'agent de santé, de la profession socio-sanitaire, des structures hospitalières et des relations interpersonnelles.

2.1. Le sens de l'humanisation à partir de l'identité de l'agent de santé

L'identité du professionnel de santé repose sur certaines notions de base comme humaniser, santé, soins, relation clinique, relation d'aide, qualité de vie, vulnérabilité, souffrance, espérance, qui sont des clés herméneutiques pour comprendre et humaniser les différents milieux de santé. Ces concepts permettent d'élaborer quelques pistes de références pour aborder le complexe thème d'humanisation. Ils permettent en particulier la compréhension de certaines dimensions propres des professions socio-sanitaires comme la relation interpersonnelle avec les patients et leurs familles, les institutions socio-sanitaires, les organisations étatiques, les administrateurs, la société, etc.³⁴

L'humanisation à partir de l'identité de l'agent de santé prend aussi en compte ce que la personne a d'humain quant à sa capacité de soigner et à sa capacité d'être soigné. L'agent de santé doit se rendre compte aussi bien de ses forces et de ses faiblesses, ses

³³ V. LAVOIE, « *Enfer de James NACHTWEY : Protocole pour une photographie compassionnelle* », Protée, Vol. 37, n°1, 2009, pp. 41-43.

³⁴ J.GARCIA FERREZ, F.J. ALARCOS, *10 palabras clave en humanizar la salud, verbo divino*, op.cit., p. 14.

qualités et ses défauts, ses compétences et ses limitations, et mettre tout cela au service du bien-être du patient.

Dans le processus d'humanisation, l'agent de santé apprend à surmonter les limitations de la biologie, l'imposition de la maladie par les lois de la nature, en recherchant de nouveaux moyens qui permettent de séparer l'homme qualitativement et existentiellement du reste des êtres vivants, et pour l'imprégner de sens. Et ce sens réside dans la reconnaissance de sa dignité intrinsèque y inaliénable.

En effet, de l'état originaire, l'humain, à l'état fini, l'humanisé, il y a un transite vital décisif qu'on peut dénommer « humaniser ». Le vécu humain est une tension permanente d'équilibre dynamique, jamais pleinement atteint, qui maintient l'homme inexorablement dans un processus de réalisation. Présupposer alors que l'humain est totalement humanisé peut être un piège dans lequel on tombe fréquemment. Car il ne suffit pas seulement de faire partie de l'espèce humaine pour être humanisé. Il faut aussi accepter de reconnaître que les limitations font partie de notre être, de notre vécu, de notre pensée, de nos sensations, de notre agir. Et ce qui nous caractérise principalement est la conscience de notre fragilité. N'est ce pas ce que reconnaissait Blaise Pascal quand il disait que l'homme est un roseau fragile, mais c'est un roseau pensant ?

En outre, la réalisation pleine de la condition humaine qui sous-tend l'identité du professionnel de la santé, a besoin de l'éthique. Et à l'inverse, l'éthique, c'est-à-dire l'usage pratique de la raison, ne peut s'éclairer sans une espèce de précompréhension anticipée qu'il faut faire par rapport à ce que nous sommes, à notre propre condition d'humain. Dans ce sens, on peut dire que l'humanisation « consiste en une attitude mentale, affective et morale qui oblige le professionnel à repenser continuellement ses propres schémas mentaux et à remodeler ses coutumes d'intervention - et systèmes thérapeutiques et d'assistance - pour les orienter vers le bien du malade qui est, et qui continue d'être une personne qui traverse une difficulté et par conséquent vulnérable, et aussi parce que ce n'est pas toujours qu'il est capable de formuler de mode concret et direct son vrai besoin »³⁵.

L'humanisation à partir de l'identité de l'agent professionnel de santé peut aussi se référer à ces paroles du Pape Jean Paul II prononcées dans un congrès sur

³⁵ P. MARCHESI, "*Humanización sanitaria*" in *Pastoral de la salud y bioética*, San Pablo, Madrid, 2009, p. 838.

l'humanisation de la médecine, célébré à Rome en 1987. En effet, selon Jean Paul II, dans le milieu de la relation interpersonnelle, l'humanisation signifie d'abord ouverture à tout ce qui peut prédisposer à comprendre l'homme, son intériorité, son monde, sa culture. Et humaniser la relation interpersonnelle comporte en même temps donner et recevoir, c'est-à-dire créer cette communion qui est participation totale.

Ensuite au plan social, l'instance de l'humanisation se traduit dans la tâche directe de tous les auxiliaires technico-sanitaires pour encourager chacun dans son milieu et selon sa compétence. Il s'agit de créer des conditions idoines pour la santé des populations, améliorer les structures qui sont inadéquates, favoriser la juste distribution des ressources sanitaires, et faire en sorte que les politiques socio-sanitaires du monde aient pour finalité seulement le bien de la personne humaine³⁶.

De même une certaine compréhension de l'humanisation peut la réduire à une simple recherche de comportement plus humain avec le malade. Cela est vrai dans un sens, mais ne doit pas supprimer l'importance de mouvement de tension qui existe dans tout processus d'humanisation ; mieux encore cela ne doit la réduire seulement à quelque chose de sentimentaliste, mais plutôt à un sentiment authentique qui doit animer tout ce qui tend à devenir humanisant et, par conséquent, humanisé.

Cette conception de l'humanisation ne doit pas non plus nous faire oublier la dimension de la révolution du cœur qui incite à la solidarité et à la justice sociale. Car en explorant le mot « humaniser » et son sens anthropologique, nous sommes invités à nous solidariser avec la vulnérabilité d'autrui. Cela nous permet aussi de prendre à cœur le monde de la santé et de la maladie. Car, humaniser est un processus complexe qui comprend toutes les dimensions de la personne (corps, âme et esprit), et qui va de la politique à la culture, à l'organisation sanitaire, à la formation des professionnels de la santé, au développement des plans de soins, etc.³⁷ Sans un engagement authentique et inconditionnel de la part des professionnels socio-sanitaires, l'humanisation sera un mythe et une coquille vide qui ne servira qu'aux théoriciens et aux beaux-parleurs.

³⁶ Ibidem

³⁷ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit. p.79.

2.2. Humaniser à partir de la profession socio-sanitaire

Aujourd'hui on est entrain de penser à une éthique de la profession qui permet de donner un sens, une âme ou une spiritualité à ce que nous faisons, en tant que agents de santé. De ce point de vue, la profession se définit, contrairement à un service de bureau, comme ce qui procure un bien spécifique à un tiers. Ainsi les professions classiques comme le médecin, le juge et le prêtre se fondaient sur un engagement public ; et leur exercice tournait autour de la finalité par laquelle elles étaient constituées. Les finalités de ces trois professions portaient respectivement sur la santé biologique, la santé sociale et la santé spirituelle. Et pour la solidité et le développement harmonieux de toute profession, il faut non seulement la fidélité et la loyauté des praticiens à leurs engagements mais aussi la confiance des bénéficiaires. C'est pourquoi la pratique de l'art médical requiert avant tout une vocation, c'est-à-dire une la conjugaison de la volonté et de l'amour dans son exercice.

De nos jours, il y a quelquefois rupture de ce pacte d'amour et de confiance entre praticiens et bénéficiaires. Dans le pacte traditionnel qui liait praticiens et usagers, on percevait les droits, les devoirs, les responsabilités de chacun, le rôle du médecin, et celui de la société. Le constat qui se fait aujourd'hui dans nos services socio-sanitaires est que certains professionnels se retrouvent dans les hôpitaux non par vocation mais c'est ce qu'ils ont trouvé pour leur subsistance.

Sans doute, la finalité de la profession socio-sanitaire est la guérison et le soin de la santé lorsque celle-ci se détériore, et la relation médecin-patient se fondait classiquement sur l'amitié et l'amour. Cependant on remarque que cette relation se détériore de plus en plus par certains effets négatifs de la technologie et de la bureaucratie. C'est pourquoi le bien-être à offrir au patient doit incorporer un certain nombre de valeurs éthiques. Un excellent professionnel devrait essayer, par exemple, de soigner la maladie en prenant soin de la dignité du patient, de telle sorte qu'il ne pourra réaliser le premier objectif (soigner la maladie) sans maintenir le second objectif (prendre soin de la dignité du patient).

Humaniser à partir de la professionnalité suppose donc que les professionnels reconnaissent la dignité des patients en évitant que certains aient plus de valeur ou d'importance que d'autres. On doit mettre en valeur l'unicité de chaque patient avec une

relation personnalisée, en le traitant dans sa globalité, comme une personnalité complexe et totale, débordant les attitudes réductionnistes. Il ne faut surtout pas restreindre les personnes à leurs souffrances ou à leurs symptomatologies. La conséquence de cette approche humanisée implique le respect d'une série de valeurs que sont la considération positive, l'intimité et la confidentialité. Cela implique aussi qu'il faut donner la possibilité au patient de pouvoir participer à son processus thérapeutique en engageant sa responsabilité. On parle ici du respect de l'autonomie du malade.

Le pape Jean Paul II signifie cela dans un de ces discours aux agents de santé :

« Votre tâche, illustres messieurs, ne peut se limiter simplement à la professionnalité correcte, mais doit être soutenue par cette attitude intérieure qui s'appelle « esprit de service ». Car le malade à qui vous dédiez vos soins et études, n'est pas un individu anonyme à qui on applique le fruit de vos connaissances, mais une personne responsable ; et on doit l'aider à prendre part dans l'amélioration de sa santé et dans l'obtention de la guérison ; on doit le mettre dans des conditions de pouvoir choisir personnellement et non pas qu'il doive accepter des décisions et options des autres. L'appel à humaniser l'œuvre du médecin et les lieux où il exerce a ce sens... Cette humanisation veut dire proclamer la dignité de la personne humaine et le respect de sa corporéité, son esprit et sa culture. Concrètement, aucun de vous ne peut se limiter à être seulement médecin d'un organe ou d'un appareil, mais doit prendre en charge toute la personne dans sa totalité et dans ses relations interpersonnelles qui contribuent à son bien-être³⁸.

L'humanisation ainsi comprise est en étroite relation avec la reconnaissance de la dignité humaine sur laquelle nous devons insister pour qu'elle se réalise dans le cadre socio-sanitaire moyennant une compétence professionnelle inédite. Car la professionnalité est la base du contrat entre la médecine et la société. Cela exige, en outre, qu'on situe les intérêts du patient au dessus de ceux du médecin, en fixant et en maintenant des niveaux élevés de compétences et d'intégrité. Pour soutenir ce contrat de base entre la profession médicale et la société, on retient trois principes et dix engagements qui sont comme des éléments régulateurs et constitutifs de l'identité de l'agent de santé.

³⁸ J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, op.cit., p. 57.

Comme premier principe, on retient la recherche du bien-être du patient qui consiste à tout mettre en œuvre pour privilégier ses intérêts. On fait également appel à l'altruisme qui contribue à créer un climat de confiance, et qui est central pour la relation entre médecin-patient. Les lois du marché, les pressions sociales et les exigences administratives ne devraient pas compromettre ce principe.

Le deuxième principe porte sur le respect de l'autonomie du patient de la part des professionnels. Ces derniers doivent être honnêtes à l'égard des patients et les aider à prendre des décisions informées à propos des traitements qu'ils doivent recevoir.

Le troisième principe reçoit le nom de justice sociale. La profession médicale doit, en effet, viser la justice dans le système de l'attention sanitaire, en incluant une répartition juste des ressources de l'assistance sanitaire. Les médecins devraient travailler activement pour éliminer toute forme de discrimination dans le soin de santé liée à la race, au genre, au niveau socio-économique, à l'ethnie, à la religion ou à n'importe quelle catégorie sociale.

De fait, si dans la tradition hippocratique, la profession médicale tournait autour du principe, *primus non nocere*, aujourd'hui, il faut y incorporer l'autonomie du patient et la justice sociale qui rendent possibles les conditions de son bien-être complet. Outre ces principes, on propose dix engagements que doivent respecter les professionnels de la santé dans le processus d'humanisation:

-La compétence professionnelle. L'agent de santé doit s'engager à apprendre à se forger une compétence professionnelle et à se responsabiliser pour maintenir une connaissance médicale et des habilités cliniques nécessaires pour la provision d'une attention de qualité.

-L'honnêteté envers les patients. L'agent de santé doit s'assurer que les patients soient informés de manière complète et honnête avant qu'ils ne donnent leur consentement à un traitement quelconque.

-La confidentialité envers le patient. Gagner la confiance des patients exige appliquer des sauvegardes de confidentialité appropriées pour traiter l'information du patient.

-Maintenir des relations appropriées avec les patients. Etant donné la vulnérabilité et la dépendance inhérente de certains patients, on doit éviter certaines relations entre

professionnels et patients. En particuliers les agents de santé ne devraient jamais exploiter les patients par quelques avantages d'ordre sexuel, économique ou autres propositions privées.

-L'amélioration de la qualité des soins. Les professionnels doivent se dédier à l'amélioration continue de la qualité de l'attention sanitaire. Cet engagement comporte non seulement avoir la compétence clinique, mais aussi travailler en collaboration avec d'autres professionnels pour réduire les erreurs médicales, augmenter la sécurité du patient, minimiser l'emploi abusif des ressources de l'attention sanitaire et optimiser les résultats des soins, etc.

-L'amélioration de l'accès aux soins. La professionnalité médicale exige que l'objectif de tous les systèmes de soins de santé soit la fourniture d'un niveau uniforme et adéquat d'assistance. Les professionnels doivent s'efforcer individuellement et collectivement pour réduire les barrières aux soins sanitaires équitables.

-La distribution juste des ressources finies. Pour satisfaire les besoins individuels des patients, il est requis que les agents de santé donnent des soins de santé qui se fondent sur la gestion sage et efficace selon les coûts des ressources cliniques limitées.

-La connaissance scientifique. Une bonne partie du contrat entre la médecine et la société se base sur l'intégrité et l'emploi approprié des connaissances scientifiques et technologiques. Les professionnels ont le devoir d'accroître leurs niveaux scientifiques, de promouvoir l'investigation, de créer des nouvelles connaissances et assurer leur usage approprié.

-Maintenir la confiance en gérant les conflits d'intérêts. Les professionnels de santé et les organisations qui interviennent dans le domaine sanitaire, ont beaucoup d'opportunités pour engager leurs responsabilités professionnelles en poursuivant des bénéfices privés ou des avantages personnels. Cet engagement est particulièrement menaçant dans le cas de la poursuite d'interactions personnelles ou organisationnelles avec des industries lucratives, incluant celles qui produisent des équipements médicaux, les compagnies d'assurance, et les firmes pharmaceutiques. Les acteurs de la santé ont donc l'obligation de les reconnaître, de les exposer au public, et d'affronter les conflits d'intérêts qui surgissent dans l'accomplissement de leurs devoirs et leurs activités professionnelles.

-Les responsabilités professionnelles. Comme membres d'une profession, on attend que les agents de santé travaillent en collaboration pour maximiser les soins des patients, être respectueux les uns avec les autres et participer au processus d'autorégulation, en incluant la réparation et la discipline pour les membres qui ont failli dans l'accomplissement de leurs missions³⁹.

2.3. Humaniser à partir des structures hospitalières

On parle toujours d'insalubrité ou de déshumanisation des structures sanitaires. On accuse la médecine de toutes parts qu'elle ne prend pas totalement en compte la personne humaine dans tous ses besoins, particulièrement son désir d'être attendu en totalité : corps, sentiments, émotions, attentes, etc. Ainsi, l'hôpital même le plus apprécié n'est pas toujours le lieu de guérison ou d'attention. Et cela parce que le système sanitaire est divisé en différentes parties ou départements, et qui tend à encourager la routine et la gestion des interventions sans une vision unitaire. D'où l'importance du projet d'humanisation dans les structures sanitaires.

L'humanisation apparaît alors comme une urgence dans le monde socio-sanitaire et d'assistance. Elle a pour but la recherche d'une saine unité dans les essais cliniques en combinant inspirations philanthropiques et religieuses en lien avec toutes les disciplines qui ont surgi dans l'esprit et les désirs humains. On peut citer, entre autres, les sciences humaines, les sciences naturelles, les sciences spirituelles ou religieuses. En effet, le système sanitaire change toujours de visage et de contenu quand le malade occupe son centre, et est traité de façon humanisée. Car l'humanisation de l'hôpital ne doit pas être considérée seulement comme un élément qu'on ajoute, mais une action pondérée et pensée pendant longtemps avant d'être réalisée. Elle implique, de ce fait, une considération saine des relations interpersonnelles, une bonne communication avec l'autorité administrative, une bonne gestion de la vie affective et émotionnelle de tous les acteurs en son sein. Lorsqu'un hôpital dispose d'un tel climat de travail et de fonctionnement, le malade peut alors occuper son centre, et par conséquent, recevoir des traitements adéquats non seulement scientifiques et techniques, mais aussi humains et

³⁹ P. MARCHESI, "*Humanización sanitaria*" in *Pastoral de la salud y bioética*, op.cit., p. 839.

humanisés. Dans ce sens, on peut reconnaître un hôpital humanisé à travers les critères suivants :

-Il doit être grandement ouvert, c'est-à-dire être transparent. Tout le monde peut le fréquenter en respectant son efficience mais aussi peut le critiquer pour suggérer des modifications ponctuelles et constructives.

-On y trouve un plan d'organisation précis et transparent à tous les niveaux et une constante validation du travail en équipe qui va du directeur au subordonné, et du médecin à l'administrateur ; tous les agents sanitaires utilisent cette technique pour rendre plus riche et efficiente l'action sanitaire et pour maintenir plus élevée la préparation professionnelle.

-On y encourage les formations permanentes. Car le risque d'incompétence technique, magistérielle et humaine peut affecter n'importe quel professionnel. C'est pourquoi il faut user de la méthode avec une professionnalité plus raffinée et articulée. Cette formation permanente doit prendre en compte les adultes qui ont déjà une professionnalité, mais aussi doit intégrer des perspectives formatives, professionnelles, humaines pour les auxiliaires sanitaires dans ce sens qu'il faut apprendre chaque jour à être moins ignorant, moins incapable et moins immature. La formation permanente dont il est question doit aider non seulement à augmenter le bagage de connaissances et d'habiletés, mais aussi à travailler ensemble dans une cité tant complexe qu'est l'hôpital.

De plus la formation permanente ne doit pas être imposée. Elle doit être plutôt vue comme un devoir pour améliorer ses compétences. Elle doit être aussi comme une opportunité de rencontre entre personnes plus qu'entre rôles. Il s'agit de casser le rythme de hiérarchisation, et créer une ambiance informelle avec un caractère plus humain dans les relations d'amitié et de fraternité. La formation permanente vise également à améliorer continuellement la qualité des personnes et des organisations dans lesquelles elles agissent⁴⁰.

⁴⁰ Idem, p. 848.

2.4. Humaniser à partir des relations interpersonnelles

Il peut apparaître quelquefois paradoxal de parler d'humanisation de la santé quand on considère les pouvoirs exponentiels dont dispose l'homme aujourd'hui. On sait que l'être humain est capable d'avoir les meilleures connaissances techniques, technologiques et scientifiques. Les avancées de la médecine moderne permettent les meilleurs diagnostics, pronostiques et thérapeutiques face à plusieurs maladies qu'on ne pouvait soigner autrefois. On dispose aussi de meilleurs systèmes politiques et économiques les plus avancés, et qui garantissent un service et une couverture sanitaire juste et de qualité dans plusieurs parties du monde. Ces pouvoirs et connaissances devraient contribuer à répondre à n'importe quelle question relative à la santé de n'importe quelle personne. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas. Les meilleures techniques ne garantissent pas toujours les meilleures relations interpersonnelles.

C'est pourquoi nous nous sentons toujours obligés de crier et d'interpeller tous acteurs et professionnels œuvrant dans le monde de la santé afin qu'en plus des pouvoirs et connaissances techniques, ils puissent disposer aussi d'habiletés relationnelles et interpersonnelles susceptibles d'adoucir et permettre la connexion thérapeutique entre professionnel et patient ; d'où l'importance de l'humanisation de la relation interpersonnelle. De fait, la relation entre professionnel et patient est le moment le plus important des soins dans le processus thérapeutique. Dans cette interrelation, l'agent de santé devrait toujours viser le maximum de bien pour le patient comme son unique but.

Les facteurs qui entrent en jeu pour l'atteinte de cet objectif humanisé, et que les agents de santé sont appelés à mettre en œuvre, se subdivisent en plusieurs étapes. Le premier moment commence par le diagnostic et la thérapie. C'est le moment fort pour entrer en dialogue avec le patient. Il s'agit de deux personnes caractérisées par deux consciences qui se communiquent. Il est important que le professionnel de santé se rende compte de la condition humaine égale et digne qui l'unit au patient qui a besoin de son aide. Il doit alors le traiter toujours comme une fin et jamais comme un moyen.

Ensuite lorsque le malade doit être hospitalisé il a besoin d'assistance durant tout son séjour. Ici entre en jeu le souci de lui faciliter les commodités nécessaires à son bien-être complet. On doit lui offrir la correcte et exhaustive information à propos de l'état

de sa maladie et du traitement à suivre. Il est également important d'informer le patient sur la nature des répercussions possible de sa maladie sur sa vie active et ses relations. Par exemple, s'il y a des risques d'invalidité, de mort prochaine ou de contamination sur autrui, il est bien que le patient soit bien informé comme un droit inaliénable.

De même, il est du devoir du professionnel d'informer le patient de la typologie des contrôles qu'il doit effectuer quand il doit quitter l'hôpital ou après que termine la phase aigüe de sa maladie. Il est bien ici d'impliquer sa famille et toutes les personnes susceptibles de l'accompagner dans ce processus de rétablissement. D'autres éléments sont aussi à prendre en compte dans la relation interpersonnelle comme le sens de l'espérance et de l'optimisme qu'il faut savoir insuffler au patient. Il faut aussi l'aider à identifier les situations psychologiques et sociales qui peuvent influencer négativement sur sa récupération, sans négliger le respect de ses valeurs religieuses et laïques, etc.

Bien que l'importance et la valeur thérapeutique des relations interpersonnelles ne soient plus à démontrer, en particulier entre professionnel et patient, on peut se rendre compte tout de même que ce qui est thérapeutique pour le patient n'est pas toujours le cas pour la médecine scientifique moderne. Il s'agit de quelque chose de plus que le simple diagnostic ou la thérapie. L'acte thérapeutique qui fait du bien au patient, on ne le voit pas a priori, ni ne s'atteint par des prescriptions. C'est pourquoi on doit le faire avec attention, par exemple, en écoutant ce que le patient sait seulement exprimer avec ses propres mots et avec les symptômes exposés. Il appartient, dès lors, aux professionnels de rechercher au-delà de ce qu'exprime le patient, ce qui fait la réalité de sa souffrance et son besoin d'être soulagé, à travers des instruments très peu utilisés, comme les émotions, les sentiments, la compréhension de l'autre, etc. Sans ces instruments relationnels, l'acte médical devient un acte mécanique, et l'hôpital un semblant de garage, un hôtel ou un lieu de peur et de souffrance inutile.

L'humanisation des relations interpersonnelles leur permet, par conséquent, d'être thérapeutiques, et facilite l'alliance de travail entre deux personnes qui doivent être conscientes de leur réciprocité : le professionnel et le patient. C'est dans ce sens aussi que l'adage africain reconnaît que « l'homme est le remède de l'autre ». Et pour humaniser les relations interpersonnelles, il est important de considérer quelques éléments capitaux contenus dans les attitudes que propose Carl Roger, à savoir l'empathie, la considération positive et l'authenticité (nous aborderons ces éléments

plus en détail avec le module sur le counselling). Humaniser la relation interpersonnelle signifie aussi se mettre à la place de l'autre (empathie). Cela ne signifie pas être meilleur que lui, mais simplement une attitude pour accueillir les multiples besoins de l'autre. Il est également évident que la médecine scientifique ne peut, à elle seule, réaliser cette rencontre totale et humaine entre professionnel et patient. C'est pourquoi la préparation universitaire ou professionnelle du personnel soignant doit développer, en plus, les capacités humaines présentes en tout être humain. Elle doit intégrer la compréhension des aspects humains du patient avec l'apprentissage d'habiletés humaines constantes qui peuvent être des résultats de l'expérience intellectuelle et affective. Ainsi le chemin de l'humanisation est ouvert et doit faire un parcours scientifique, humain, éthique, philosophique et culturel.

Chapitre 3: Humanisation et quelques éléments de bioéthique fondamentale

La bioéthique constitue aujourd'hui un tournant fondamental dans le domaine socio-sanitaire et médical. Elle est une dimension indispensable dans le processus d'humanisation, et intervient spécialement dans les orientations pour les prises de décisions d'ordre éthique et délibératif. Comme une science et une discipline au service de l'humanisation, nous aborderons tour à tour ses origines, ses principes fondamentaux, l'éthique dans l'intervention sociale et la question des comités d'éthique.

1. Aux origines de la bioéthique

Après une brève historique de la naissance de la bioéthique, nous relèverons quelques faits saillants qui ont émaillé la littérature y relative.

1.1. Un peu d'histoire

La bioéthique moderne telle que connue aujourd'hui est née aux Etats Unis dans les années 1960. C'est une période caractérisée par diverses mutations non seulement sur le plan scientifique, technologique et médical, mais aussi sur le plan sociopolitique avec les mouvements de libération, de décolonisation, de lutte des classes, etc. En effet, le terme « bioéthique » est apparu pour la première fois dans les travaux de l'oncologue américain Van Rensselaer Potter dans son livre *Bioethics, a bridge to the future* (Bioéthique, un pont vers le futur). Selon Potter, la bioéthique se conçoit comme une nouvelle discipline qui combine la connaissance biologique avec la connaissance des systèmes de valeurs humaines. *Bio* signifie les connaissances biologiques, la science des systèmes vivants, et *éthique* représente la connaissance des systèmes de valeurs humaines. Le désir de Potter était d'établir un pont entre deux cultures: la science et les humanités.

D'autre part, en 1972, un médecin hollandais qui travaillait à l'Université de Georgetown, du nom d'André Hellegers, utilisera le même terme pour dénommer un nouveau centre d'investigation: « *Institut Joseph et Rose Kennedy pour l'étude de la*

Reproduction humaine et la bioéthique. Si le premier auteur (Potter) a semblé penser la bioéthique dans un sens global, c'est-à-dire comme une réflexion à partir de la science biologique sur les défis que pose le développement de la biologie au niveau de l'environnement et de la population mondiale, il n'en sera pas toujours le cas pour le second auteur. Dans cette tradition, s'est développée ce qu'on a appelé la « macro-éthique » qui aborde des questions comme la justice dans la distribution des ressources, l'environnement ou le commerce des armes. Pendant ce temps, Hellegers parle de « micro-éthique », qui aborde plutôt des questions de conflits éthiques qui surgissent dans la pratique de la médecine clinique et dans les investigations scientifiques. Cependant la perspective de la bioéthique qui s'est le plus étendue est celle qui s'occupe de la clinique, celle qui met en relation l'exercice de la médecine avec les conflits de valeurs, les problèmes du début de la vie, la génétique, l'avortement, la fin de vie, l'euthanasie, les soins palliatifs, etc.

Il ya lieu de relever aussi que la bioéthique s'est beaucoup développée dans ces dernières années en donnant naissance à plusieurs autres perspectives. On parle, par exemple, aujourd'hui de bioéthique d'assistance, celle qui s'occupe de la vie et de la santé. Ici entrent en jeu l'infirmerie, le travail social, la thérapie occupationnelle, et toutes les autres professions qui interviennent dans les soins des personnes dans le champ sanitaire, social ou socio-sanitaire.

1.2. Revue de littérature sur la bioéthique

La naissance de la bioéthique dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle est le fruit d'un moment historique caractérisé, non seulement par les progrès scientifiques et technologiques sur le terrain de la biomédecine, mais aussi par de grands mouvements culturels et sociopolitiques. On peut retenir, entre autres, la préoccupation pour la justice et l'égalité (La charte des droits de l'homme de 1948), la lutte contre la discrimination raciale (Le Code de Nuremberg de 1946 après les procès des camps de concentration nazis), les mouvements pacifistes, les mouvements de libération d'Amérique Latine et d'Afrique (les mouvements de décolonisation), etc. On y associe également le désir pour une réflexion plus poussée sur les questions du sens de la vie, la

fragilité humaine, la souffrance, la mort ainsi que les questions relatives à la justice et à la préservation d'un monde meilleur pour les êtres humains⁴¹.

Pour ce qui concerne spécifiquement le milieu scientifique, une revue nord-américaine, *Life magazine* publia en 1962, un article sur les critères de sélection des candidats à qui proposer les nouvelles découvertes d'appareils d'hémodialyse rénal. À la base de cela surgit à Seattle dans un Centre d'Admission et de distribution rénale, une préoccupation pour trouver réponse à la question sur la forme de distribuer ces nouvelles ressources sanitaires pour lesquelles il y avait beaucoup plus de candidats que de places disponibles. On recourut, pour la sélection des candidats, à un groupe réduit de personnes majoritairement non-médecins, en pensant que les médecins n'étaient pas particulièrement les plus idoines pour établir ces critères de sélection. On eut conscience que la justice dans la sélection n'était pas une habileté médicale, et que des personnes profanes en médecine pouvaient le faire mieux ou pire, mais de forme plus libre et moins conditionnée par les intérêts des patients. Et ce fut une réussite, car pour la première fois, une décision de cette envergure était prise hors du strict champ de la médecine.

Un autre moment d'importance capitale fut en 1966, quand fut publié un travail qui recueillait 22 articles, tous publiés dans des revues scientifiques qui, selon l'auteur, n'accomplissaient pas les exigences minimales d'éthique. Quatre ans plus tard, le sénateur Edward Kennedy mit en lumière des expérimentations alarmantes comme celles de Tuskegee où on refusa le traitement avec antibiotique à des Noirs affectés par la syphilis, pour pouvoir ainsi étudier le cours de cette maladie. L'opinion publique américaine resta profondément choquée. On institua alors une commission nationale (1974-1978) où on énuméra les directives qui doivent régir les expérimentations sur des êtres humains. C'est de cette commission que sortira postérieurement ce qu'on appellera *Informe Belmont*, et qui aura une grande importance dans le développement ultérieur de la bioéthique.

Un autre fait important à relever aura lieu en 1967, date de la première greffe cardiaque qui ouvrit les portes de l'espérance à un grand nombre de personnes qui souffraient de cardiopathies irréversibles. Cependant cela apporta aussi un nombre considérable de

⁴¹ JC. BERMEJO, R.M. BELDA, *Bioética y acción social, Cómo afrontar los conflictos éticos en intervención social*, Sal Terrae, Santander, 2006, p. 32.

problèmes éthiques. Il ne s'agissait pas seulement de problème de dégradation d'un simple muscle cardiaque auquel on avait donné culturellement une grande importance, mais en plus il y avait le problème de consentement du donateur, et surtout la difficulté pour déterminer le moment exact de la mort du sujet. La commission qui a commencé à étudier ces questions, consciente que le problème allait au-delà de la médecine, inclut en son sein la présence d'un théologien pour aider au discernement.

On peut relever aussi le cas de *Karen A. Quinlan*, la jeune américaine en état de coma, et dont les parents adoptifs, catholiques pratiquants accompagnés par un curé, devant le pronostic d'irréversibilité de leur fille pour une vie consciente, demandèrent à la direction de l'hôpital qu'on lui déconnecte le respirateur qui la maintenait en vie. Cela donna l'origine à un procès polémique légal dans lequel le *Tribunal Suprême de l'Etat de New Jersey*, dans une sentence historique (1976), reconnut à la jeune fille le droit de mourir en paix et avec dignité. Ce cas très fameux dans la littérature internationale sur la bioéthique, donnera un pas à beaucoup de nouvelles considérations et dilemmes éthiques.

En relation avec ces éléments il faut citer aussi *la charte des droits des malades* qui a été instituée en 1972 aux USA et qui s'étendra, par la suite, au reste du monde. Cette charte permet d'établir une relation plus horizontale et égalitaire à l'intérieure des institutions sanitaires déjà habituées à des relations verticales. Sa philosophie consiste à reconnaître aux patients les mêmes droits que toute personne dans la vie normale, en faisant en sorte que l'hôpital fonctionne avec des lois similaires à celles du reste de la société. Le pilier central de cette charte est le concept de *consentement informé*, c'est-à-dire que le patient doit d'abord donner sa permission ou montrer son consentement avant de faire ce qu'on veut sur lui comme traitement ou soin. Cela permet d'éviter le paternalisme médical dans la relation médecin-patient.

Vu ces différents mouvements dans l'évolution de la bioéthique, l'on peut se poser la question de savoir si l'humanité dispose de toutes les capacités nécessaires pour ouvrir de nouveaux chemins et pour améliorer la qualité de vie, ou bien, doit-on craindre que tous les efforts scientifiques et technologiques reviennent contre l'homme. Il ne faut pas non plus oublier que, pendant que, nous sommes entrain de parler des faits du passé, il se produit de grands mouvements dans la société actuelle comme les questions d'égalité des sexes, la recherche de reconnaissance des droits des homosexuels, l'écologie, les

changements climatiques, la sécularisation, etc. Ces réalités continuent d'influencer le développement de la bioéthique qui se voit insérée dans une société pluraliste et séculière, et où on ne peut recourir à aucune autorité légitime et reconnue par tout le monde.

La confluence de ces éléments a alors rendu la bioéthique comme une espèce de référence obligatoire pour les expérimentations par rapport à l'homme dans le milieu scientifique et médical. Elle est la discipline qui s'occupe de l'étude des problèmes et des questions qui sont suscités quand entrent en conflit les valeurs dans l'assistance sanitaire, dans les soins de la vie, dans la répartition des ressources et dans les recherches biomédicales. La définition de *Reich* (1978) dans son *Encyclopédie de Bioéthique* stipule ainsi que la bioéthique est l'étude systématique des dimensions morales- incluant la vision morale, les décisions, les conduites et les politiques- des sciences de la vie et des soins de la santé, en utilisant une variété de méthodologies éthiques dans un contexte interdisciplinaire⁴².

La bioéthique peut aussi se définir comme l'étude systématique de la conduite humaine dans le domaine des sciences humaines et de l'assistance sanitaire, et elle examine cette conduite à la lumière des valeurs et des principes moraux. Ainsi toute définition de la bioéthique se fonde toujours sur une étude interdisciplinaire de l'ensemble des conditions qui exigent une gestion responsable de la vie humaine dans le cadre des rapides et complexes progrès du savoir et des technologies biomédicales, ou de l'étude des normes qui doivent régir notre action sur le terrain de l'intervention technique de l'homme sur sa propre vie.

En général, on distingue quatre éléments principaux qui caractérisent la bioéthique: l'interdisciplinarité, la globalité, la sécularité et la pluralité. En effet, l'interdisciplinarité implique qu'il faut considérer, à la fois, plusieurs disciplines dans les prises de décisions éthiques (médecine, infirmerie, psychologie, économie, travail social, droit, philosophie, théologie, etc.). Car les problèmes dont on a affaire ont aussi diverses implications médicales, psychologiques, sociales, familiales, spirituelles ou économiques. En outre, on se rend compte que la santé ne se réduit pas seulement à quelque chose de purement biologique, mais qu'elle affecte toute la personne. Pour cela toutes les interventions

⁴² F. PRAT, *Bioética en residencias, problemas éticos en la asistencia a la persona mayor*, Sal Terrae, Santander, 2008, p. 27.

dans le domaine de la santé doivent avoir une perspective holistique, globale et intégrale. Humaniser la santé revient alors à générer une santé holistique. Et un des indicateurs de l'humanisation de la santé est la considération de la personne soignée de façon holistique, ce qui témoigne d'une interconnexion étroite entre bioéthique et humanisation de la santé.

Le côté séculaire de la bioéthique nous rappelle aussi qu'il s'agit d'une éthique civile et laïque, c'est-à-dire non religieuse, qui se soutient dans la rationalité humaine séculière, capable d'être partagée par tout le monde sur le terrain neutre de la philosophie. Elle suit le principe de l'éthique du minimum dont la marque est la loi, et vaut pour tout le monde. Pour ce qui concerne l'éthique du maximum, la religion ne peut pas la légiférer pour tout le monde, mais on y reconnaît que chacun peut disposer de son monde de valeurs (religieuses ou non) qu'il met en jeu dans sa vie privée. Nous nous situons ici selon le point de vue de l'éthique du minima où une vision séculière de la bioéthique permet de rechercher et de partager des valeurs civiles et laïques communes avec des personnes croyantes ou non-croyantes.

Pour ce qui concerne l'angle pluriel de la bioéthique, il s'agit de considérer la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui comme ouverte, et où il n'existe pas un unique code moral, mais que chaque individu ou groupe, en exerçant son autonomie, décide de ses valeurs à suivre. Il ne s'agit pas non plus de tomber dans un certain relativisme béat de « tout vaut ». Il s'agit simplement d'accepter que la société est plurielle, et que chacun peut avoir son propre code moral, et agir en toute liberté de conscience. C'est une conquête des sociétés modernes et démocratiques actuelles, et cela implique que personne (même pas les instances supérieures de l'Etat, d'Eglise ou de groupe médiatique), ne peut prétendre imposer dans la société son idée de bien ou de juste en dehors de la loi. Cela implique aussi que les citoyens doivent se mettre d'accord sur un certain nombre de principes minimum qui régulent leur vie commune, ce qu'on appelle l'éthique du minima ou l'éthique civique.

2. Les principes fondamentaux de la bioéthique

De prime abord il est indispensable de faire quelques distinctions dans la compréhension de la bioéthique. On y distingue principalement deux formes avec divers principes complémentaires : la bioéthique personnaliste et la bioéthique *principialiste*.

2.1. La bioéthique personnaliste

La bioéthique dite personnaliste a pour finalité essentielle la promotion du bien intégral de la personne humaine, sommet du créé, axe et centre de la vie sociale. Le personnalisme trouve ses origines dans la pensée classique (chez Thomas d'Aquin), et s'enrichit avec les apports d'une série de personnages comme Emmanuel Mounier, Etienne Gilson, Agostino Gemelli, Gabriel Marcel, Emanuel Levinas, Martin Buber, etc. Par exemple, dans les écrits de Segreccia, père de la bioéthique personnaliste, il y a une référence constante à la pensée de l'Eglise catholique. Pour lui, une vision de la foi ne perturbe en rien une réflexion autonome rationnelle tout comme rien ne gêne une vision de l'œil humain avec l'aide du microscope ou du télescope.

La bioéthique personnaliste repose, en effet, sur quatre principes fondamentaux tout comme la bioéthique *principialiste* que nous verrons plus loin. Il faut citer, tout d'abord, le principe de défense de la vie. Ce principe stipule que la vie physique et corporelle est une valeur fondamentale de la personne parce que celle-ci ne peut exister que dans un corps. La liberté ne peut non plus se manifester que dans la vie physique, car pour être libre, il faut d'abord être vivant. On ne peut être libre si on n'est pas vivant. La vie est première avant la liberté. C'est pourquoi la liberté qui supprime la vie est une liberté qui se supprime elle-même.

Il y a ensuite le principe de totalité qui reconnaît que la personne en soi est libre avec un corps constitué d'une totalité. C'est de-là que dérive le principe thérapeutique à travers lequel il est licite d'intervenir dans une partie du corps quand il n'y a pas autre forme pour soigner la totalité du corps. Sont alors requises les conditions suivantes : consentement informé de la personne, espoir de succès et impossibilité de soigner la totalité sans intervention.

Le troisième principe concerne la liberté et la responsabilité. Dans ce principe, on considère que la personne est libre, mais elle est libre pour atteindre son propre bien, le bien des autres et de tout le monde, car le monde a été confié à la responsabilité humaine. On ne peut donc parler de liberté sans parler de responsabilité. Il faut alors envisager une bioéthique de la responsabilité face aux autres personnes, face à soi-même, à sa propre vie, à la vie des autres personnes et les autres êtres vivants.

Le quatrième principe porte sur la sociabilité et la subsidiarité. Toute personne est insérée dans une société et, en plus, est elle y constitue le centre. On attend qu'elle soit la bénéficiaire de toute l'organisation sociale parce que la société doit bénéficier à tout homme et à tous les hommes. La relation sociale est aussi aidée par le concept de subsidiarité, c'est-à-dire que tout le bien qu'une personne peut faire soi-même doit être respecté, ainsi que tout le bien que peuvent faire les personnes associées, en famille ou en associations libres. Mais ce principe ne termine pas ici. Il implique aussi qu'on doit aider ceux qui ne peuvent pas s'aider eux-mêmes, qui n'ont pas la possibilité de chercher le nécessaire par eux-mêmes, le nécessaire pour leur alimentation, leur santé, leur instruction. La société devient alors une vraie société humaine lorsqu'elle se définit comme solidarité⁴³, d'où l'importance de l'humanisation dans les relations interpersonnelles.

Outre les promoteurs de la bioéthique personnaliste, il y a les *principialistes* (Beauchamp et Childress) qui ont élaboré un paradigme moral pour ceux qui travaillent spécialement dans le domaine socio-sanitaire afin de leur donner une référence pratique et conceptuelle qui peut servir d'orientation dans des situations concrètes.

2.2. La bioéthique principialiste

Tous les systèmes éthiques contiennent des principes pour la prise de décisions et délibérations morales. Ces principes sont des pistes d'action ou des critères d'orientation pour le bon comportement personnel et l'exercice professionnel correcte.

⁴³ L. CICCONE, "Bioética. Historia y problemática actual" in *Pastoral de la salud y bioética*, op.cit., pp. 167-168.

On en dispose généralement quatre principes selon Beauchamp et Childress: la non-malfaisance, la bienfaisance, l'autonomie et la justice⁴⁴.

2.2.1. La non-malfaisance

Le principe de non-malfaisance suit la consigne classique qui signifie : *primum non nocere* (premièrement ne pas nuire). Il nous oblige à respecter l'intégrité physique et psychologique de la vie humaine. On ne doit rien faire qui occasionne un dommage au patient. Et on doit éviter tout motif, risque ou bénéfice qui ne soit pas en adéquation avec l'intérêt du patient. Le contenu de ce principe se réfère plus à la bonne pratique médicale. Les dommages intentionnels, les maltraitances, la non-alimentation adéquate, la mauvaise pratique dans l'assistance, etc., sont des pratiques, qui, clairement portent atteinte à ce principe.

La non-malfaisance inclut aussi la compétence professionnelle de telle sorte que, si nous causons un dommage à un malade par notre mauvaise préparation et formation ou par manque d'habiletés dans les soins physiques, psychologiques et affectifs, nous allons contre ce principe. On peut également parler de non-malfaisance quand nous agissons en sorte que d'autres personnes évitent de faire des dommages au patient.

Les dommages dont il s'agit sont ceux attribuables à la volonté humaine, et qui impliquent une violation des droits légitimes et intérêts d'une personne. On parle alors de « no-lésion » ou « non-agression » au sens d'éviter la négligence ou l'ignorance dans l'exercice de la profession médicale ou d'assistance. Il s'agit aussi de ne pas rompre la confidentialité et éviter de causer du mal physique sur sa personne ou sur la personne d'autrui. Ce principe fait, en outre, référence aux règles comme « ne pas tuer », « ne pas causer douleur ou souffrance », « ne pas offenser », « ne pas priver autrui des biens de la vie » et « ne rendre personne incapable », etc.

⁴⁴ J.C. ALVAREZ, "Bioética (fundamentación en)" in *Pastoral de la salud y bioética, op.cit.*, pp. 145-157.

2.2.2. Le principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance consiste en une obligation morale de faire le bien. Dans la pratique, il oblige à agir toujours au bénéfice du patient. Selon les codes de déontologie des professions médicales, on doit faire le bien à l'autre à travers l'exercice de sa profession. Il y a aussi l'exigence que nous ayons une prédisposition pour le bien de la personne que nous soignons. D'une certaine manière, ce principe nous interpelle à nous préoccuper pour le bien d'autrui, à mettre de l'intérêt dans ses soins. Et faire le bien à une personne présuppose une certaine connaissance et attitude d'approche professionnelle envers elle. Pour cela il ne suffit pas seulement d'être de bonnes personnes ou d'avoir une bonne volonté. Il est indispensable aussi de se former desquamement en attitudes et habileté d'écoute, d'empathie, de communication, etc.

Car c'est une obligation pour tout professionnel de promouvoir et la guérison et les soins du patient en intégralité. Cependant on doit éviter le danger du paternalisme qui n'est autre chose que le fait d'imposer à autrui notre propre idée du bien. Il faut faire le bien mais avec le consentement de la personne sans la forcer. Pour cela la bienfaisance va de pair avec l'autonomie du patient, car le bien dont il est question ici est celui que la personne elle-même considère comme tel selon ses valeurs, sa cosmovision et ses désirs.

Dans la pratique, le principe de bienfaisance nous oblige à protéger et à défendre les droits d'autrui, à prévenir le danger, à supprimer les conditions qui peuvent causer des préjudices aux autres, à aider les personnes ayant des dis-capacités ou à sauver les personnes en danger, etc. Selon certains critères d'actuation, on peut suivre le raisonnement suivant :

- Que la personne soit exposée à un risque de perte significative ou un préjudice pour sa vie et sa santé ou pour quelque autre intérêt principal.
- Que l'action de X soit nécessaire (seule ou avec d'autres) pour prévenir cette perte ou ce préjudice.
- Que l'action de X (seule ou avec d'autres) aie une forte probabilité de la prévenir.
- Que l'action de X ne représente pas de risques, de coûts ou charges significatives.

- Que le bénéfice que Y peut espérer obtenir dépasse n'importe quel préjudice, coût ou charge⁴⁵.

2.2.3. Le principe d'autonomie

L'autonomie est la capacité de s'autogouverner, de choisir librement. Et en vertu de cette capacité que toute personne dispose, le principe d'autonomie oblige le professionnel à respecter les valeurs et les options personnelles de chaque individu dans les décisions basiques qui l'engagent. Dans la pratique quotidienne, tout acte de soin à un malade doit être imprégné de l'opportunité d'information à propos de ce qu'on lui fait et pourquoi on le fait. Le patient a droit à une information claire, compréhensible, que ce soit pour une opération, pour une analyse médicale ou un test psychologique, etc. Jusqu'à preuve du contraire toute personne a droit à décider sur n'importe quel type de pratiques et décisions par rapport à sa vie. Le principe d'autonomie nous oblige donc à favoriser l'autonomie du malade, à le rendre indépendant et libre. Dans la pratique il se réfère au consentement informé du patient dans le respect de son intimité et de sa volonté.

Le principe d'autonomie oblige, en outre, à respecter la liberté et les valeurs fondamentales du patient, et à ne pas lui imposer nos propres décisions. Parler d'autonomie, c'est aussi prendre en compte deux conditions essentielles :

- a) la liberté (agir indépendamment des influences externes)
- b) être agent (avoir la capacité pour agir intentionnellement).

2.2.4. Le principe de justice

Le principe de justice nous oblige à traiter tout le monde avec égalité et équité, à ne discriminer personne pour des raisons sociales (l'âge, le sexe, la maladie, l'ethnie, la provenance, la race, etc.). Il nous oblige aussi à répartir les ressources et leur accessibilité avec équité en protégeant les plus nécessiteux.

⁴⁵ J.C. BERMEJO, R.M. BELDA, *Bioética y acción social*, op.cit., p. 60.

Le professionnel fera alors attention pour ne pas créer des différences inutiles entre les patients, par exemple, en leur accordant des privilèges en fonction de leur richesse, leur capacité, leur sympathie ou maladie, etc. Tous les citoyens burkinabés doivent avoir droit aux mêmes soins et mêmes traitements qu'exige leur état. Selon quelques auteurs, la délibération suivant le principe de justice peut prendre en compte les critères ci-dessous :

-A chacun, une part égale.

-A chacun selon ses besoins.

-A chaque personne selon son effort.

-A chacun selon sa contribution.

-A chacun selon ses mérites.

-A chacun selon les échanges du libre marché⁴⁶.

2.2.5. Autres principes connexes et leurs relations internes

Dans le développement ultérieur de la bioéthique, on a pu relever d'autres principes qui font aussi référence à ceux déjà su-cités. Il y a par, exemple, le principe de la vérité qui stipule qu'on doit donner aux patients l'information juste et vraie de façon progressive sans contradiction, au moment adéquat, qui leur permet d'adopter des critères et des mesures thérapeutiques à base de consentement explicite.

On distingue aussi le principe de discrétion selon lequel le personnel sanitaire doit respecter le secret de la confidentialité. Un autre principe est celui de subsidiarité qui stipule que la société ne doit pas supplanter la libre initiative de la personne ou des groupes, mais doit garantir leur fonctionnement. En d'autres termes, il faut aider là où il y a le plus de besoin.

On se rend également compte que parfois les principes peuvent entrer en conflit ou en collision. Alors la question consiste à savoir comment prendre une décision en respectant ces dits principes. Par exemple, nous pouvons vouloir respecter le principe d'autonomie, et nous nous rendons compte que nous allons à l'encontre de celui de la bienfaisance en délaissant le bien que nous voulons faire.

⁴⁶ Idem, p. 68.

Les principes de non-malfaisance et de justice ont en outre un caractère public, et par conséquent, déterminent nos devoirs envers tout le monde et envers chaque être humain, tant dans l'ordre de la vie biologique (principe de non-malfaisance) comme sur le plan social (principe de justice). Ces principes définissent des devoirs qui sont universalisables et exigibles de façon égale pour tout le monde. Et pour que cela soit possible, il faut qu'on formule ces préceptes de manière acceptable pour tout le monde, et par conséquent, leur donner une forme juridique. C'est dans ce sens qu'on fait recours à la loi qui recueille ce qui est interdit de faire ou ce qui est licite. Tuer, voler, discriminer, provoquer des lésions, etc., constituent des attentats contre les principes de non-malfaisance et de justice qui protègent les valeurs fondamentales auxquelles la société a décidé de donner un caractère légal en punissant ceux y contreviennent.

Vu le caractère public et social des principes de non-malfaisance et de justice, on les priorisera lorsqu'il s'agit de faire des délibérations qui impliquent plusieurs principes à la fois. Par contre, les principes d'autonomie et de bienfaisance se référant plus à l'espace privé de chaque personne, ils doivent être gérés en accord avec les croyances et les idéaux de chacun. Ainsi les deux premiers principes correspondent à ce que nous avons appelé l'éthique du minimum et reste valables pour tout le monde tandis que les deux autres constituent l'éthique du maximum. Chacun établit pour soi le degré de bienfaisance et d'autonomie qu'il désire pour sa vie.

3. Bioéthique, éthique et intervention sociale

Après avoir décrit ce qu'on entend par l'éthique, en général, nous nous intéresserons, par la suite, à ses implications dans l'intervention sociale et dans le processus de l'humanisation.

3.1. Ce qu'on entend par éthique

Avant de parler de bioéthique il faut d'abord savoir ce que c'est que l'éthique. En effet, l'éthique se réfère à une partie du projet de bonheur des hommes et des femmes, qui, à travers leur engagement communautaire, les introduit dans une vie citoyenne. Car être citoyen, c'est miser pour une éthique de la responsabilité qui oblige à se pencher sur la

forme d'être et d'être dans le monde. L'engagement éthique dont il est question ici est en relation avec la compassion et la reconnaissance de l'identité de toute personne souffrante, c'est-à-dire ce qui me meut à agir en faveur de l'autre.

Le mot éthique vient du grec *ethos* qui signifie caractère, mode d'être. Et quand nous parlons de caractère, ce qui nous intéresse c'est le sens moral du terme, c'est-à-dire le mode d'être stable d'une personne du point de vue des habitudes morales qui la caractérisent. Cela se réfère aussi au type de personne qu'on a choisi d'être. *Ethos* est le contraire de *pathos* qui est en rapport avec ce qui nous a été donné par la nature, ce que nous avons reçu passivement sans effort physique. Par conséquent, éthique a quelque chose à avoir avec la liberté, l'autonomie humaine et le projet de vie de chaque personne. *Ethos* se réfère aussi aux habitudes individuelles comme actes concrets et particuliers à travers lesquels la personne réalise son projet de vie. Ainsi le caractère individuel et personnel se forge par des choix particuliers que nous faisons dans nos vies quotidiennes, et à travers lesquels nous configurons le type de personnes que nous sommes.

Dans le langage courant, on utilise indistinctement les concepts d'éthique et de morale, car le terme moral provient du latin *mos-moris* à partir duquel on a traduit l'*éthique*, terme grec qui signifie mœurs, habitudes, coutumes. Aujourd'hui on donne deux sens différents aux deux termes. D'une part on réserve le terme éthique à la philosophie qui étudie rationnellement la conduite humaine à partir d'un point de vue normatif (ce qu'on doit faire), et d'autre part le terme morale se réfère à la morale vécue, c'est-à-dire les codes de conduite d'une communauté, sans s'arrêter nécessairement sur la réflexion rationnelle des dites conduites.

En d'autres termes, l'éthique est la partie de la philosophie qui réfléchit sur les choses que nous faisons, sur leur fondement et sur les valeurs que nous leur attribuons; et la morale est la doctrine pratique qui ordonne des comportements concrets. Ainsi on peut parler de morale catholique comme une doctrine qui illustre le comportement concret des chrétiens catholiques⁴⁷. On peut alors insinuer qu'il existe une nuance entre la morale vécue et la morale réflexive qu'on appelle éthique et qui fait l'objet de notre cours. C'est sur cette dernière que nous nous basons pour aborder les questions éthiques dans les domaines socio-sanitaires.

⁴⁷ Idem, pp. 14-15.

3.2. Ethique et intervention sociale

En général, quand on parle d'éthique, on pense à un idéal de bien, de bonheur, de responsabilité, de valeurs, pour soi-même et pour les autres. On a aussi comme point mire le bien commun, le bonheur pour tous les hommes, et par conséquent, l'engagement et la construction solidaire d'une communauté citoyenne.

De même, un autre aspect de l'éthique est le bénévolat et la solidarité. Il s'agit, en effet, du désir de créer une relation entre l'action mue par la gratuité et celle mue par l'intérêt. Car le volontaire ou le bénévole s'identifie à une personne altruiste et désintéressée, mue fondamentalement par une impulsion de gratuité, d'amour et de compassion.

Quant à la solidarité, elle est vue comme une espérance qui nous fait rechercher un nouveau pacte éthique pour l'humanité en situant les personnes exclues au centre de la pratique sociale, et en établissant avec elles une relation de réciprocité. Elle suppose alors un regard nouveau pour reconnaître en l'Autre la dignité intrinsèque de chaque être humain. Et en parlant de dignité humaine, nous nous rappelons le principe kantien: « agis de telle manière que tu traites l'humanité tant en ta personne que dans la personne d'autrui, non comme un moyen, mais toujours et en même temps comme une fin ». C'est sous l'éclairage de ces principes et guidés par les critères de compassion, de justice, de solidarité au regard de ce qui constitue la dignité humaine, que nous pouvons opérer des choix humanisés. En guise d'exemple pour la délibération éthique, nous proposons l'exercice suivant :

Une barque de service humanitaire se trouve au milieu de la mer. L'ambiance est de joie, lorsque tout à coup, les passagers se rendent compte que la situation est devenue dramatique. La barque est remplie d'eau à cause d'un problème impossible à régler. Il y a seulement deux sauve-vies suffisamment équipés pour la situation en jeu. Il s'agit de deux petites boîtes flottantes disponibles pour sauver possiblement deux passagers à bord. Il n'y a ni téléphone ni autres moyens disponibles pour notifier la dramatique situation. L'hypothèse de sauver sa propre vie en comptant sur ses propres moyens (la nage, par exemple) n'est pas faisable, parce que l'eau est glacée, et seulement, on ne peut y survivre que durant quelques minutes.

Avant que la barque ne sombre, l'unique chose qui peut se faire est de décider ceux qui seront les deux personnes à sauver, et les messages qu'on va leur confier. Les passagers se composent comme suit:

- Un médecin missionnaire de la commission humanitaire;*
- Une religieuse infirmière et missionnaire qui coordonne le service humanitaire;*
- Un groupe de personnes qu'on est entrain d'aider pour retourner chez elles; parmi ce groupe on a un prisonnier assassin en série qui retourne à la prison, un enfant de sept mois sans parents, un vieillard dépendant, une prostituée malade du sida, un père de famille veuf et avec six enfants; dans l'embarcation il y a aussi le conducteur de la barque, responsable de l'aide international et qui arrive de l'étranger pour aider la zone pauvre où se passe un drame humanitaire.*

Indications pour le travail individuel ou en groupe :

- Ouvrir un dialogue débat par rapport à quelles personnes il est préférable de sauver.*
- Prendre conscience des différents enjeux (paradigmes éthiques) au moment de décider de qui sera sauvé.*
- Essayer de prendre conscience de comment les sentiments et les valeurs entrent en jeu, ainsi que la difficulté pour prendre des décisions éthiques dans la vie.*
- Penser à d'autres circonstances plus réalistes dans lesquelles les membres du groupe se trouvent toujours, et doivent décider.*

Une autre forme de parler de bioéthique dans le domaine de l'intervention sociale, est la réflexion sur la mission de la médecine en la considérant non pas seulement comme une science limitée aux soins, mais aussi qu'elle doit se dédier à la promotion de la santé intégrale et globale de l'être humain. On parle alors d'une santé qui doit englober le physique, le mental, l'émotif, le relationnel et le spirituel. C'est aussi dans ce sens que l'OMS parle de la santé qui n'est pas seulement une absence de maladie, mais une intégration des aspects psychologiques et sociaux, en mettant l'accent sur la collaboration des secteurs sanitaire, social et économique. Dès lors le lien entre bioéthique et intervention sociale apparaît évident. Il s'agit, en particulier, de reconnaître et d'aider à construire la dignité de chaque être humain, et à générer les conditions de vie dans lesquelles chaque personne peut se développer, en collaborant à améliorer la qualité de vie, la santé individuelle et collective⁴⁸.

⁴⁸ Idem, p. 35.

En considérant, en outre, les relations entre bioéthique et intervention sociale, on peut y trouver des pistes utiles pour l'humanisation des services socio-sanitaires. Il s'agira en particulier de se servir d'instruments d'analyse de rigueur qu'offre la bioéthique pour comprendre les problèmes cliniques dans leur versant socio-sanitaire. Il apparaît alors un intérêt indéniable à étendre la réflexion et l'analyse sur les nouvelles problématiques de soins dans nos pays en développement dont les destinataires sont, en majorité, des personnes pauvres et vulnérables. D'où aussi l'importance de l'instauration des comités de bioéthique pour aider au dialogue et à la prise de décision d'ordre éthique dans nos milieux socio-sanitaires.

4. Comités d'éthique et méthodologies de prise de décisions

Les comités d'éthique sont des cadres d'échanges et de délibérations sur des questions d'ordre éthique et de dilemme dans le processus d'humanisation. Nous parlerons, dans un premier temps, de leur importance avant d'aborder la question des procédures méthodologiques pour la prise des décisions d'ordre éthique.

4.1. L'importance des comités d'éthique

On entend par comité d'éthique un groupe de personnes ayant pour mission de délibérer sur la moralité des décisions dans les domaines cliniques, les investigations scientifiques ou dans la gestion des ressources sanitaires. On distingue trois types de comités : les comités d'investigations cliniques, les comités d'éthique pour l'assistance et les comités d'éthique organisationnelle⁴⁹. Ces comités ont pour but de faciliter le travail des praticiens dans les prises de décision d'ordre éthique, en limitant les conflits de conscience et de valeur, l'injustice, la corruption, etc.

Dans la constitution du comité d'éthique, on tiendra compte de l'interdisciplinarité des membres avec des connaissances variées en la matière et les thèmes connexes. Leur rôle est d'aider à la réflexion sur la vie morale, et cela suppose se former, apprendre à délibérer et à décider. La délibération est la méthodologie au moyen de laquelle on réfléchit dans un comité d'éthique. C'est la forme rationnelle d'affronter la prise de

⁴⁹ JC. BERMEJO, R.M. BELDA, *Bioética y acción social*, op.cit., p. 100.

décisions, en donnant des arguments soit en faveur ou soit en défaveur, en considérant diverses alternatives et en les analysant. (...) La délibération essaie de diminuer le degré d'incertitude inhérente à toute décision en réalisant une analyse des différentes alternatives possibles, en tenant compte que l'incertitude ne se réfère pas seulement à ne pas savoir quoi faire, mais qu'il peut arriver qu'il y ait différents résultats alternatifs⁵⁰.

Dans le fonctionnement du comité, on privilégiera le dialogue qui est la base de toute délibération, et qui permet d'atteindre la vérité pour tous en termes de consensus. Ainsi dans le milieu socio-sanitaire, le comité serait comme un forum privilégié pour délibérer sur les valeurs qui apparaissent de façon implicite dans la pratique médicale. Ce dialogue portera sur l'analyse des cas concrets avec des recommandations de portée générale.

Comme fonctions spécifiques qu'on attribue aux comités d'éthique, on retient, entre autres, la protection des droits des patients, l'analyse, l'accompagnement et la facilitation des processus de décision clinique dans les situations qui génèrent des conflits éthiques entre intervenants (le personnel sanitaire, les patients ou les usagers et les institutions). Il y a aussi le rôle de collaboration dans la formation des professionnels de l'hôpital et du milieu de la santé en bioéthique. C'est également du ressort du comité d'éthique de proposer des protocoles d'action pour les situations dans lesquelles surgissent de façon fréquente ou ponctuelle des conflits éthiques⁵¹.

En outre, les membres du comité d'éthique doivent être librement choisis, et comme des volontaires. Ils doivent être des personnes ouvertes au dialogue, prudentes, compétentes professionnellement et capables de travailler de façon égale en groupe. Dans sa composition on prendra trois ou quatre médecins, trois ou quatre infirmiers, trois professionnels non-sanitaires (action sociale, patient/usager et service religieux), un expert en législation sanitaire, une ou deux personnes étrangères à l'Institution hospitalière non liées à la profession sanitaire mais intéressées par des questions de bioéthique. On peut aussi y associer un médecin membre de comité d'investigation clinique du centre ainsi qu'un membre de la commission centrale de garantie de la qualité. On n'y associera pas de membre de la direction de l'hôpital ni de l'attention

⁵⁰ R.M.BELDA MORENO, *Tomar decisiones, del proceso interior a la práctica ética*, PPC, Madrid, 2015, P.72.

⁵¹ J.C. BERMEJO, R.M. BELDA, *Bioética y acción social*, op.cit., p. 111.

primaire. Au moins on devrait y avoir un expert en bioéthique. On choisira un des membres comme consultant permanent, et qui répondra au cas d'urgence⁵².

4.2. Méthodologie pour les prises de décision

On peut suivre trois directives : la théorie de la décision rationnelle, la méthode du *principialisme* et le procédé méthodologique dite de Diego Gracia.

4.2.1. La théorie de la décision rationnelle

Les décisions d'ordre éthique suivent, d'une manière ou d'une autre, la logique des principes déjà exposés, et de la délibération dont le but est la résolution de problèmes concrets, respectant les systèmes de valeurs sur la base d'argumentations réactionnelles. Il est clair que la délibération n'évite pas forcément les conflits ni ne suppose qu'on parvient toujours à un accord sur le mode de procéder. Cependant délibérer en commun est un essai rationnel pour affronter les conflits. En général, la délibération intervient dans les cas de prise de décision en situation d'incertitude. L'objectif est la prise de décision rationnelle devant des situations de conflits d'ordre éthique.

En effet, les origines de la recherche de procédés de prise de décisions rationnelles remontent à la déontologie médicale classique et à l'éthique des situations. Un de ses théoriciens est Howard Brody. Selon ce dernier, l'accent doit être mis sur les conséquences des décisions qu'il faut, par la suite, confronter avec les valeurs des personnes en cause et des sociétés, de telle sorte qu'il ne doit pas exister de dichotomie entre ces deux entités (personnes et sociétés).

Le premier pas dans la théorie de décision rationnelle est de percevoir d'abord qu'il existe un problème moral et l'identifier. Un problème éthique se caractérise par deux ingrédients : 1) la possibilité réelle entre des cours d'actions différentes ; 2) que la personne impliquée soit capable d'évaluer de façon significativement différente chaque cours d'action ou ses conséquences.

⁵² Idem, pp. 110-114.

Une fois quelques alternatives connues, on doit choisir une d'elles comme cours d'action plus concrète. Cette décision initiale doit être soumise à une analyse méthodique, et être réfutée jusqu'à ce qu'elle soit vérifiée. Le choix qui a été fait doit être formulé sous forme de jugement éthique : dans la situation X, la personne Y doit faire Z avec trois ingrédients fondamentaux : a) Qu'est ce qu'on doit faire ; b) Qui doit le faire ; c) Les conditions dans lesquelles le jugement est applicable.

Le second pas consiste à déterminer les conséquences qui suivent la décision dans le cas où elle est effective. En sachant que nous ne pouvons pas évaluer toutes les conséquences possibles, notre mission sera de réduire les incertitudes à des proportions maniables. Ensuite il faut comparer chaque conséquence avec nos propres systèmes de valeurs : me provoque-t-elle un malaise émotif ? A quoi est-il dû ? Cette méthode cherche à mettre en évidence s'il existe une discordance entre la décision prise et les valeurs qui guident la personne qui décide⁵³.

4.2.2. La méthode principialiste

La méthodologie dite *principialiste* a été développée par T.L. Beauchamp et J.F. Childress dans leur œuvre *Principes d'éthique Biomédicale* (1979). Il s'agit pour eux de chercher à appliquer les principes dans le champ de la pratique clinique et d'assistance.

Ils proposent la procédure suivante :

a) Il existe des principes de premières instances ; Ces principes respectent-ils la décision ? Ces principes sont : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice.

b) Principes réels et effectifs :

-Il faut hiérarchiser les principes de *première instance* en conflit, selon la situation en jeu.

-Il n'y a pas de règles à cet effet, et il convient d'arriver à un consensus de tous ceux qui y sont impliqués.

-C'est l'objectif de ce que nous appelons comités institutionnels d'éthique.

⁵³ Idem, pp. 80-81.

Dans la recherche d'une méthodologie de délibération, il est intéressant d'établir une hiérarchie entre les principes. On distingue alors les principes de non-malfaisance et de justice en relation avec les décisions autonomes et bienfaitantes. Cet ordre se base sur le fait qu'il y a deux niveaux dans la vie morale : le publique et le privé. Dans le premier niveau, on classe les principes de non-malfaisance et de justice dont l'accomplissement peut être exigé inclus de forme coercitive, pendant que dans le second niveau, on y met la bienfaisance et l'autonomie, qui relèvent plus du domaine subjectif et privé.

De fait la non-malfaisance concerne les autres ; la justice en second lieu suppose qu'on ne doit enlever à personne son droit légitime. Selon les principes relatifs à la vie privée, le respect de l'autonomie doit avoir la priorité sur la bienfaisance de telle sorte que faire le bien à un adulte compétent contre sa volonté pourrait être vu comme un acte de malfaisance.

4.2.3. La procédure dite de Diego Gracia

Diego Gracia est l'unique penseur de langue espagnole qui a développé un paradigme original pour fonder la bioéthique moderne. Il considère, en effet, qu'il existe avant tout un niveau disciplinaire dans lequel nous trouvons une espèce de droit humain fondamental dont dérivent tous les autres. Ce droit qui peut se formuler de diverses manières stipule que : « Tous les être humains sont égaux et méritent une considération et un respect égal ». De ce point de vue, on peut arriver à certain consensus entre les êtres humains, et pour cela, on parle de niveau disciplinaire.

Autre mode de formulation est que : « Tous les êtres humains sont des personnes et non des choses ; tout être humain est source de moralité, et mérite un respect égal ». Ce niveau disciplinaire peut s'appeler aussi « morale de minimum », et contient les principes de non-malfaisance et de justice.

Il y a aussi un autre niveau qui ne serait pas disciplinaire, mais qui est en rapport avec la particularité de chaque personne et son autonomie, et qui suppose que la personne élabore son propre projet de vie, et aspire au bonheur. On situe dans ce niveau les principes d'autonomie et de bienfaisance. L'autonomie est comprise comme capacité d'autoréalisation. La bienfaisance se réfère à ce qui est bon et bénéfique pour la

personne selon son propre idéal. Ces deux niveaux interviennent toujours dans la décision morale en ayant entre eux une certaine hiérarchie, et la primauté est donnée au niveau disciplinaire.

Pour comprendre le système de procédure méthodologique de Diego Gracia, il est important d'avoir une idée claire sur certains concepts :

- Le système de référence morale. C'est un idéal auquel on tend même si on ne l'atteint pas toujours. Il s'agit de l'idéal de toute explication rationnelle possible. Le respect de tous les êtres humains est notre système de référence morale, même si de nos jours, il n'est plus tellement une réalité. Mais c'est ce à quoi nous tendons, et qui nous sert de référence.

- L'ébauche morale. C'est une création mentale, une hypothèse, une supposition que nous devons vérifier avec la raison. Nous choisissons les hypothèses ou les ébauches morales qui s'ajustent le mieux au système de référence morale. Les ébauches morales sont, par conséquent, déontologiques. Elles tiennent compte des principes pour leur formulation.

- L'expérience morale. C'est le moment concret de la vie morale dans lequel les hypothèses morales prennent une forme matérielle, et supposent une action concrète dans un contexte précis. L'expérience morale n'est pas mathématique, mais elle est toujours personnelle. Elle est aussi casuistique, et est là où on rencontre les exceptions aux ébauches morales, en fonction des conséquences de mise en œuvre de l'une ou l'autre action. Elle est donc téléologique, car elle tient compte des fins.

- La justification morale. L'explication et l'argumentation sur le pourquoi d'une décision morale prise est sa justification. Elle se produit à la fin du processus, et on peut dire qu'il y a une relation étroite entre raison méthodique et justification, déjà que sans méthode, il n'y a pas de justification.

- Les pas de la méthodologie éthique. On distingue d'abord ce qu'on appelle un système de référence morale (pas I) qui est ontologique, et ayant pour prémisse, l'homme comme une personne et, comme telle, il a une dignité et non un prix. La prémisse éthique stipule qu'en tant que personnes, tous les hommes sont égaux et méritent égal respect et considération.

Dans un second temps (pas II), on a l'ébauche morale qui a un caractère déontologique avec deux niveaux qui se composent de non-malfaisance et de justice (premier niveau) ; d'autonomie et de bienfaisance (second niveau).

La troisième étape (pas III) est l'expérience morale qui revêt une forme téléologique. On y distingue des conséquences objectives (niveau 1) et des conséquences subjectives (niveau 2).

Et la quatrième étape porte sur la vérification morale qui correspond aussi à la justification. Dans cette étape, il s'agit de contraster le cas en jeu avec la règle, telle qu'on le trouve exprimé dans l'ébauche (pas II). Ensuite on vérifie si c'est possible de justifier une exception à la règle dans un cas concret (pas III). Pour finir, on contraste de nouveau la décision prise avec le système de référence, telle qu'il se trouve exprimé dans le premier point (pas I) avant de prendre la décision finale⁵⁴.

⁵⁴ JC. BERMEJO, R.M. BELDA, *Bioética y acción social, op.cit.*, pp. 85-87.

Chapitre 4 : Relation d'aide et humanisation du monde socio-sanitaire

La relation d'aide est une discipline au service de l'humanisation du monde de la santé. Elle se base principalement sur la communication, le dialogue, l'écoute active, et s'exprime sous diverses formes. Le présent chapitre abordera essentiellement les différentes variantes de la relation d'aide, les objectifs du counselling, les attitudes que préconise Carl Roger et les différentes habiletés ou techniques qui en découlent.

1. Ce que nous entendons par relation d'aide

En général, quand on parle de relation d'aide, il s'agit d'offrir à une personne des ressources ou des moyens qui lui serviront pour affronter et surmonter des situations problématiques dans sa vie. Ces ressources peuvent être matérielles, techniques, relationnelles ou spirituelles. L'aide est dite matérielle quand il s'agit d'offrir à quelqu'un un objet matériel (argent, aliment, habillement...). Elle est technique quand les ressources dérivent de la compétence ou de l'habileté particulière de la personne aidante. C'est le cas, par exemple, des ressources que déploie un professionnel médical dans une opération chirurgicale, des soins administrés à un patient, des enseignements ou explications qu'on donne à quelqu'un qui nous en demande.

Pour ce qui concerne les ressources relationnelles, on peut penser aux attitudes adéquates qui facilitent les relations interpersonnelles en termes de communication, d'écoute et de compréhension. Ces attitudes sont, entre autres, l'écoute active, le respect mutuel, l'authenticité, la confiance, l'estime, la saine confrontation, etc. A ces ressources relationnelles, on peut ajouter celles spirituelles et religieuses qui regroupent le monde des valeurs, des idéaux, des croyances, etc. Ici rentrent en compte, les pratiques religieuses comme la prière, les rites, les cultes, la célébration des sacrements...

Cependant, la relation d'aide ne se limite pas seulement à des actions ponctuelles et informelles. De façon formelle, il s'agit d'un mode d'aide dans lequel celui qui aide utilise spécialement des ressources relationnelles pour aider une personne à sortir d'une situation problématique, ou à défaut, à parcourir un chemin de croissance humaine et libératrice. Bien appliquées, ces ressources relationnelles se convertissent en une source

d'aide thérapeutique et transformatrice pour les personnes bénéficiaires. On peut alors constater une certaine affinité entre relation d'aide et relations amicales, parentales, familiales ou pastorales. Car les protagonistes de toutes ces relations visent à satisfaire des besoins humains basiques. Mais la relation d'aide, en termes technique et professionnel, ne saurait se confondre à toutes ces formes d'aide.

En effet les praticiens de la relation d'aide ont une formation préparatoire qui leur permet d'exercer leur rôle de manière consciente, contrôlée, intentionnée et méthodique. Par exemple, si les relations interpersonnelles de tous les jours se caractérisent par la réciprocité (l'entraide entre amis par exemple), en relation d'aide professionnelle, les rôles sont bien définis. Il y a celui qui aide et celui qui est aidé ou encore un conseiller et un client (pour parler en termes professionnels).

En outre la relation d'aide se caractérise selon les types de problèmes en jeu, les objectifs poursuivis, les théories et méthodes à mettre en œuvre. On distingue, dès lors, plusieurs variantes de relation d'aide, et pratiquées par divers types de professionnels, qui peuvent être des psychothérapeutes, des psychologues, des psychiatres, des conseillers familiaux, des agents pastoraux ou encore des travailleurs sociaux, etc. Pour ce qui nous concerne, nous nous intéresserons au counselling humaniste qui se veut une forme d'aide aux personnes ayant des problèmes spécifiques, et qui ont besoin de prendre des décisions éclairées, ou de faire des ajustements dans leur vie. Ce mode d'aide correspond parfaitement à notre désir d'humanisation de nos relations interpersonnelles dans le monde socio-sanitaire

2. Relation d'aide et counselling humaniste

L'histoire de la relation d'aide comme discipline académique se comprend à partir du counselling humaniste. Avant de définir ce que s'est que le counselling, nous repassons en revue son historique.

2.1. Un peu d'histoire

Le counselling, en tant que style d'accompagnement des personnes en difficulté, a fait son apparition dans les années 1910 aux Etats Unis d'Amérique. Initialement appliqué

dans un contexte ecclésial pour accompagner les migrants, il s'étendra, peu à peu, en Angleterre et partout en Europe avec des visées pastorales, vocationnelles et entrepreneuriales. De nos jours, on le retrouve dans les domaines de l'hygiène mentale, la santé, l'action sociale, la prévention, l'éducation, etc. Selon son étymologie, le counselling dérive du mot anglais *counsel* et signifierait conseiller, orienter, guider. Dans ce sens, counselling serait le fait de donner des conseils ou le fait d'assister quelqu'un en difficulté. Et ceux qui se dédient à cette profession d'assistance seront alors considérés comme des assistants, des conseillers en psychologie ou en psychothérapie.

Cependant dans la pratique, il y a quelques nuances entre counselling et le fait de donner des conseils, d'orienter ou de faire une assistance en psychologie. En counselling, on ne donne pas de conseil, mais on veut aider la personne en difficulté à s'auto-aider. Il ne s'agit pas non plus d'une assistance en psychologie à proprement parler. Car on n'assiste pas la personne, mais on l'aide à se clarifier, à concrétiser ses pensées, à rendre opérationnelles ses potentialités, etc. Le terme conseiller non plus ne rend pas bien le sens du counselling, car il ne s'agit pas d'orienter, mais d'aider la personne en difficulté à ce qu'elle s'engage dans une dynamique de changement, ou pour adopter une attitude plus saine.

Pour alors mieux saisir le sens du counselling, il faut le faire de mode complémentaire, en prenant en compte tous ses contours. On peut ainsi le comprendre comme une activité d'accompagnement, de recherche d'aide et d'orientation qui peut être employée comme un instrument pédagogique et d'humanisation dans les milieux socio-sanitaires, éducatifs et entrepreneuriaux.

2.2. Définir le counselling

Le counselling est, avant tout, une forme d'aide qui peut être employée pour accompagner les personnes qui traversent certaines difficultés existentielles. Il s'agit, effet, de leur offrir des moyens nécessaires pour qu'elles puissent les affronter elles-mêmes et y trouver solution quand cela est possible. En parlant de difficultés existentielles, on peut citer, entre autres, les cas des personnes qui se sentent mal dans leur peau, qui vivent des conflits, des confusions internes ou externes. Il s'agit, en général, des conflits et des tensions d'ordre émotionnel auxquels l'individu peut être

confronté. Il y a aussi divers autres problèmes relationnels et sociaux qui peuvent affecter l'homme. On peut citer, par exemple, les problèmes de couples, familles, travail, santé, choix de la profession, changement de métier, ou de maladie, de deuil, de crise de foi, etc. A toutes ces personnes qui traversent donc des difficultés d'ordre existentiel, les professionnels en counselling peuvent leur offrir de l'aide en les appuyant dans une démarche de consolation, de libération et de croissance.

Au sens formel, Carl Roger définit le counselling comme la relation dans laquelle l'un des participants essaie de faire surgir d'une ou des deux parties une meilleure appréciation et expression des ressources latentes de la personne en difficulté, et leur usage plus fonctionnel⁵⁵. Pour Dietrich, le counselling serait une forme de relation auxiliaire et préventive. Dans cette relation un conseiller, au moyen de la communication linguistique et de méthodes stimulantes, essaie de provoquer dans un sujet désorienté, surchargé ou déchargé inadéquatement, un processus actif d'apprentissage de type cognitif et émotionnel. Au cours de ce processus, peuvent s'améliorer dans l'individu sa disposition d'auto-aide, sa capacité d'auto-direction et sa compétence opératoire⁵⁶.

Le counselling désigne finalement un type de relation qui s'établit entre un professionnel et un client dans un but purement thérapeutique. Cette relation se centre plus sur la personne du client considéré au sens holistique. Par exemple, dans un milieu socio-sanitaire, la pratique du counselling se référerait à l'ensemble des attitudes et habiletés que le professionnel consent, intériorise et déploie dans la relation thérapeutique pour le bien du patient⁵⁷.

En somme, le counselling se situe dans le vaste domaine de la relation d'aide qui prend en compte les diverses disciplines de la connaissance de l'être humain et de son évolution. Il puise ses sources dans la philosophie, la psychologie, la psychothérapie, la psychanalyse, etc. Il fait aussi référence aux théories de la personnalité et à l'analyse transactionnelle. Dans le présent cours nous ne ferons pas de différence entre relation d'aide et counselling. Nous utiliserons indistinctement les mêmes techniques et objectifs en nous centrant plus sur le counselling.

⁵⁵ R. CARL, *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona, 1986, p. 46.

⁵⁶ G. DIETRICH, *Psicología general del counselling*, Herder, Barcelona, 1986, p. 14.

⁵⁷ J.C. BERMEJO, *Introducción al counselling*, 2e Edition, Salterae, Santander, 2011, p. 14.

3. Quelques objectifs du counselling humaniste

Le counselling se comprend comme un instrument d'aide au service des personnes en difficulté. Dans ce sens, l'objectif principal est d'amener ces personnes à comprendre leur situation problématique et à se faire responsables des décisions qui en découlent. Pour une personne qui est au bord d'une crise, par exemple, on l'aide à ne pas dégringoler et à récupérer sa situation d'antan au moyen d'un accompagnement adéquat. Le counselling apparaît alors comme une relation de secours, une aide pour affronter des situations problématiques et y rechercher des solutions possibles. La dynamique du counselling fait aussi référence à la croissance humaine de la personne et à sa libération. Il se comprend dans ce sens comme un processus dans lequel le client réalise un apprentissage et un effort pour redécouvrir ses capacités d'auto-aide. Le rôle du conseiller est de l'accompagner dans cette dynamique d'auto-aide pour une croissance et un changement qualitatif.

Le changement d'attitude dont il est question, loin d'être un simple changement de conduite, est un engagement éthique recherché pour le bien de la personne dans ses relations interpersonnelles. Dans cette dynamique de changement d'attitude, le counselling met l'accent sur la prévention dans le sens d'anticiper certains problèmes qui pourraient survenir dans le futur de la personne (problèmes d'addiction, de deuil pathologique, des conséquences inévitables d'une décision prise, etc.).

La prévention peut se réaliser selon trois niveaux. Dans un premier niveau, le conseiller peut intervenir par rapport à des questions d'orientation, d'éducation ou de sensibilisation. On peut penser au rôle des parents à l'égard de leurs enfants, la prévention des conflits, des maladies, etc. A ce titre le counselling peut être pratiqué dans des milieux socio-sanitaires, professionnels et organisationnels. Dans le cas des entreprises, les ressources du counselling peuvent aider les travailleurs dans l'atteinte des objectifs en minimisant les situations problématiques et conflictuelles. Le niveau secondaire est relatif aux programmes spécifiques de réduction de risques dans les milieux socio-sanitaires en termes d'humanisation. Il s'agit de potentialiser les personnels socio-sanitaires en habiletés relationnelles et émotionnelles adéquates qui leur permettent d'avoir un niveau de dialogue professionnalisé et humanisé. Cela est aussi valable pour des interventions à l'endroit des personnes affectées par des catastrophes naturelles ou anthropiques.

Il y a enfin le niveau tertiaire où le conseiller en counselling apparaît comme membre d'une équipe de travail interdisciplinaire. Son rôle est d'aider les personnes affectées à affronter leurs difficultés, et y trouver des solutions quand c'est possible. Il s'agit de faire un travail d'accompagnement des personnes en souffrance afin de les aider à affronter concrètement leurs problèmes en renforçant leurs ressources personnelles. Il s'agit aussi de les inciter à récupérer la confiance en elles mêmes, et pour vivre de saines relations avec les autres. On peut penser ici aux personnes qui souffrent de blessures intérieures, de maltraitances, de crises relationnelles ou spirituelles (coutumes, traditions, forces occultes, envoutements, sorcellerie, etc.).

Outre la prévention, on peut envisager le développement et la croissance de la personne en difficulté. Il s'agit de cultiver la connaissance de soi, en prenant conscience de ses lumières et ombres, en acquérant des habiletés relationnelles et émotionnelles et en apprenant à modifier le mode de gestion de ses sentiments, pensées, conduites, attitudes, et valeurs. On parle précisément de la culture de la compétence émotionnelle. De même entre les objectifs du counselling et ses espaces d'application, il y a des situations de crises qui ont besoin d'être prises en compte. Les interventions en temps de crises consistent à donner tout appui nécessaire aux individus affectés et à leurs familles pour stabiliser leur équilibre émotionnel. Dans ces cas précis, le counselling est plus actif, directif et bref, au motif de palier les situations critiques, traumatiques ou catastrophiques d'urgence⁵⁸.

En somme les objectifs du counselling se résument dans l'aide pour affronter les situations problématiques et critiques. Il peut aussi être employé pour la recherche de solutions à des problèmes concrets, pour la croissance personnelle du sujet en termes de changement qualitatif et pour la prévention des situations de crises et conflictuelles. Bien que ce soit le client le protagoniste principal de la relation d'aide, il faut relever qu'il incombe au conseiller de l'aider à identifier, à explorer et à reconnaître les ressources latentes en lui, et à les mobiliser pour un changement d'attitude adéquate entre les possibilités existantes et ses capacités réelles. Il ne s'agit pas d'un changement pour changement, mais un changement qui signifie un bien meilleur pour le client.

Pour l'atteinte de tous ces objectifs, il est important de disposer de stratégies et de compétences solides dans le sens relationnel et opérationnel. Par conséquent, il est utile

⁵⁸ J.C. BERMEJO, *Introducción al counselling*, op.cit., pp. 22-25.

de considérer les attitudes que proposent Carl Roger pour aider les professionnels à soigner leurs styles d'intervention. Si les professionnels socio-sanitaires ne sont pas exclusivement des praticiens de counselling, tel que nous l'avons défini, ils peuvent tout de même utiliser les techniques de la relation d'aide pour humaniser l'exercice de leur profession.

4. La « triade rogerienne »

Carl Roger propose principalement trois attitudes qui sont incontournables dans la pratique de la relation d'aide : l'empathie, la considération positive et l'authenticité.

4.1. L'empathie

Pour fonder son modèle thérapeutique Carl Roger procède d'une hypothèse générale : « Si je peux créer un certain type de relation, l'autre personne découvrira en elle-même la capacité de l'utiliser pour sa propre maturation, et de cette manière, se produiront le changement et la croissance dans sa vie ». ⁵⁹ En effet, pour qu'un dialogue soit vraiment considéré comme une aide bénéfique, sont requises, en premier lieu, communication et compréhension. Il s'agit précisément de comprendre l'expérience que vit l'interlocuteur, et pouvoir lui retransmettre cette compréhension afin qu'il puisse sentir qu'il a été effectivement compris. Cette attitude qui consiste à pouvoir capter l'expérience de l'autre et la capacité de la lui transmettre s'appelle « empathie ». Elle signifie « sentir in », « sentir dedans ». Elle est différente de la sympathie qui a le sens de « sentir avec » ou « consentir ». Robert Carkhuff, un des disciples de Carl Roger, considère l'empathie comme « la capacité de percevoir correctement ce qu'éprouve une autre personne et pouvoir le lui communiquer dans un langage qui s'accommode à ses sentiments ». ⁶⁰

Dans la pratique, l'empathie se manifeste par des dispositions concrètes comme l'écoute active, des réponses compréhensives, un désir profond de cheminer avec celui qu'on veut aider. Il s'agit précisément de se mettre dans la situation existentielle de l'autre en essayant de comprendre son état d'âme, ses émotions, ses sentiments, l'expérience qu'il est entrain de vivre, etc. C'est comme si on se mettait à sa place en se demandant « et si c'étais moi, qu'aurais-je fait ? », ou « comment j'agirais en pareille circonstance ? ».

⁵⁹ R. CARL, *El proceso de convertirse en persona*, op.cit., pp. 65-66.

⁶⁰ J.C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, 12^a edición, Sal Terrae, Santander, 1998, p. 26.

Pour mener à bien ce cheminement avec l'autre en difficulté, le moyen indispensable dans le processus d'empathie est « l'écoute active » qui implique attention, intérêt, motivation de la part de l'accompagnant. Cette écoute doit intégrer toute la personnalité du sujet. Car, comme le disait Zénon d'Élée, il y a plus de 25 siècles, la nature a donné à l'homme une langue, mais deux oreilles de sorte qu'il puisse écouter les autres deux fois plus qu'il ne peut parler. Dans l'écoute, on mettra l'accent sur le regard, les sensations (sentiments), les monosyllabes ou interjections (ah, si, hum...), les gestes, le langage non verbal, le silence, etc. Et selon Arnaldo Pangrazzi, « la vraie écoute fleurit quand le visiteur suspecte et respecte l'agenda du patient, le laisse être protagoniste de la rencontre, sait entrer dans son monde, et regarde les choses de sa perspective »⁶¹.

Par ailleurs, le dialogue, pour qu'il soit empathique, il a besoin qu'on transmette dans la communication des réponses qui aident l'interlocuteur à être protagoniste de sa situation. Pourtant le plus souvent nous avons tendance à vouloir résoudre les problèmes des autres, ce qui n'est pas l'unique finalité d'une conversation. Une conversation qui se veut empathique consiste à marcher ensemble en cherchant à comprendre et à contraster les différentes possibilités avec les ressources qu'on peut mobiliser. Il n'y a pas de doute que devant certaines situations, on ne peut que se taire, car l'expérience montre aussi que ce ne sont pas les paroles hautement sophistiquées qui aident à surmonter les difficultés, mais celles simples, murmurées à demi-voix avec des yeux fixés sur l'autre, parfois au milieu d'un long silence, reconnaissant la dureté de la situation, de la vie et les difficultés sérieuses qu'il est entrain de vivre.

Pour éviter des distorsions et des méprises dans la conversation, on doit faire attention à certains types de réponses spontanées. Il s'agit, entre autres des tendances aux jugements moralisants, des interprétations maladroites, du recours à la consolation systématique, à l'investigation ou à la recherche de solution immédiate. On parle de jugement moralisant quand on cherche à porter des jugements de valeur sur la conduite de l'autre. Par exemple, devant un malade de Sida, homosexuel ou avec partenaires multiples, qui s'exprime ainsi : « Avec la vie que j'ai menée, qui sait combien de personnes j'ai pu contaminer ? » ; « Et que puis-je dire de celui qui m'a contaminé ? » Une réponse moralisante serait : « Ce que tu as fait n'est pas correcte...une vie tant dissipée ne pouvait se maintenir pendant longtemps... ».

⁶¹A. PANGRAZZI, *Creatividad pastoral a servicio del enfermo*, Sal Terrae Santander, 1988, p. 34, in J.C. BERMEJO, *Idem*, pp. 39-40.

La réponse de type interprétatif met l'accent plutôt sur un aspect du message de l'interlocuteur selon sa propre théorie de jugement. Selon l'exemple précédent, on dirait « Nous avons tous une vie compliquée, mais dans ton cas, c'est sûrement dû à l'éducation que tu as reçue à ton enfance... ». Dans les cas de réponses de consolation, on essaie d'encourager l'autre en faisant allusion à l'expérience commune, en minimisant ou en dédramatisant la situation. Une réponse de ce type serait : « Ne te préoccupe pas...c'est mieux de ne pas y penser...ça passera... ». Les réponses d'investigation mettent l'accent sur les questions à poser au patient. Par exemple, on demanderait : « penses-tu à quelqu'un concrètement qui t'aurait contaminé ? ». Pour ceux qui cherchent à donner des solutions immédiates, à résoudre coûte que coûte le problème, ils essaieront toujours de proposer des idées en indiquant des méthodes, le chemin ou en donnant des conseils. Par exemple, une réponse serait : « Je crois que tu devras parler avec les personnes impliquées dans ta situation pour l'éclairer... ».

Bien évidemment, chaque type de réponse a son mérite, et dépend du contexte dans lequel on l'emploie. Cependant les réponses de type empathique sont à privilégier, car elles permettent la fluidité du dialogue avec l'aidé. On répondra, par exemple : « J'ai l'impression que tu t'inquiètes de penser à comment tu es parvenu à cette situation...et tu te préoccupes pour les personnes qui y sont impliquées... ». On peut tout de même se rendre compte que la réponse de type empathique est la moins naturelle et spontanée. Son intérêt est d'aider plutôt l'interlocuteur à réfléchir et à s'approprier de sa situation en prenant conscience⁶² de toutes ses implications possibles.

4.2. L'acceptation inconditionnelle ou considération positive

L'attitude positive que préconise Carl Roger implique l'acceptation et l'accueil de l'aidé sans condition et sans préjugé sur son présent, son passé, son futur, sa manière de s'exprimer ou de vivre, etc. Il s'agit, effet, d'accueillir l'autre avec respect, confiance et optimisme. On évitera, par exemple, de lui donner des ordres, des leçons de morale ou des solutions toutes formulées. On évitera également d'émettre des jugements ou des opinions qui ridiculisent ou ironisent les confidences de l'interlocuteur.

De fait, lorsque le patient se rend compte qu'il est accueilli inconditionnellement avec une idée positive sur sa personne, il se sent en sécurité et se dispose sans dissimulation.

⁶² J.C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, op.cit, pp. 46-48.

Carl Roger dit que la personne qui reçoit cette attitude d'accueil inconditionnel, perd toute rigidité, et peut découvrir ce que signifie être soi-même, et essaie de se réaliser d'une manière nouvelle et spontanée. En d'autres termes, elle avance vers la créativité⁶³.

En outre, la confiance à déposer dans l'aidé avec une vision positive de sa personne signifie se fier en ses capacités, en ses ressources pour affronter sa situation problématique en respectant sans condition ses décisions, même au risque de se tromper. La posture de l'aidant (le professionnel) serait : « Je crois en toi, j'ai confiance en tes ressources pour affronter la situation bien que certaines ressources ne soient pas encore identifiées ou mobilisées. Et pour cela, je veux t'aider à ce que tu t'aides toi-même à les identifier et à les mobiliser au maximum... »⁶⁴.

On mettra également en exergue le monde émotif, c'est-à-dire, les sentiments de l'aidé, ce qui permettra un traitement plus global. Parfois la tendance est de vouloir éviter à ce que le patient n'extériorise pas certains sentiments, surtout ceux dits négatifs comme la peur, la colère, la tristesse, la faiblesse, etc. Une telle attitude pourrait le frustrer et le mettre mal à l'aise. Pour cela le professionnel devra, au préalable, chercher à intégrer ses propres sentiments afin de pouvoir aider l'autre à accepter les siens et à les exprimer convenablement.

La bienséance impose, enfin, la cordialité dans les relations interpersonnelles, et se traduira en termes d'affection, de bonté, d'affabilité, de gentillesse, d'amabilité, etc. Cela doit se sentir dans l'accueil, le visage, le ton de la voix et tout autre geste approprié pour que l'interlocuteur se sente bien chez lui. Il ne s'agit pas simplement d'une « tendresse molle » mais d'un respect sacré dû à la dignité de la personne humaine.

4.3. L'authenticité ou la congruence

L'attitude d'authenticité ou de congruence dans la relation d'aide consiste dans la cohérence entre ce qui est, ce qu'on pense, ce qu'on sent, ce qu'on vit et ce qu'on exprime. En un mot, il s'agit d'être soi-même dans la relation sans masque. En effet, cette attitude implique une bonne dose de connaissance de soi et une syntonie entre les sentiments, la conscience de soi et l'agir extérieur.

⁶³ R. CARL, *El proceso de convertirse en persona*, op.cit. p.60.

⁶⁴ J.C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, op.cit., p. 62.

Pour exprimer cela, Carl Roger dira : « J'ai découvert que plus, je peux être authentique dans la relation, plus utile, sera cette dernière. Cela signifie que je dois avoir présents mes propres sentiments, et ne pas offrir une façade externe en adoptant une attitude différente de celle qui se trouve au plus profond de moi-même. Être authentique implique aussi la volonté d'exprimer, à travers mes paroles et ma conduite, les divers sentiments et attitudes qui existent en moi (...). C'est seulement en me montrant tel que je suis que je peux réussir à ce que l'autre personne retrouve aussi son authenticité »⁶⁵.

Pour observer cette attitude d'authenticité dans la relation interpersonnelle, on devra, d'une part, être attentif aux sentiments qui émergent du champ de la conscience de soi-même et les accepter. D'autre part, il faut se disposer pour partager ces sentiments avec son interlocuteur afin d'instaurer un climat de confiance dans la relation. Il s'agit d'être au maximum en syntonie avec ce qu'on exprime dans la communication, et ce qu'on ressent au fond de soi-même en rapport avec l'expérience que vit l'autre. Une habileté que le professionnel doit mettre en jeu en ce moment est celle de l'immédiateté qui consiste à capter ici et maintenant ce que vit le patient⁶⁶. Mais on n'oubliera pas de garder un équilibre dans le discernement qui sera guidé par le désir de faire croire la relation avec l'interlocuteur. Pour cela on évitera de dire ce que soi-même, on ne croit, ni ne pense.

5. Les techniques du counselling

Dans les relations interpersonnelles, seront utiles les techniques de l'écoute active, de la personnalisation, de la reformulation, de la confrontation ou de l'immédiateté.

5.1. L'écoute active pour mieux comprendre l'interlocuteur

C'est par la communication, le langage, le dialogue que le patient passe d'une sorte d'expérience brute à une expérience plus consciente, c'est-à-dire celle qui fait vraiment partie de lui-même. En effet, c'est en s'adressant au professionnel par la parole que le patient traduit son expérience en des mots justes afin de parvenir à se clarifier et à s'approprier sa situation. En se disant ou en se racontant, le patient apprend à se révéler à lui-même. Il peut, alors, au moyen de l'écoute attentionnée, se comprendre et

⁶⁵ R. CARL, *el proceso de convertirse en persona*, op.cit., p. 89.

⁶⁶ J.C. BERMEJO, *Introducción al counselling*, op.cit., p. 132.

s'accepter. Ainsi il devient capable d'influencer sa propre vie. C'est ce qu'on appelle aussi le phénomène de catharsis en psychothérapie.

En d'autres termes, il y a lieu de reconnaître que l'homme a besoin de se raconter pour se comprendre, pour s'accepter et pour se guérir. Etant donné qu'on ne peut pas se dire à soi-même, on a besoin de la présence d'un autre pour se dire. On découvre finalement que le plus court chemin pour parvenir à soi-même passe par autrui, et l'écoute de soi passe par le fait d'être écouté par un autre⁶⁷. N'est ce pas cela que la sagesse africaine exprime aussi en reconnaissant que « l'homme est le remède de l'autre » ?

Pour assurer une bonne écoute, le professionnel se disposera concrètement par sa présence attentive en se centrant sur la personne du patient et non simplement sur son problème. Le mode d'écoute doit lui permettre de bien comprendre son interlocuteur à travers son langage verbal comme non verbal, le précis ou le flou et même le secret, etc. L'attitude d'empathie permet aussi de faire savoir au patient que ses propos ont été entendus et compris. Après avoir saisi les besoins de l'autre à travers l'écoute, il reste à l'aider à explorer et à identifier ses sentiments, ses comportements, ses expériences en étant attentif à formuler déjà ses propres solutions et à se donner des objectifs à atteindre.

Puisque la relation d'aide est fondée sur le principe que chacun possède en lui-même les éléments de réponse à son problème, l'écoute va être centrée sur la personne du patient. On parle alors d'écoute active, ce qui est différent du fait d'entendre seulement des mots prononcés sans comprendre le message global qui y est communiqué⁶⁸. Par l'écoute active, on entend un processus actif qui exige effort et concentration ainsi que la capacité de laisser ses préoccupations de côté pour prêter attention à l'interlocuteur. Elle implique alors attention, intérêt, motivation de la part du professionnel soignant. Il est à noter aussi qu'un bon diagnostic naît d'une bonne écoute ; une bonne adhésion à une indication thérapeutique dépend en grande partie de la qualité de la communication avec le patient, et aussi comment il s'est senti écouté. Il met sa confiance dans le soignant lorsqu'il perçoit que ce qu'il est entrain de vivre et de communiquer est important pour ce dernier.

⁶⁷ J. POUJOL, *L'accompagnement psychologique et spirituel, Guide de relation d'aide*, empreinte, Paris, 2007, pp. 155-157.

⁶⁸ R. ZARACHO, *Consejería pastoral*, Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires-México, 2007, pp. 84-85.

L'art d'écoute s'apprend spécialement par le silence intérieur, qui passe par la disposition à se centrer sur l'interlocuteur. Il s'agit de se mettre entre parenthèse, en apprenant à manier les sentiments que produit la rencontre avec l'autre, particulièrement la rencontre avec sa vulnérabilité. La manière de s'habiller, la distance, la posture physique, l'environnement, tout cela parle et signifie beaucoup de choses pour une bonne écoute. Elle doit alors intégrer l'attention physique, l'observation et l'écoute proprement dite qui consiste à capter le message contenu dans les mots ainsi que dans les paralangages.⁶⁹ C'est en réunissant toutes ces conditions physiques, morales et environnementales que le professionnel pourra prêter un cadre d'écoute idéale par lequel le patient peut être apaisé, rassuré et retrouver la paix intérieure. Comme ingrédient pour contribuer à l'écoute active, la technique de la personnalisation peut être d'une grande utilité.

5.2. Personnaliser pour responsabiliser

La personnalisation est une habileté utilisée dans le processus du counselling pour aider le patient à se responsabiliser de sa situation problématique. En effet, cette technique vise à permettre à l'interlocuteur de se charger de son problème, c'est-à-dire qu'il ne le voit pas seulement comme quelque chose d'extérieur à lui, ou dû à des circonstances hors de son contrôle. Il doit, par son auto-analyse et son auto-exploration, pouvoir considérer son degré d'implication et de responsabilité, ainsi que sa capacité et son désir pour le surmonter⁷⁰.

La spécificité de la personnalisation consiste dans l'habileté de l'aidant à savoir aider le patient à exprimer de façon claire ses expériences et ses sentiments personnels, et à se centrer plus sur lui-même. Lorsque le patient vit une forte confusion émotionnelle, la technique de la personnalisation permet le dépassement de cet état d'obscurité, d'anxiété, d'insécurité, de crainte pour parvenir à une claire vision de sa situation.

Dans la conversation, le professionnel essaiera de résumer en une phrase ou en un mot ce que le patient a dû exposer longuement ou de forme confuse. On peut aussi l'interroger sur le sens de ce qu'il vient d'exposer. Il s'agit d'aider la personne par la communication à s'approprier de ce qu'elle est entrain de vivre. Que signifie-t-il pour

⁶⁹ J. C. BERMEJO, *Introducción al counselling*, op.cit., pp. 99-101.

⁷⁰ J. C. BERMEJO, *Apuntes de relación de ayuda*, op.cit., p. 75.

lui ? A-t-il conscience de ce qu'il fait ou non pour que tel problème le soit ou cesse de l'être ?

Selon les types de personnalisation, elle peut porter soit sur le sens du problème, sur le problème lui-même ou sur les sentiments que le problème suscite dans la personne, mais aussi sur la fin qu'on vise. La mise en œuvre adéquate de cette technique est d'une grande utilité pour opérer des changements de comportement dans la personne aidée. Elle permet au patient de prendre conscience de ce qu'il est entrain de vivre, son sens, sa responsabilité dans l'affrontement et l'objectif à poursuivre.

5.3. La reformulation pour une auto-compréhension

Dans le processus de la relation d'aide, la reformulation consiste à permettre à l'interlocuteur de comprendre ce qu'il dit, et par là même, de diminuer son stress et sa tension émotionnelle. Souvent le patient s'exprime, mais ne comprend pas les messages contenus dans son discours, et par conséquent, il ne peut se les approprier. Reformuler, c'est donc reprendre en d'autres termes, et de façon plus concise et explicite, ce que l'interlocuteur vient d'exprimer de sorte à obtenir son consentement⁷¹.

On distingue plusieurs types de reformulation qui sont des modes pratiques pour rendre empathique la conversation entre professionnel et patient. Il y a d'abord ce qu'on appelle la réponse de reflet qui consiste, par exemple, à renvoyer à l'interlocuteur des paroles, en langage verbal ou non, ce qu'on a compris de ce qu'il est entrain de vivre, et qu'il tente de communiquer.

La réitération est aussi un autre mode de reformulation qui consiste à répéter au patient quelques mots-clés de ce qu'il communique dans la conversation. Par exemple, les derniers mots qu'il vient de communiquer. La *dilucidation* représente également un type de reformulation qui permet d'ordonner ce que l'aidé expose longuement pour le rendre plus limpide et digeste. Il y a, en plus, ce qu'on appelle la dévolution du fond émotionnel. Parfois l'interlocuteur expose sa situation avec une forte tension émotionnelle mais sans nommer explicitement les sentiments qui en découlent. Le professionnel qui perçoit en lui cette forte charge émotionnelle non exprimée

⁷¹ Jaques POUJOL, *L'accompagnement psychologique et spirituel*, op.cit., p. 176.

directement peut l'aider à donner un nom à ce fond émotionnel en reformulant avec ses propres mots ce qu'il perçoit⁷².

Somme toute, la détresse de reformulation sous ses différentes formes permet au patient de se comprendre lui-même, de comprendre sa situation problématique, afin de rechercher la solution quand c'est possible. Cette illumination de soi à travers la conversation est une voie royale pour une auto-libération. Il en va de même pour l'usage de la technique de la confrontation sous ses différents angles.

5.4. La confrontation pour dénouer les contradictions

La confrontation est un autre type de reformulation qui permet à l'aidé de répondre des possibles contradictions que l'aidant perçoit dans ce qu'il vit par rapport à ses pensées, ses sentiments, ses besoins, ses valeurs, etc. On distingue, effet, plusieurs types de confrontation : les confrontations didactiques et éthiques, l'intention paradoxale, la persuasion. Dans la pratique la confrontation n'est rien d'autre qu'une forme de reformulation. Le professionnel reformule ce qu'il a compris de l'expérience de l'aidé, mais en rendant plus concret la partie de l'expérience où il perçoit des contradictions (attitudes passives, méconnaissances, des incohérences...). Par exemple, on pourrait reformuler ainsi : « Tu dis que tu vas bien, mais en réalité, je te vois triste et tu dis qu'il y a quelque chose qui ne va pas » ; ou bien encore « Tu dis que tu désires être mieux, mais d'autre part, il paraît que tu ne prends pas tes médicaments », etc.

La confrontation didactique consiste, par exemple, à donner des informations utiles au patient sur sa situation pour plus l'éclairer. L'intention paradoxale est aussi une autre façon particulière de confrontation. Elle est inspirée de Victor Frankl, et constitue une habileté relationnelle intéressante pour obtenir des objectifs licites dans la relation d'aide. A travers ce type de confrontation, on propose au patient le contraire de ce qu'on veut faire réellement. Et cela donne souvent des résultats intéressants spécialement lorsque la personne se trouve habitée par la peur ou par la peur de la peur ou par l'anxiété. La confrontation éthique, quant à elle, consiste à éclairer le patient spécialement dans les décisions éthiques. Il s'agit de l'aider à rechercher le plus grand bien lorsqu'il se trouve au milieu de conflits de valeurs. C'est le cas, par exemple, dans

⁷² José Carolos BERMEJO, *Introducción al counselling*, op.cit., pp. 113-115.

un traitement thérapeutique où il y a des effets secondaires non désirés et des valeurs en conflits.

Un autre type de confrontation est la persuasion qui consiste à aider le patient à se décider pour agir. Elle se justifie dans le processus de la relation d'aide par le poids des arguments, par la motivation centrée sur le bien accepté ou souhaité par l'aidé, par la manière de la faire. Les techniques de la confrontation, en définitive, bien qu'utiles pour dénouer et éclairer les situations floues et contradictoires, ne doivent pas être employées aux premiers abords dans le processus de la relation d'aide au risque de détériorer plus l'état du patient. La reformulation vient toujours après plusieurs rencontres, et après que le patient soit apaisé et mis en confiance. C'est alors qu'elle devient utile pour l'aider à s'éclairer et à dissiper les zones d'ombre sur sa vie, sur son problème afin de prendre les moyens idoines pour sa libération et sa croissance.

Somme toute, l'usage des techniques du counselling a, entre autres, objectifs la recherche de solution pour des personnes en difficultés, le changement de leur attitude face aux situations problématiques qu'elles vivent, la prévention de certaines crises, la recherche de maturation et de croissance. Pour l'atteinte de tous ces objectifs, les praticiens professionnels du counselling suivent le modèle thérapeutique mis en œuvre par Carl Roger et ses disciples qui préconisent quelques attitudes basiques comme l'empathie, la considération positive et l'authenticité. En conjuguant ainsi écoute active et compétences relationnelles, le counselling devient un outil de relation d'aide capable de transformation et de guérison des personnes souffrantes. Mais avant de parvenir à la guérison ou à la libération des patients souffrants, les techniques de la relation d'aide ont pour but d'humaniser les relations interpersonnelles, qui à leur tour, produisent des effets de bien-être et de guérison.

Chapitre 5: Humanisation, leadership et travail en équipe

Humaniser les relations interpersonnelles, avoir le sens du service dans l'exercice de l'autorité, savoir travailler efficacement et de façon efficiente en équipe, voilà ce qui rend noble la profession socio-médicale. En effet, dans la plupart des services socio-sanitaires, le travail en équipe est toujours de rigueur, et les coordinateurs des différents groupes doivent se doter des qualités nécessaires afin de répondre adéquatement aux attentes des uns et des autres. Ce travail de coordination implique un sens de leadership (exercice de l'autorité), qui, à son tour suppose l'existence d'équipes de travail humanisées. Dans le présent chapitre, nous aborderons premièrement la question de la gestion humanisée des entités socio-sanitaires, ensuite le mode d'humanisation des équipes de travail et enfin nous donnerons quelques pistes pour la gestion humanisée des conflits en équipes de travail.

1. Humaniser la gestion des entités socio-sanitaires

Les entités socio-sanitaires sont des structures et des institutions dans lesquelles œuvrent les professionnels pour le bien de leurs usagers. La qualité de la gestion de ces entités implique un exercice humanisé du leadership en leur sein et la recherche de l'excellence.

1.1. Le leadership humanisé dans les milieux socio-sanitaires

Quand on parle de leadership dans le milieu socio-sanitaire, on pense à tout le staff hospitalier qui s'organise à tous les niveaux pour le bon fonctionnement des services sanitaires jusqu'à la prise en charge intégrale des patients. La qualité des services doit alors être au point sur tous les plans : infrastructures, matériel biomédical, administration, coordination, équipe de travail et d'investigation, accueil, consultation, soins, etc. Mais comment rendre efficaces et efficientes ces services pour qu'ils soient de qualité pour tous les usagers? C'est dans ce sens que l'humanisation apparaît comme un thème complémentaire pour renforcer le capital humain qui est la base de toute

structure de soins de qualité. Pour cela on doit, non seulement mettre l'accent sur la formation et la compétence professionnelles du personnel, mais aussi il faut leur donner des connaissances sur une organisation humanisée dans la coordination, le travail en équipe, l'animation des groupes, etc.

En effet l'humanisation de l'organisation du travail dans un centre hospitalier commence par un engagement éthique de la part du personnel. Il s'agit dans ce sens de considérer toutes les personnes qui y travaillent dans leur globalité afin de promouvoir des processus d'intégration durables, et consolider la participation de tous ceux qui se sentent exclus du système. Les différents responsables des services socio-sanitaires devraient donc, chacun à son niveau, s'investir pour s'intéresser à tous les agents en considérant surtout leur monde des valeurs, des attitudes et leurs capacités personnelles, qui ont besoin d'être stimulées au maximum.

Pour comprendre le leadership dans le monde socio-sanitaire, il ne faut pas seulement se limiter aux entités entrepreneuriales et managériales, même si celles-ci ont leurs valeurs indéniables pour l'efficacité de l'institution. Nous l'entendons plus dans un sens humanisé et humanistique, c'est-à-dire au sens de donner des instruments qui suscitent des compétences moles, qui impliquent aussi une sagesse du cœur et une attention assidue. C'est seulement à ce rythme qu'on peut arriver à stimuler les agents pour un service de qualité et d'excellence.

William A. Ward affirme que : "Le pessimiste se plaint du vent, l'optimiste attend qu'il change de direction, le réaliste ajuste les voiles"⁷³. Suivant cette pensée, il est toujours important d'être réaliste et chercher à ajuster les voiles dans l'exercice de la profession socio-sanitaire. On n'a pas besoin d'être trop pessimiste ni non plus trop optimiste, mais plutôt réaliste. Et le réalisme dans ce sens se cultive par les instruments du counselling tels que l'attitude empathique, la considération positive et l'authenticité. Au sein des établissements de santé, les agents devraient pouvoir déployer toutes leurs ressources et habiletés personnelles pour l'accomplissement efficient et humanisé de leurs tâches professionnelles. Chacun doit apprendre à ajuster les voiles à l'instar du réaliste.

De façon spécifique, le leadership dans les milieux socio-sanitaires, doit être pensé en le centrant non seulement sur les tâches à accomplir, mais aussi sur les personnes qui les

⁷³ J.C. BERMEJO; A. MARTINEZ, *Humanizar el liderazgo*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2012, p. 17.

exécutent. Car celui, qui, dans son rôle de leader, se préoccupe surtout des résultats et des tâches, pensera comment laisser un monde meilleur pour ses fils, pendant que celui qui se centre sur les personnes, se préoccupera particulièrement de penser à quels fils il laissera dans le monde⁷⁴. Appliquer le counselling dans le milieu organisationnel signifie alors doter leurs membres d'habiletés et de stratégies, qui, orientées vers l'action, se traduisent en rendement et efficacité. Cela permet aussi de travailler dans un climat sain et positif avec des moyens d'anticipation et de résolution des problèmes qui affectent les employés, et par conséquent, le rendement de l'organisation.

Pour cela, la tâche principale de l'humanisation consistera à rechercher le développement personnel et professionnel des travailleurs. Ces derniers ne doivent pas être considérés seulement comme des employés mais comme des collaborateurs. Les dirigeants des différents services socio-sanitaires (appelés aussi leaders) doivent développer en leurs collaborateurs un grand sens de l'appartenance afin qu'ils se sentent tous responsables de la réussite de l'organisation ou de l'institution. Pour cela, l'objectif du leader sera de faire reconnaître et accepter l'importance des critères mis en œuvre pour l'accomplissement des tâches dévolues à chacun des membres. Il s'agit en outre de développer en eux le sentiment d'utilité en encourageant la coopération des idées, la créativité, l'innovation, en facilitant la synergie globale, la croissance et l'autonomie individuelle.

Dans le processus de la gestion de qualité, il faut également promouvoir l'amélioration continue, l'apprentissage et l'innovation. Cela se réfère à l'idée que dans les organisations qui recherchent l'excellence, les agents doivent être disposés à se former et à apprendre continuellement autant de leurs activités et résultats que des activités et résultats des autres. Ils doivent avoir une mentalité ouverte pour accepter et utiliser les idées de tous les membres du groupe. Les responsables doivent encourager les membres à regarder plus loin, et à ne pas se contenter seulement de leurs capacités actuelles.

Les objectifs qu'on veut atteindre à travers la gestion humanisée est de permettre que les personnes impliquées dans la gestion puissent prendre toujours leur propre décision, et qu'elles en soient toujours responsables. On sait que l'entourage exerce un certain contrôle sur les personnes, mais celles-ci peuvent exercer un plus grand contrôle sur leur vie plus qu'elles ne l'imaginent. On sait aussi que derrière toute conduite, il y a une

⁷⁴ Idem, p. 18.

intention et un objectif. Les individus veulent se sentir bien, et ils ont besoin permanemment d'être confirmés dans leur agir de quelque manière. On essaiera alors de les aider à cultiver la confiance en soi à travers l'auto-connaissance en apprenant de nouvelles conduites et en désapprenant certaines conduites antérieures.

Dans la tâche de direction ou de coordination d'un groupe de travail, il faut non seulement chercher à développer le travail en recherchant des résultats optimum, mais il faut en plus essayer de générer et faciliter un climat de travail sain et dans la cohésion. Pour cela, on prendra des précautions pour éviter un certain nombre d'attitudes qui peuvent déshumaniser et dénaturer les relations interpersonnelles :

- Diriger et focaliser. Au lieu d'un contrôle excessif, il faut stimuler la personne pour qu'elle exprime ses sentiments et besoins. Dans les tâches relatives à la gestion, il faut promouvoir des espaces où la personne et l'équipe manifestent leurs inquiétudes, leurs besoins et opinions. Cela permet d'entamer un processus de croissance qui favorise un bon climat de travail et un bon niveau d'efficacité et d'efficience. Du côté opposé, on peut se retrouver avec un style de gestion centré sur la tâche à accomplir, et où seulement le leader pense aux lignes du travail à suivre, et l'organise en fonction de ses objectifs, en transformant les membres de l'équipe en simples exécuteurs des stratégies pensées par lui.

-Juger et valoriser. Dans les tâches relatives à la gestion, on peut adopter une attitude qui consiste à initier un entretien en relevant qu'une personne n'accomplit pas les objectifs proposés, et en alertant sur les possibles conséquences si elle ne change pas d'attitude. La bonne attitude devrait consister à partir de l'intérêt de la personne, traduit en désir de connaître quelles sont ses difficultés concrètes, pour de là pouvoir l'aider à les surmonter.

-Moraliser, prêcher ou se montrer paternaliste, en dictant aux personnes comment elles devraient se comporter ou diriger leur vie. Dans le milieu de la gestion, cette erreur pourrait se traduire par des types de leaders qui traitent les membres de leurs équipes de manière condescendante, et avec une attitude de supériorité.

-Etiqueter et diagnostiquer. Il s'agit de la tendance à imposer à la personne une catégorie ou une étiquette, au lieu d'essayer de chercher à voir quelles sont ses motivations et ses peurs. Dans ce cas, il est important de ne pas utiliser les expressions

de type: « c'est que, un tel est... » ; le fait d'utiliser cette expression signifie que nous sommes entrain de l'étiqueter. Ce qui serait correcte c'est dire que: « dans certaines occasions, un tel se comporte d'une manière peu agile... ».

-Utiliser des mots tranquillisans injustifiés en distrayant l'attention. Il faut plutôt penser à des éléments de jugement objectifs pour évaluer la gravité des problèmes posés.

-Donner des conseils avant que l'autre ait suffisamment d'information ou du temps pour arriver à une solution personnelle. Il faut plutôt créer un espace de réflexion adéquat pour que l'autre puisse s'exprimer, et donner forme à ses idées en vue de possibles alternatives de solution.

-Soumettre à interrogatoire. Trop de questions avec des pourquoi connotent habituellement des accusations. Les questions servent pour connaître certaines données qui nous peuvent être utiles dans la réflexion, mais il ne faut pas en abuser.

-Promouvoir la dépendance. Quelquefois les personnes de l'équipe nous approchent pour nous soumettre des doutes ou des questions sur comment aborder certains thèmes. Dans ces cas de figures, il faut s'avoir ouvrir le dialogue sans chercher à donner des solutions, ce qui peut créer la situation de dépendance sans effort de la part des autres⁷⁵.

1.2. Humaniser la gestion de qualité

Quand nous parlons de gestion de qualité, nous nous référons concrètement aux services que les professionnels socio-sanitaires prêtent aux usagers. La qualité de ces services peut porter fondamentalement sur deux aspects qui sont, d'une part la recherche de la qualité de vie, et d'autre part la qualité du service lui-même. La qualité de vie peut se comprendre de diverses manières en tenant compte de multiples facteurs comme le contexte socioculturel et les circonstances que vit l'individu. Bien qu'elle soit d'abord une expérience personnelle et subjective, elle tient compte des perceptions objectives qui constituent l'environnement de chaque individu. Une recherche de qualité de vie dans les services socio-sanitaires se basera donc sur la conception de la personne humaine comme centre et fin ultime de toute intervention en sa faveur.

⁷⁵ Idem, p. 33.

Pour ce qui concerne la qualité des services prêtés, on l'entend dans le sens de la qualité des éléments d'analyse, de planification, de suivi, de contrôle, d'évaluation, d'amélioration, etc. Selon l'historique du développement de la qualité de gestion des services, on est arrivé aujourd'hui à parler d'excellence ou de qualité totale. Le schéma habituel pour définir la qualité des services est le suivant :

-Etape d'inspection : il s'agit d'une révision de la qualité centrée sur la détection de possibles erreurs ou ce qui est non-conforme dans un produit déjà fabriqué. Ainsi, lorsqu'on détecte un élément défectueux, on l'élimine ou on le rectifie.

-Etape de contrôle de qualité : on maintient la même emphase que dans l'inspection en ajoutant des systèmes de retro-alimentation. L'objectif est que les erreurs détectées aident à améliorer la méthode d'élaboration de nouveaux produits.

-Etape de l'assurance de la qualité : on met en marche des actions systématiques et planifiées pour produire des articles conformes à ce qu'on veut. Apparaissent ici des aspects comme le design du processus, l'auditoire, etc., avec pour objet, la qualité continue. On établit alors des méthodes de travail destinées à assurer la qualité continue du produit.

-Etape de la gestion de qualité totale : la gestion de qualité totale prend en compte tous les aspects de l'entreprise ou de l'institution impliquant les stratégies employées, la culture organisationnelle, les personnes qui y travaillent, etc.

L'humanisation de la gestion de qualité consiste donc à mettre la personne humaine au centre de toute intervention ainsi que la considération de la dignité de sa personne. La question qu'on peut se poser dans les divers services socio-sanitaires est de savoir « dans quelle mesure, on peut faciliter aux usagers leur participation pleine aux processus de prise de décisions sur les aspects de l'organisation de l'institution qui les affectent directement (horaires, repas, fêtes, loisirs, etc.). Car c'est en mettant réellement la personne au centre de la gestion qu'on peut répondre aux aspects clés de la vision de l'institution.

On reconnaît aussi que l'humanisation des organisations socio-sanitaires ne s'atteint qu'en mettant du soin dans les relations interpersonnelles. Lorsque nous nous trouvons face à des situations de vulnérabilité associées à des cas de pauvreté, d'exclusion, de

précarité, de dépendance, de deuil ou de maladie, la façon dont nous percevons le traitement de l'autre, la proximité dans l'écoute, l'attention dans les paroles utilisées, permettent de déterminer un comportement qui humanise. La relation interpersonnelle est, par conséquent, le lieu par excellence de l'humanisation, et celle-ci passe par la culture d'attitudes et de dispositions intérieures que permettent d'acquérir les disciplines de relation d'aide et du counselling humaniste dont nous avons parlé dans le chapitre précédent.

Dans le processus d'humanisation de la gestion de qualité des services socio-sanitaires, on tiendra surtout compte de la formation des leaders en leur permettant d'acquérir des attitudes d'empathie, d'acceptation inconditionnelle, d'authenticité. Ces attitudes doivent nécessairement se répercuter sur le plan de la qualité en mettant toujours les personnes au centre, avec une importance donnée à la formation continue et à l'évaluation de l'engagement personnel. Pour évaluer l'engagement personnel et professionnel, on doit tenir compte des compétences de l'individu qui sont des clés pour bien agir. Une des compétences à mettre en exergue est le maniement de l'attitude empathique qui se mesure par la capacité de la personne à comprendre les points de vue des autres, et à donner sa propre opinion, fruit d'une authentique écoute et compréhension. C'est d'ailleurs, dans ce sens, que Robert Carkhuff considère que l'empathie est la capacité de percevoir correctement ce qu'expérimente une autre personne, et de pouvoir communiquer cette perception dans un langage adapté à ses sentiments.

On sait aussi que dans le monde socio-sanitaire, humaniser fait toujours référence à l'homme dans tout ce qui se réalise pour promouvoir et protéger la santé, soigner les maladies, garantir un milieu qui favorise une vie saine et harmonieuse sur tous les plans (physique, émotif, social et spirituel). C'est pourquoi on tiendra également compte de ces éléments dans les structures socio-sanitaires, car ils facilitent le travail d'équipe, les délibérations en cas de conflits éthiques, la synergie d'action, avec une attention interdisciplinaire harmonisée.

Sans doute, inclure la recherche de qualité et d'excellence dans la gestion et l'organisation des structures socio-sanitaires est un facteur important d'humanisation. Cela se comprend comme une vision intégrale de la personne humaine et de tout le processus administratif. Ainsi la gestion humanisée ne se limitera pas exclusivement

aux données, à la programmation ou à la coordination, mais elle sera orientée vers une qualité globale, intégrale et centrée sur la personne humaine.

La qualité recherchée sera aussi bien technique, structurelle, professionnelle que humanisée. La qualité technique et scientifique permet le développement des services et des soins aux personnes, ce qui est un facteur déterminant pour l'humanisation des services socio-sanitaires. La technique ne perd ce pouvoir d'humanisation que lorsqu'on instrumentalise la relation interpersonnelle, et qu'on l'éloigne de sa finalité qui est d'être au service de la personne humaine. La qualité technique signifie alors faire bon usage des ressources disponibles, en atteignant l'efficacité et la fin poursuivie. Elle signifie aussi promouvoir la recherche et la bonne gestion des connaissances acquises en les mettant au service de la personne humaine dans de meilleures conditions d'intervention.

Pour ce qui concerne la qualité structurelle, elle se réfère plus à l'institution dans les aspects suivants :

-Accessibilité : qui se réfère aux aspects administratifs, informatifs, image externe, limitation de la bureaucratie, etc.

-Infrastructure : on se réfère aux installations qui favorisent un service de qualité pour leur commodité, confort, accessibilité physique, praticable, mais aussi avec des aspects esthétiques qui permettent le bien-être des personnes.

-Le leadership : on s'intéresse ici plus au mode de fonctionnement des organes de gestion qui permettent une organisation simple, ordonnée, accessible, compréhensible. On prend aussi en compte la façon dont les responsables et les travailleurs sont représentés dans l'institution avec un organigramme qui permet un lien formel entre les individus, les services, l'organisation du travail, l'optimisation des ressources humaines, la synergie d'action, etc.

-Les valeurs : à la base de toute institution il y a une échelle de valeurs orientées vers des fins (qui répondent à la question pour quoi ?) et la manière de faire les choses (Comment ?). Cette échelle de valeur définit un but ultime et une méthodologie concrète de travail. La qualité dans ce sens concerne aussi bien le degré de cohérence entre la base théorique et structurelle de l'organisation que sa composante pratique et actuelle.

-La qualité éthique est, quant à elle, en relation avec la compétence dans les prises de décisions à la lumière des valeurs et principes éthiques. Ce dont il faut tenir compte est de savoir pondérer les bénéfices de certaines mesures face à d'autres, notamment en usant suffisamment de la sagesse pour prioriser les objectifs liés à une intervention (par exemple, la décision d'abandonner quelques mesures qui répercutent négativement sur d'autres de plus grande importance).

Pour mesurer la qualité éthique d'une organisation, on peut se poser les questions suivantes : quel degré de sensibilité a-t-elle pour détecter l'apparition de problèmes éthiques en son sein ? Comment les affronte-t-elle ? A-t-elle la capacité pour une délibération par rapport à ces problèmes ? Respecte-t-elle les décisions prises librement et de façon responsable ? A-t-elle des structures d'appui, comme par exemple, un comité d'éthique ?

La qualité professionnelle concerne plus le degré de développement de compétences techniques, relationnelles, éthiques, émotives et spirituelles des travailleurs. Quel est le niveau de compétence professionnelle du capital humain présent dans l'entreprise ? Dans les organisations socio-sanitaires, la principale ressource est le capital humain qui doit être bien formé, et doté de compétences nécessaires pour l'accomplissement de ses tâches. On attend alors des travailleurs comme compétences professionnelles, la conjugaison d'une série de connaissances ou de savoir, une somme d'habiletés ou de savoir faire et particulièrement l'intégration de certaines attitudes qui se constituent en savoir, en savoir faire et en savoir être⁷⁶.

2. Humanisation et travail d'équipe

Pour qu'une équipe de travail puisse fonctionner correctement et de façon humanisée, elle a besoin de remplir quelques conditions de base avec des profils de leaders bien définis.

⁷⁶ J.C. BERMEJO, C. MUÑOZ, *Humanizar la gestión de la calidad*, Sal Terrae, Cantabria, 2013, pp. 17-38.

2.1. Quelques conditions de base pour le travail en équipe

Le travail en équipe implique un groupe de personnes qui travaillent de manière coordonnée dans l'exécution d'un projet déterminé, et qui peut être de nature très variée. Généralement, pour qu'un groupe puisse travailler de façon harmonieuse et fructueuse, on y a besoin d'une dose de confiance, d'entraide mutuelle, de communication spontanée et de compréhension. Les membres doivent aussi avoir une certaine identification avec les objectifs du groupe ainsi qu'une attention soignée dans le traitement des différences, et des habilités pour le travail d'ensemble.

Certains auteurs parlent de la nécessité d'un nombre réduit dans le groupe avec une structure claire, des fonctions bien définies et des normes de fonctionnement parfaitement établies. Les différents membres doivent être propices, tolérants, ouverts aux différences et aux critiques constructives. On a aussi besoin de la pleine participation de chaque membre. La résolution des conflits doit se baser sur la négociation et non des impositions autoritaires.

En tant que leaders et professionnels dans les institutions socio-sanitaires, le travail en équipe va de soi. Nous sommes obligés de collaborer les uns avec les autres. C'est pourquoi, apprendre à communiquer et à accepter les différences dans le respect mutuel, contribuera à des rendements meilleurs ; d'où l'importance de l'humanisation des équipes de travail.

Comme dynamique interne à impulser dans un groupe de travail, on prendra particulièrement en compte quelques éléments essentiels: les rôles, la cohésion, le climat de travail, la motivation. En parlant de rôles, on se réfère au patron de conduites et d'attitudes qu'on attend de chaque personne qui occupe une position déterminée dans le fonctionnement de l'organisation. Le rôle peut être aussi un ensemble de prescriptions qui définissent ce que doit être la conduite d'un membre qui occupe une position donnée. Quelquefois certaines attentes ne dépendent pas de la personne elle-même, mais plutôt du rôle qu'il assume. Par exemple, d'un coordonateur de service dans un hôpital, on attend une série de conduites, indépendamment de qui soit la personne qui assure ce rôle.

Pour ce qui concerne la cohésion, il s'agit d'avoir un degré d'union entre les membres du groupe. Le niveau de cohésion est aussi en relation avec la productivité et la

satisfaction des travailleurs, ce qui se répercute à la fois sur le climat de travail et sa qualité. Pour développer la cohésion du groupe, on suggère de réduire sa taille, d'encourager l'accord avec les buts du groupe et d'augmenter le temps que les membres passent ensemble. On peut aussi majorer le niveau de formation en compétences et habilités, établir des moments ludiques et de divertissements où on apprend à se connaître, à s'accepter et à mieux se comprendre.

Le climat de travail est une qualité du milieu de travail ressentie par les membres de l'organisation, qui influe sur leur conduite, et qui peut être décrit en termes de valeurs. Dans le climat de travail, entre en jeu un certain nombre d'indicateurs que sont la santé des travailleurs, le sens de l'équité, la justice, la sécurité dans le travail en minimisant les risques, le niveau de communication avec une dose de liberté d'expression, le niveau économique suivant la rétribution et compensation, la qualité des activités avec la participation et l'autonomie des membres, le niveau de formation incluant les programmes, le prestige qui fait référence à l'image de l'organisation, à son degré d'implication et d'identification.

D'autre part, on définit le climat organisationnel en se référant aux qualités qui prédominent de manière consistante dans la majorité des contacts du chef avec les collaborateurs, et ces derniers entre eux. On parle alors de trois types de climat : climat défensif (les communications sont difficiles et les membres se sentent dans la nécessité de se défendre) ; climat de contrôle (le chef est vu comme un facteur coercitif, et entre les membres prédominent le conformisme et la résignation ; climat d'acceptation (la communication est fluide et le chef et les collaborateurs se sentent bien).

En dernier ressort, la motivation des membres de l'équipe est l'un des thèmes qui préoccupe le plus souvent. Il est plus important de prévenir la démotivation en se mettant en première ligne. Car on obtient de meilleurs résultats en prévenant la démotivation qu'en intentant de motiver des personnes déjà démotivées. On distingue diverses théories sur les motivations dans le milieu organisationnel. L'une d'elle, la théorie des deux facteurs de Herzberg, stipule qu'il y a deux facteurs importants pour la motivation au travail. D'une part, il y a des aspects extrinsèques comme le salaire, la supervision technique, les relations humaines, les conditions de travail, etc. Ces éléments ne motivent pas pour la réalisation du travail, mais exercent une fonction de maintenance et de coercition. D'autre part, on a des aspects intrinsèques comme

l'adhésion aux principes du groupe, la réussite, la reconnaissance, la responsabilité, l'ascension et la réalisation personnelle. Ce second aspect est plus motivant, car il met en relation le sujet et le travail.

On reconnaît aussi comme facteurs motivants le fait d'avoir une variété d'activités à accomplir en utilisant des habiletés diverses incluant l'identité du travailleur. Le travailleur attend que son nom se reflète dans le résultat du travail. Le sens de la transcendance (que le travail ait un impact sur la vie d'autres personnes), l'autonomie (donner la liberté d'indépendance dans la programmation), le feedback (que le travailleur ait des informations claires sur l'efficacité de l'exécution de sa tâche) sont autant de facteurs motivateurs pour les membres d'une organisation.

En somme, les indicateurs d'une équipe de travail humanisée se résument dans une atmosphère informelle, commode et libre avec une ambiance qui stimule les uns et les autres au travail bien fait. Même s'il y a des discussions et des désaccords, ils ne doivent pas être sous forme d'attaques personnelles. Les différences doivent faire avancer le projet collectif. Ce qu'on doit rechercher est que les tâches et les objectifs du groupe soient bien compris et acceptés par tous les membres. On fera en sorte que les critiques soient franches, et qu'elles ne provoquent pas de tensions ni de malaises pour personne. Tous les membres doivent pouvoir exprimer librement leurs opinions, sentiments et idées sans peur ni pression. Avant d'entreprendre une action nouvelle, il faut définir et répartir les tâches adéquatement entre les différents membres de l'équipe. On évitera toute sorte d'imposition de la part du coordonateur. L'équipe doit avoir connaissance du plan d'action de l'organisation en faisant avec fréquence l'évaluation des différentes activités⁷⁷.

2.2. Le profil humanisé des leaders dans une équipe de travail

Certains auteurs se posent la question de la nécessité d'un leader ou coordonateur dans les groupes de travail, car selon eux, une équipe peut bien être efficace sans avoir besoin de quelqu'un pour la diriger. Selon quelques études sur la question, dans les groupes sans leader désigné, il y a parfois des difficultés pour les membres de ne pas savoir que

⁷⁷ J.C. BERMEJO, A. MARTINEZ, *El trabajo en equipo, vivir creativamente el conflicto*, Sal Terrae, Santander, 2009, pp. 13-29.

faire. Ils tardent sur des conflits mineurs, perdent le fil du travail, et cessent de produire assez. On reconnaît alors que la figure du coordonnateur est nécessaire pour l'accomplissement d'un travail efficace en équipe.

Le concept de coordonnateur se comprend dans un sens ample. On peut le comprendre comme un directeur, un responsable ou quelqu'un en charge du groupe. Il s'agit précisément de la personne qui assume au sein de l'équipe un rôle différent du reste des membres, et qui a un certain pouvoir sur les autres. Bien qu'il y ait quelques nuances dans la compréhension des concepts de coordonnateur, leader, responsable, animateurs, nous les employons de façon indistincte pour désigner la figure de la personne chargée de guider, animer et coordonner un groupe de travail.

Comme caractéristiques principales, on attend d'un coordonnateur qu'il soit libre et indépendant par rapport aux membres du groupe. Par exemple, si un coordonnateur ne jouit pas totalement d'indépendance, il sera plus compréhensif devant une erreur commise par un collaborateur avec qui il a une certaine d'affinité qu'un autre avec qui il ne se sent pas bien à l'aise.

Un bon leader doit aussi avoir une forte auto-confiance, c'est-à-dire qu'il doit cultiver une bonne estime de soi. Il ne doit pas dépendre seulement de l'approbation des gens pour agir. Par exemple, le coordonnateur peut prendre une décision qu'il considère nécessaire pour le bon fonctionnement de l'équipe, et c'est possible qu'une telle décision ne soit pas approuvée par toute l'équipe. Mais malgré tout, il peut continuer d'agir s'il a un bon niveau d'auto-confiance et d'auto-estime.

Le coordonnateur doit également être à mesure de reconnaître ses limitations. Cela signifie reconnaître ses capacités, son rythme de travail, savoir jusqu'où arriver, et mettre soi-même des limites à ses responsabilités, en contenant et en dosant ses actions. Il s'agit de savoir donner priorité à la réflexion, et ne pas agir seulement sous les impulsions sentimentalistes.

En outre un leader doit être quelqu'un d'ouvert, et qui montre un intérêt positif pour les personnes qu'il coordonne, en communiquant avec clarté, et en évitant les ambiguïtés et malentendus. Il doit maintenir une morale de vie élevée en cherchant d'être modèle pour les uns et les autres, et susciter de l'enthousiasme dans son mode d'agir.

Dans l'exercice de l'autorité, le leader cherchera à être plutôt influent qu'autoritaire. Par principe, il est recommandable de demander des services plutôt que donner des ordres. Il doit montrer du respect pour ses collègues et subordonnés en leur témoignant confiance sans négliger de demander leurs opinions dans les prises de décisions qui les affectent. Muni de sagesse, il doit toujours agir selon les règles de la justice et de l'équité en appuyant et réconfortant les plus faibles.

Comme mission, on attend du coordinateur qu'il facilite le travail de tous les membres du groupe. Pour cela, il doit connaître les capacités de chacun des membres de l'équipe pour que l'exécution du travail soit conforme le plus possible à leurs capacités. Il doit ainsi connaître les disponibilités de temps et de ressources de chacun. C'est également le rôle du coordonnateur de garantir et d'assurer la participation de tous les membres aux processus de prise de décisions, surtout sur les aspects qui se réfèrent à l'organisation et au fonctionnement de l'équipe. Il doit convoquer des réunions (ordinaires et extraordinaires) et assurer leur correcte structure et fonctionnement. Il doit aussi s'assurer et garantir que l'information passe bien, et arrive à tous les membres, de telle sorte que personne ne se sente marginalisée ou sous-estimée.

Une autre dimension de la tâche du leader est de soigner la formation individuelle et collective des membres de l'équipe. Il doit être attentif aux besoins de recyclage de l'équipe en proposant des moments et des formats adéquats. Il est aussi du devoir du leader d'accomplir dans certaines occasions une fonction de médiation et d'arbitrage dans la résolution des conflits internes en sachant, en dernier ressort que ce sont les personnes qui vivent le conflit qui doivent le résoudre d'eux-mêmes.

Il est aussi intéressant de considérer les types de pouvoir que peuvent exercer les coordinateurs ou leaders de groupe. On distingue en général trois styles de leadership : autoritaire, permissif et démocratique. Selon le style autoritaire, le coordinateur concentre en lui tout le pouvoir et les prises de décision. Il tend à structurer l'organisation de manière verticale. Ce qu'il attend des autres c'est l'obéissance et l'adhésion à ses décisions.

Pour ce qui concerne le style permissif ou de « laisser-faire », on le rencontre dans les organisations horizontales dans lesquelles la place du coordinateur change d'un professionnel à l'autre. Le responsable du groupe pense qu'il est seulement un de plus,

en cessant, par conséquent, de réaliser ses fonctions propres comme animateur du groupe. Dans ces conditions, il apparaît toujours des conflits entre les membres, qui, dans la majeure partie des cas, se résolvent mal avec des conséquences drastiques comme la méfiance, le manque d'enthousiasme, l'affrontement de sous-groupes, etc.

L'attitude non-directive peut alors dégénérer en un *permissivisme* où l'animateur perd son rôle, et abdique de sa fonction. Mais il y a aussi une attitude non-directive démocratique, participative et coopérative où le coordinateur n'a pas de conclusion prédéterminée ; le groupe est en recherche ; le coordinateur anime, encourage et stimule la participation de tous.

Le style démocratique se fonde sur la collaboration et la participation de tous les membres de l'équipe. Le leader et l'équipe forme une unité. Dans ces conditions, le coordinateur se montre accessible, mais il ne doit pas confondre amitié et relation professionnelle. Il valorise la relation humaine au travail, et il est attentif au bon climat et à la cohésion de l'équipe. Il délègue des responsabilités parce qu'il a confiance à son équipe, avec la capacité de superviser quand c'est nécessaire. Somme toute, ce qui doit guider et animer le coordinateur, c'est son sens de l'intérêt et de préoccupation pour la réalisation du travail d'une part, et d'autre part l'intérêt et la préoccupation pour les relations humaines, d'où le chemin royal vers l'humanisation.

Dans le rôle du leader, on distingue aussi la tâche d'organisation fréquente de réunions pour requérir les avis des membres de son équipe. Pour alors organiser efficacement une réunion, outre la détermination claire des dates, des horaires, de l'ordre du jour, de la préparation matérielle nécessaire, le leader doit soigner ses relations interpersonnelles en créant un climat de confiance, en facilitant le dialogue et la participation, en harmonisant les différentes postures et en aidant les différents membres à exprimer leurs idées. Et pour faciliter le bon déroulement des réunions, le leader tentera de personnaliser toute intervention, et invitera aussi les intervenants à personnaliser, concrétiser et spécifier leurs interventions. C'est son devoir de chercher à provoquer la participation active, à éviter qu'interviennent toujours les mêmes personnes et à motiver les timides ou les passifs à intervenir.

D'autres astuces pour l'animation d'une réunion sont l'écoute active et la reformulation. L'animateur cherchera de recueillir de manière synthétique l'apport des intervenants et

ce qu'il comprend suivant le langage verbal ou non-verbal de chacun. Il doit maintenir une impartialité nécessaire lorsque surgissent des discussions en employant différentes dynamiques ou stratégies pour encourager la participation des membres. Il encouragera la verbalisation des conflits et tout ce qui paraît incommode dans le fonctionnement du groupe en recueillant toutes les informations nécessaires, en confrontant si possible ce qui n'est pas en syntonie avec les objectifs et les valeurs du groupe. Il doit savoir relancer le thème quand les interventions font perdre de vue l'objectif ou le motif de la réunion, en donnant encore espace aux nouveaux thèmes qui surgissent, ou en proposant de les aborder à un autre moment. Il doit aussi gérer avec sagesse le temps défini pour la réunion. En principe le temps ne doit pas être investi seulement pour alimenter des commentaires sur le groupe lui-même ou sur ses membres, à moins que ce ne soit le motif de la réunion expressément formulé. On essaiera d'arriver à des conclusions même si celles-ci se centrent sur le fait qu'on doit continuer à en débattre plus tard. Il faut alors synthétiser les différents apports, et remercier les uns et les autres pour la participation en renforçant le chemin parcouru. On peut recueillir aussi quelques sentiments, (incluse la fatigue), en donnant espace à l'auto-évaluation des sentiments de manière assertive⁷⁸.

3. Quelques pistes pour la gestion humanisée des conflits en équipe

Un mode spécifique d'humanisation dans les services socio-sanitaires est de savoir gérer et résoudre les conflits qui surgissent entre les employés. Il est évident que le conflit fait partie de la vie des équipes de travail. Cependant une bonne gestion de ces conflits est ce qui va marquer la différence entre une équipe saine et une équipe malade, c'est-à-dire celle où les conflits mal résolus produisent des blessures qui conditionnent le travail quotidien. En général, les conflits apparaissent quand deux ou plusieurs personnes du groupe ont des intérêts opposés et qui s'entrechoquent. Selon certaines théories, les conflits doivent être évités, car ils constituent un indice clair de dysfonctionnement des groupes et des organisations (théorie traditionnelle). D'autre part, on considère qu'on doit accepter non seulement les conflits comme quelque chose de naturel, mais aussi qu'ils donnent un souffle au groupe, car un groupe harmonieux,

⁷⁸ Cf. J.C. BERMEJO, A. MARTINEZ, *El trabajo en equipo, vivir creativamente el conflicto*, Sal Terrae, Santander, 2009, 57-75.

pacifique, silencieux et coopérant, tend à être statique, apathique et insensible aux besoins du changement et d'innovation (théorie interactionniste).

Comme bénéfices associés aux conflits dans un groupe, on reconnaît qu'ils peuvent contribuer à l'accroissement de la motivation et au rendement des membres, à la stimulation à l'innovation, au changement organisationnel, à la coopération, à la recherche d'alternatives d'amélioration, à la focalisation de l'attention sur les problèmes à régler, à la variation et réajustement des styles de leadership, à la réintégration d'éléments marginaux, à la définition des positions propres de manière qu'elles soient défendables et à la promotion d'un niveau de stimulus.

Outre les bénéfices, les conflits présentent des conséquences négatives, qui sont, entre autres, la naissance de hauts coûts personnels, la distribution injuste des résultats, la perte d'énergie dans le système, l'endommagement du rendement organisationnel, la distraction dans les tâches personnelles, les difficultés de communication, la diminution de la coopération, la génération de malentendus et la méfiance de toutes parts.

Suivant la théorie interactionniste, il ne s'agit pas de considérer que tous les conflits sont bons en soi, mais que certains d'entre eux soutiennent les buts du groupe et améliorent son engagement (les conflits fonctionnels), en opposition avec les conflits dysfonctionnels qui sont destructifs. Ces deux groupes de conflits se distinguent dans les tâches, la forme d'exécution du travail, les relations interpersonnelles, etc.

Comme indicateurs de conflits dans un groupe de travail, on peut relever entre autres, des contre-attaques aux idées de certains membres avant qu'elles ne soient exprimées totalement, des arguments exposés avec violence, un climat d'impatience qui renferme une agressivité, la méfiance dans l'équipe, des accusations réciproques, des tensions polarisées en deux bandes qui refusent de céder, et avec pour conséquences la négation de toute solution organisatrice.

Lorsqu'on aperçoit ces syntones dans un groupe, il convient de s'arrêter et de réfléchir sur les motifs qui peuvent les engendrer. Il y a, entre autres causes, la mauvaise répartition des bénéfices matériels, la manière de considérer les principes moraux et les formes de voir le monde. On peut aussi souligner la mauvaise communication, l'autoritarisme dans l'exercice de l'autorité, le manque de sécurité des membres de l'organisation, l'inégale répartition des charges, des tâches et du travail. On essaie

d'apporter des solutions fonctionnelles à certains problèmes qui satisfont les uns mais qui frustreront les autres.

Parfois il y a des conflits qui persistent avec le temps avec des causes diverses qui peuvent s'expliquer par le fait de nier l'existence du problème en soi, de convertir en un problème ce qui ne l'est pas, d'attribuer le problème à celui à qui il ne correspond pas, d'émettre des messages à double sens dans la communication ou d'entrer dans ce qu'on appelle une spirale de conflits. Les spirales de conflits affectent gravement la vie de l'institution en bloquant le système de communication, ce qui peut entraîner plus tard la destruction des relations interpersonnelles, voire la disparition même de la structure.

Il est important d'éviter d'entrer dans une spirale de conflits qui empêchent d'aborder d'une manière saine les problèmes, parce que de cette façon personne ne gagne. Au contraire quand on entre dans une dynamique d'accusations réciproques au milieu du conflit, avec des attitudes défensives, non seulement aucune partie ne gagne, mais aussi les deux parties perdent.

Nous devons également faire une différence entre résoudre un conflit et gérer un conflit. Résoudre un conflit implique le réduire, l'éliminer ou le terminer. Par contre, gérer un conflit implique dégager des stratégies pour minimiser les dysfonctionnements et maximiser les aspects positifs, avec pour finalité d'augmenter l'effectivité organisationnelle. Une fois qu'on a défini le conflit, on s'intéressera d'une part, à des interventions de caractère structurel, c'est-à-dire des aspects qui sont en rapport avec la structure (par exemple, la non-réalisation d'une tâche déterminée par un membre). D'autre part, on considérera les interventions de caractère constructeur, c'est-à-dire qui se centrent sur la manière d'aborder la situation de conflit.

On peut aussi adopter divers styles dans la gestion des conflits. Il y a d'abord le style de coopération qui est un processus constructif, agréable de gestion des conflits ou la compétition qui est un processus destructif et désagréable (approche dichotomique).

On a en plus ce qu'on appelle l'approche à trois styles : elle est composée de la « non-confrontation » qui se réfère à l'évitement du conflit, l'orientation vers la solution du problème qui reflète la recherche d'un accord qui soit acceptable pour toutes les parties en conflit, et le contrôle qui fait référence à la recherche d'un accord qui satisfasse les intérêts personnels sans considérer les intérêts ou les besoins des autres. Une autre approche est celle dite bidimensionnelle. Ce modèle a deux orientations co-existantes et

indépendantes, et qui prend en compte la recherche non seulement des bénéfices personnels mais aussi ceux des autres.

Comme instruments utiles pour la gestion des conflits, on peut proposer, entre autres choses, d'utiliser le style « gagnant-gagnant » en concédant à chacun sa part de responsabilité. On peut aussi considérer les biens et les affaires en jeu en analysant les motifs qui ont engendré le conflit et en examinant le coût ou les conséquences d'un manque d'accord entre les parties. On peut également chercher à identifier et à corriger les erreurs possibles dans la perception du problème en discernant entre ce qui est relatif au conflit originel et les nouveaux dommages dérivés de la dynamique actuelle du conflit. Il faut chercher à identifier aussi la zone de contrôle de chaque partie et s'appuyer sur cette zone de confort pour réaliser une communication qui soit assertive. Il s'agit concrètement d'identifier l'objectif de la communication, savoir à qui on s'adresse, choisir le moment et la situation, exprimer le sentiment en présence et communiquer l'objectif précis⁷⁹.

⁷⁹ J.C. BERMEJO, A. MARTINEZ, *El trabajo en equipo, vivir creativamente el conflicto*, Sal Terrae, Santander, 2009, pp. 81-98.

Bibliographie

ALVAREZ, J.C., “*Bioética (fundamentación en)*” in *Diccionario de Pastoral de la salud y bioética* (Directores: J.C. BERMEJO, F. ALVAREZ), San Pablo, Madrid, 2009.

BELDA MORENO, R.M., *Tomar decisiones, del proceso interior a la práctica ética*, PPC, Madrid, 2015.

BRUSCO, A., « *Sanador herido* », in *Diccionario de Pastoral de la salud y bioética* (Directores: J.C. BERMEJO, F. ALVAREZ), San Pablo, Madrid, 2009.

BERMEJO, J.C., *Apuntes de relación de ayuda*, 12ª edición, Sal Terrae, Santander, 1998.

BERMEJO, J.C., BELDA, R.M., *Bioética y acción social, Cómo afrontar los conflictos éticos en la intervención social*, 2ª Ed, Sal Terrae, Santander, 2006.

BERMEJO, J.C., *Humanizar la asistencia sanitaria*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2014.

BERMEJO, J.C., *Introducción al counselling*, 2ª Edición, Sal terrae, Santander, 2011.

BERMEJO, J.C., CARABIAS, R., *Relación de ayuda y enfermería, material de trabajo*, Sal Terrae, Santander, 1988.

BERMEJO, J.C.; MARTINEZ, A., *Humanizar el liderazgo*, Declée de Brouwer, Bilbao, 2012.

BERMEJO, J.C.; MARTINEZ, A., *El trabajo en equipo, vivir creativamente el conflicto*, Sal Terrae, Santander, 2009.

BERMEJO, J.C.; MUÑOZ, C., *Humanizar la gestión de la calidad*, Sal Terrae, Cantabria, 2013.

CARL, R., *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona, 1986.

CICCONE, L., “*Bioética. Historia y problemática actual*” in *Diccionario de Pastoral de la salud y bioética* (Directores: J.C. BERMEJO, F. ALVAREZ), San Pablo, Madrid, 2009.

- DIETRICH, G., *Psicología general del counselling*, Herder, Barcelona, 1986.
- GAFO, J., *Ética y legislación en enfermería*, cité par J.C. BERMEJO, *Qué es humanizar la salud, por una asistencia sanitaria más humana*, San Pablo, 2003.
- GARCIA FERAZ, J., ALARCOS, F.J., *Palabras clave en humanizar la salud*, Editorial verbo divino, Pamplona, 2002.
- HEIDEGGER, M., *Etre et Temps*, nerf, Gallimard, Mayenne, 2014.
- HEIDEGGER, M., *Les conférences de Cassel (1925)*, (Edition bilingue introduite, traduite et annotée par Jean-Claude GENS), J. VRIN, Paris, 2003.
- HERESCU N.I., *Homo-Humus-Humanitas, Preface à un humanisme contemporain*, In: Bulletin de l'Association Guillaume Budé, n°5, Juin 1948 (pp.64-76).
- HURTUBISE Y., DESLAURIERS J.P., *Introduction au travail social, méthodologies et pratiques nord-américaines*, Les Presses de l'Université de Laval, 2003.
- LAVOIE, V., "L'enfer de James NACHTWEY : Protocole pour une photographie compassionnelle », *Protée*, Vol. 37, n°1, 2009 (pp. 35-45).
- MARCHESI, P., "Humanización sanitaria" in *Diccionario de Pastoral de la salud y bioética* (Directores: J.C. BERMEJO, F. ALVAREZ), San Pablo, Madrid, 2009.
- MARINA, J.A., M. de la VALGOMA, *La lucha por la dignidad, teoría de la felicidad política*, Círculo de lectores, Barcelona, 2000.
- PANGRAZZI, A., *Creatividad pastoral a servicio del enfermo*, Sal Terrae Santander, 1988.
- POTCHENSKY, M., "Humanisme" in *Dictionnaire de philosophie*, (Sous la direction de Jean-Pierre Zarader), ellipses, Paris, 2014.
- POTCHENSKY, M., "Vie", *Dictionnaire de philosophie* (Sous la direction de Jean-Pierre Zarader), ellipses, Paris, 2014.
- POUJOL, J., *L'accompagnement psychologique et spirituel, Guide de relation d'aide*, empreinte, Paris, 2007.

PRAT, F., *Bioética en residencias, problemas éticos en la asistencia a la persona mayor*, Sal Terrae, Santander, 2008.

SAURA GOMEZ, E., “*Vida*”, in *Diccionario de pensamiento contemporáneo* (director Mariano Moreno Villa), San Pablo, Madrid, 1997.

VRIES, J.P., “*Vida*”, in *Diccionario de filosofía*, Herder, Barcelona, 1969.

ZARACHO, R., *Consejería pastoral*, Grupo Editorial Lumen, Buenos Aires-México, 2007.

Autres types de documents

Constitution de Burkina Faso (Loi N°002/97/ADP du 27 Janvier 1997)

Dictionnaire, Le grand Larousse illustré, Paris, 2016.

YAMEOGO, P., *article posté le 20 septembre 2017 par Burkina24 Opinion*, Actualité du Burkina Faso, un journal en ligne.