



Étude / analyse n° 1

Approches pratiques des valeurs du soin : Angleterre, États-Unis et Canada

Robin Michalon

Chercheur associé en philosophie, Espace de réflexion éthique de la région Ile-de-France

22 février 2016

Version : 10.03.16

Table des matières

Présentation générale	2
Partie 1 – Les valeurs du soin à l'échelle des systèmes de santé	3
Partie 2 – Les valeurs du soin à l'échelle des corps de métier	3
Partie 3 – Les valeurs du soin à l'échelle des institutions de soin	4
Partie 4 – Les valeurs du soin à l'échelle des mobilisations au sein de la société civile	4
Conclusion transversale – Valeurs de l'institution, valeurs de l'individu et communauté	4
Introduction – cultures, institutions et valeurs du soin.....	6
a. Problèmes lexicaux	6
b. Corpus, institutions et acteurs.....	7
I - À l'échelle du système de santé : les valeurs comme bien commun	8
A. Aux Etats-Unis	8
B. Au Canada.....	10
C. Au Royaume-Uni.....	11
Conclusion, partie 1.....	12
II - A l'échelle du corps de métier du soin : les valeurs comme vertus du professionnalisme	14



A. En Angleterre	15
B. En Amérique du Nord	16
C. Les Nursing codes of ethics en Amérique du Nord	17
D. Des valeurs obligatoires ?	20
Conclusion, partie 2	21
III - A l'échelle des institutions de soins	22
A. Différences nationales	22
B. Valeurs affichées	23
C. Les codes hospitaliers	24
Conclusion, partie 3	25
IV - L'amitié comme valeur	27
Mobiliser la « communauté »	28
Conclusion, 4 ^{ème} partie	28
Conclusion transversale – Valeurs de l'institution, valeurs de l'individu et communauté	30
Annexes	32
Bibliographie	32
Hospital's values (exemple - King's college)	33

Présentation générale

Cette étude non-exhaustive des discours porte sur les « valeurs du soins » dans les « cultures anglo-saxonnes du soins » (Angleterre, États-Unis et Canada). Elle pointera notamment le lexical du discours de plusieurs acteurs à des échelles différentes¹ :

- Les agences étatiques chargées de la gestion du système de santé ;
- Les associations de représentation et de régulation des ordres de professionnels du soins :
 - o Les acteurs certifiant et délivrant le diplôme de soignant, acteurs éducatifs ils ont une place primordiale dans la constitution d'une culture professionnelle.

¹ Toutes les traductions en français dans ce texte ont été réalisées par l'auteur.



- Les institutions encadrant l'exercice professionnel des soignants. Ces dernières veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence des médecins mais aussi, à la qualité et à l'innovation des soins.
- Les institutions de soin elles-mêmes, du domaine médical et médico-social, surtout les hôpitaux du fait de l'accessibilité de leurs données sur internet.
- Les mouvements citoyens fondant leurs actions sur les valeurs du soin, comprises ici comme l'aide aux plus vulnérables.

Enfin, un focus particulier sera fait sur la contextualisation des discours sur les valeurs du soin et sur ce qu'elles révèlent des structures et évolutions des pratiques soignantes dans chacun des pays (plutôt que sur la signification et l'intensité morale des valeurs exprimées). Une telle approche a pour but de mettre à jour les tensions intrinsèques entre « l'intensité morale » des valeurs exprimées, c'est-à-dire leur impact en termes de pratiques et leur capacité à distinguer le « bien » du « mal » dans le domaine du soin, et leur utilisation à des fins éminemment communicationnelles, d'affichage de telle ou telle qualité leur permettant de se distinguer ou de répondre à des attentes socioéconomiques, politiques ou culturelles.

Partie 1 – Les valeurs du soin à l'échelle des systèmes de santé

Les « valeurs » telles qu'elles s'expriment à l'échelle du système de santé sont tributaires des questions d'organisation sociétale et de justice sociale. Aujourd'hui, elles s'inscrivent donc en creux de deux modèles. Celui du « single-payer » où l'État finance sur les impôts un système de soin universel, et celui se fondant sur un système de marché où les services de soin sont rendus par des institutions privées.

Ces valeurs s'observent à l'aune des évolutions historiques des structures sociétales et des représentations sur les fondements historiques et moraux de chacun des pays. Ainsi, le modèle anglais a conservé et réaffirmé les valeurs de son système universaliste d'après la seconde guerre mondiale. Au Canada, c'est le développement de logiques privées, parallèles au système universel public, qui a ravivé le discours sur les valeurs d'équité, de justice et de solidarité. Aux Etats-Unis, la question des valeurs du système de santé s'observe dans une lutte récurrente entre deux conceptions du soin, l'une comme droit fondamental, l'autre comme une commodité au sujet de laquelle chacun est libre de statuer dans son for privé.

Partie 2 – Les valeurs du soin à l'échelle des corps de métier

Les codes d'éthique et codes de bonnes conduites publiés par les associations de représentation et de régulation des corps professionnels mettent en avant l'importance de la dimension morale dans la constitution de la profession. Cette dimension morale se concrétise par la notion de professionnalisme, voire même des « valeurs du professionnalisme », qui caractérisent un investissement moral dans les actions menées en tant que professionnel vis-à-vis de la société.

Ces valeurs du professionnalisme servent à affirmer l'identité d'un groupe professionnel, mais sont aussi utilisées à des fins de conservation d'un ordre menacé dans son intégrité par des changements d'environnement socioéconomique et de structures (flexibilisation du marché économique du soin ou la contractualisation des pratiques médicales).



Partie 3 – Les valeurs du soin à l'échelle des institutions de soin

L'expression de valeurs à l'échelle hospitalière répond à deux impératifs. D'une part, l'affichage d'un lieu de soin moralement « sain », d'autre part l'obligation du personnel soignant à suivre la ligne directrice morale de l'hôpital, évitant ainsi la faute professionnelle. Ces deux « modes d'expression » des valeurs hospitalières se distinguent surtout par leur destinataire, les « valeurs affichées » sont destinées au public, les « valeurs coercitives » au personnel soignant. L'expression des valeurs peut, ici aussi, être interprétée comme la résurgence de phénomènes tels que la contractualisation des pratiques de soin et le calque du système hospitalier sur le modèle des entreprises. Ces deux types de valeur ne sont pas imperméables l'un à l'autre.

Partie 4 – Les valeurs du soin à l'échelle des mobilisations au sein de la société civile

Les valeurs du soin s'expriment aussi à travers la société civile sur le mode de la mobilisation et de l'aide aux plus vulnérables. L'attention est bien plus portée sur des initiatives locales et communautaires. Les valeurs exprimées se détachent donc beaucoup du domaine médical, pour se rapprocher d'un lexique plus associatif de l'entraide et du partage.

Conclusion transversale – Valeurs de l'institution, valeurs de l'individu et communauté

Les discours sur les valeurs du soin étudiés ici articulent de façon complexe les différentes échelles de la pratique du soin, de l'association d'entraide au système de santé. Une première tension réside dans deux idées morales du soin, l'une le décrivant comme un service liant un soignant et un soigné, et donnant lieu au lexique très majoritairement présent du « patient centred care » (soin centré sur le patient), l'autre décrivant une institution sociale au service de la communauté, voire même de la société.

Les deux échelles de discours sur les valeurs du soin coexistent le plus souvent dans les textes émis par les institutions de soin. Néanmoins, telle ou telle conception est très nettement mise en valeur à chacun des niveaux étudiés.

À l'échelle du système de soin, on retrouve logiquement une conception sociétale du soin. Toutefois, les argumentaires soutenant des systèmes privatisés vont concentrer leur discours sur la relation soignant-soigné.

À l'échelle des corps de métier, l'articulation entre la conception sociétale et la conception relationnelle du soin est plus subtile. La constitution et la régulation sociale de l'ordre professionnel se faisant en réponse à des attentes sociales, on aurait pu s'attendre à trouver ici un discours à l'échelle de la communauté. Néanmoins, les associations représentatives de médecin, si elles peuvent faire mention d'idéaux de « justice sociale », par exemple, se concentrent sur un soin de qualité et éthique vis-à-vis du patient. La crainte de la faute morale s'inscrit d'ailleurs comme le prolongement d'un tel soucis de la qualité du soin soignant/soigné. A l'inverse, les codes d'éthique publiés par les associations représentatives infirmières mettent l'accent sur l'inscription de leur pratique dans la communauté, voire la société. L'engagement



communautaire et social mené par l'infirmière dans le cadre de son activité professionnelle (selon l'ANA² et la CNA³) passe par une certaine conscience des implications sociales et économiques de sa pratique, une volonté de réduire les inégalités, et une conception totale du soin incluant des activités de prévention, de lutte contre la précarité, etc.

A l'échelle des institutions de soin, la dimension économique pousse ces dernières à promouvoir un soin d'excellence. Toutefois, ce sont aussi des institutions de proximité qui impliquent qu'elles valorisent un engagement communautaire dans leurs standards éthiques. On trouve donc systématiquement dans les valeurs affichées à inclure une dimension communautaire. Au Canada, par exemple, il existe des institutions comme la South West Ontario Aboriginal Health Center, spécialisée pour les *natives* (populations implantées avant la colonisation). Un tel investissement local des hôpitaux va aussi passer par l'attention faite aux aidants ou des actions de prévention, de promotion de la santé etc.

A l'extrême opposé des discours sur la relation soignant-soigné, on trouve les initiatives provenant de la société civile qui, elle, promeut son action à l'échelle de la communauté par des actions locales qui valorisent souvent des dimensions confessionnelles, culturelles, ethniques, etc.

Une autre approche transversale permettant d'observer les différents discours sur les valeurs du soin à travers notre corpus est la dimension obligatoire de l'engagement moral dans la pratique du soin. La conception traditionnelle des valeurs provenant de la philosophie morale implique qu'elles soient actées par le libre-arbitre de l'individu et non imposées à la façon des normes. Toutefois, une telle conception omet les interactions entre l'individu et l'institution. Une institution prônant des valeurs doit réussir à acter ces valeurs par le biais de l'action des individus qui la composent. Pour le soin, les associations de corps de métier, les institutions de soin ou les agences gouvernementales gérant les systèmes de santé, si elles veulent acter les valeurs qu'elles mettent en avant, doivent mettre en place des dispositifs obligeant les membres de ces institutions. Ces dispositifs ne passent pas nécessairement par des actions disciplinaires, ce qui est toutefois souvent le cas à l'échelle des hôpitaux, mais peuvent être mises en place par des biais détournés : inscription sur la liste des professionnels de tel ou tel corps, permission d'exercer le métier. L'agencement de valeurs institutionnelles et du libre-arbitre des soignants vient donc profondément troubler la différence établie entre normes et valeurs.

² American Nursing Association

³ Canadian Nursing Association



Introduction – cultures, institutions et valeurs du soins

L'intimité partagée et le fondement sur la confiance de toute relation de soins engage moralement, et à toutes les échelles, les acteurs de cette relation de soins. Pour autant, l'engagement moral de l'activité de soins peut varier grandement, autant dans les projections culturelles qu'on fait sur elle que dans les actions elles-mêmes. A l'heure d'engager une réflexion sérieuse sur les « valeurs », il semble donc pertinent de questionner les implications, les connotations culturelles et sociales des « valeurs du soins ». A travers différentes cultures du soins, l'engagement moral du soignant, et les valeurs dont cet engagement répond, varient grandement selon les attentes et projections culturelles que l'on fait sur l'activité de soins.

Pour ne pas nous perdre dans notre raisonnement, mais pour ne pas rater non plus des valeurs qui se cacheraient sous d'autres termes en anglais, je prendrai ici une acception suffisamment large du terme de « valeur » comme étant *ce qui guide le geste et la décision moral*. Attester d'un tel bagage significatif que véhiculerait notre mot « valeur », demande donc de faire un détour linguistique et culturel. Sans prétendre pouvoir établir exactement ce qui constitue l'écart entre le mot « valeur » et sa traduction anglaise « value » (et tout le champ lexical qui l'accompagne), observer comparativement l'usage des deux termes peut nous renseigner sur la façon dont des cultures diverses perçoivent et ont cristallisé l'expérience sociale de la nécessité morale du soins. Un tel travail est d'autant plus important qu'il est essentiel à toute tentative de définition de ce qu'est une valeur au sens moral. Pour prendre un exemple, l'observation des usages culturels d'un tel mot vient déjà nous renseigner sur le caractère obligatoire ou simplement indiqué de l'implication d'une valeur dans tel ou tel acte de soins.

a. Problèmes lexicaux

Nous proposons donc un relevé formel non-exhaustif et une analyse des usages du mot « valeur » par les acteurs institutionnels du monde du soins en Angleterre, aux États-Unis et au Canada. Un premier questionnement réside dans la façon dont le choix lexical va diriger nos recherches. Si on entend par « valeurs du soins » les enjeux moraux propres à la pratique soignante, il faut alors, pour bien discerner la façon dont les cultures anglo-saxonnes du soins traitent ces enjeux, repérer dans les lexiques institutionnels quels sont les termes pertinents, sans se borner aux « values ». Il est apparu comme judicieux de considérer les termes de « principes » et « d'ethics » comme pertinents pour essayer de reconstituer l'écart entre une culture française du soins et des cultures anglo-saxonnes puisque ces deux derniers semblent beaucoup plus utilisés que le terme de « values ». Ce décalage dans les usages nous renseigne déjà, lui aussi, sur les cultures du soins anglo-saxonnes et leur rapport à l'engagement moral dans la pratique soignante. Privilégier le terme de « principes », comme on le retrouve majoritairement au Royaume-Uni et souvent aux États-Unis et au Canada, enclave déjà la dimension morale de la pratique du soignant dans son exercice professionnel *stricto sensu*. En effet, là où la revendication d'une « valeur » au sens français peut être transversale et dépasser, recouper l'exercice professionnel, le principe et/ou



l'éthique semblent s'énoncer dans les contextes britannique, étasunien et canadien comme circonscris à la pratique professionnelle soignante.

b. Corpus, institutions et acteurs

Pour essayer de saisir le plus précisément possible ce que ces cultures du soin entendent par « values », il faut détailler les usages qu'en font les acteurs du domaine du soin en Angleterre, au Canada et aux États-Unis. Nous avons distingué plusieurs acteurs en fonction de l'accessibilité des données qui nous intéressaient, de leur rôle au sein de la « culture du soin » de leurs pays respectifs, de la pertinence de leur propos, etc.

- Les agences étatiques chargées de la gestion du système de santé.
- Les associations de représentation et de régulation des ordres de professionnels du soin
 - Les acteurs certifiant et délivrant le diplôme de soignant ; acteurs éducatifs ils ont une place primordiale dans la constitution d'une culture.
 - Les institutions encadrant l'exercice professionnel des soignants. Ces dernières veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence des médecins, mais aussi de qualité et d'innovation des soins.
- Les institutions de soin elles-mêmes, du domaine médical et médico-social.
- Les mouvements citoyens fondant leurs actions sur les valeurs du soin, comprises ici comme l'aide aux plus vulnérables.

La liste ci-dessus n'est pas exhaustive, les exercices libéraux du soin, entre autres, manquent. Elle présente toutefois une part certaine des pratiques du soin, de loin la plus institutionnalisée. De même, on n'entretient pas l'illusion que chacun de ces acteurs aurait le même usage, le même impact, sur les usages culturels du terme de « values ». J'entends simplement ici que chacun d'entre eux participe à la complexité de l'usage du dit terme.

Nous partons donc du présupposé que l'engagement moral dans le soin est à la fois une question d'échelle et de contexte d'énonciation. L'énonciation des valeurs est toujours contingente et s'établit dans le cadre de stratégies communicatives. Il apparaît donc judicieux de distinguer les différents usages des valeurs dans les cultures anglo-saxonnes du soin selon leurs échelles d'énonciation. (Question de la croyance, de l'adhésion, jeu politique autour de l'énonciation de valeurs...). Une telle approche a pour but de mettre à jour les tensions intrinsèques entre « l'intensité morale » des valeurs exprimées, c'est-à-dire leur impact en termes de pratiques et leur capacité à distinguer le « bien » du « mal » dans le domaine du soin, et leur utilisation à des fins éminemment communicationnelles, d'affichage de telle ou telle qualité leur permettant de se distinguer ou de répondre à des attentes socioéconomiques, politiques ou culturelles.



I - À l'échelle du système de santé : les valeurs comme bien commun

L'expression des valeurs du soins à l'échelle du système de santé se fait dans les trois pays anglo-saxons, comme probablement dans beaucoup d'endroits dans le monde, par une révélation des valeurs fondamentales d'une organisation sociétale. Le but est donc, pour les acteurs politiques, d'énoncer, par le biais des agences d'Etat chargées des systèmes de santé ou dans le cadre des débats sur les réformes du système de soins, les valeurs fondatrices du système. Au sein de nos trois pays, la différence majeure réside dans l'instauration, ou non, d'un système de « single-payer healthcare » à savoir un système où seul un acteur, l'Etat ou une agence étatique, paye pour les frais de santé des usagers du système. Un tel système existe au Canada et en Angleterre, selon des modalités différentes puisque le système canadien « achète » des services de soins à des organisations « sans-profit » (hôpitaux par exemple), tandis que le National Health Service du Royaume-Uni est aussi gestionnaire des organisations de soins.

A. Aux Etats-Unis

Aux États-Unis, deux programmes nationaux ont été créés en 1965 : *Medicare* and *Medicaid*, le premier prenant en charge les personnes âgées avec un handicap grave, le deuxième les personnes aux revenus les plus bas. Ces deux programmes ont été, et sont encore, l'objet de très nombreux débats où la question des valeurs revient quasi systématiquement. Ces débats donnent à voir différentes conceptions morales du soins. Le dernier en date est celui portant sur le *Patient Protection and Affordable Care Act*, loi signée en Mars 2010 visant à améliorer la qualité et l'accessibilité du système d'assurance et à réduire les coûts liés au système de santé à un niveau individuel et collectif. Au sein des différentes prises de position sur la question des valeurs au fondement du système de santé américain, je me suis concentré sur celles émanant d'institutions représentatives des professionnels de santé afin de rester dans les valeurs émanant d'une certaine « culture du soins aux USA ». La American Nursing Association, par le biais de son *Online Journal of*

What do Americans, both as individuals and as a society, want and expect from our health care system? We contend that four fundamental goals and desires have shaped the US health care system.

- First, we desire high (or perhaps even the highest) quality care.
- Second, we desire freedom of choice in health care.
- Third, we want our health care to be affordable. If, both as individuals and as a society, we spend too much on health care, we won't have enough resources left for all of the other things we need or want.
- Fourth, we want our fellow citizens to share in the considerable benefits of health care.

We believe that these four general health system goals are all attractive and are very widely endorsed in the United States (and elsewhere) [...] It has become increasingly clear that these four fundamental goals are incompatible—that is, they cannot all be maximized at once. So, satisfaction of one or more of the goals must be compromised to achieve the others.



*Issues in Nursing*⁴, reprend l'analyse faite par le American College of Emergency Physicians⁵ en posant que le système de santé américain possède quatre buts fondamentaux, sur lesquels tout le monde semble s'accorder : haute qualité des soins, liberté de choix, accessibilité du système de santé, partage des bénéfices du soin avec tous les concitoyens (américains). Toutefois, selon les deux institutions, malgré le partage relativement étendu de ces quatre valeurs, leur hiérarchisation en termes de priorité réside sur des impératifs moraux en fonction de quelle doctrine politique telle ou telle personne répond.

La American Nursing Association pousse l'analyse un peu plus loin dans un autre article, où elle construit le tableau idéal-typique des deux tendances majoritaires se positionnant sur les valeurs à la base du système de santé. Ce tableau montre bien comme la question des valeurs à la base du système de soin est fondamentale dans les débats sur les réformes de la santé aux États-Unis⁶.

Libéraux-égalitaires	Libertariens et défenseurs du marché libre
Le soin est un bien fondamental et l'accès à ce bien nous permet de devenir de véritables membres de la société. Ce droit au soin doit être mis en place en retirant toutes les barrières rendant son accès difficile ou impossible.	Le rôle du gouvernement se limite à défendre la liberté que toute personne a de choisir ses propres buts et les moyens qu'elle veut utiliser pour y parvenir. Les personnes ont le droit à la non-interférence.
Justice, égalité et communauté sont des valeurs.	Liberté et responsabilité de soin sont des valeurs.
Le soin est un droit.	Le soin est une commodité.
Un système public de prise en charge financière du soin est la solution.	Les mécanismes du marché décentralisé et système où chacun paie pour soi est la solution.

On constate donc comme à l'échelle nationale du système de soin la question des valeurs du soin est essentielle puisqu'au fondement des deux modèles politiques s'opposant on trouve un argumentaire sur une hiérarchie des valeurs.

⁴ Sorrell, J., "Ethics: The Patient Protection and Affordable Care Act: Ethical Perspectives in 21st Century Health Care" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18 No. 1, November 9, 2012

⁵ American College of Emergency Physicians, The Ethics of Health Care Reform: Issues in Emergency - Medicine - An Information Paper - See more at: <http://www.acep.org/Physician-Resources/Practice-Resources/Professionalism/Ethics/The-Ethics-of-Health-Care-Reform--Issues-in-Emergency---Medicine---An-Information-Paper/#sthash.hgQMAZsq.dpuf> ; available online on the 09/03/16

⁶ Sorell, *op. cit.*



B. Au Canada

Le système de santé canadien fait face à des débats similaires bien que nettement plus mesurés. Il trouve ses racines dans le Canada Health Act (1984), loi sur les soins médicaux (en français). Cette loi pose les conditions que les plans d'assurance santé fédéraux doivent remplir pour recevoir les transferts de paiement nationaux. Ces critères contiennent la couverture universelle pour tous les services assurés (« insured services » ou « core services »), c'est-à-dire les services hospitaliers, du *physician*. Le Canada Health Act et les évolutions institutionnelles qui en ont découlé constituent aujourd'hui ce qu'on appelle Medicare, comparable à un équivalent français de l'assurance-maladie en français. Pour reprendre les termes de Gregory P. Marchildon dans *Health Systems in Transition: Canada*⁷ : la couverture est « profonde » mais « étroite ». Quand bien même les frais hospitaliers et de médecins sont totalement pris en charge, les médicaments, les soins dentaires, soins à domicile, soins de long-terme et autres sont laissés au secteur privé ou à d'autres programmes au niveau des provinces.

Contrairement aux États-Unis, la conception historique du système canadien de santé peut être dite universaliste puisque fondée sur un système de répartition des impôts et d'accès au soin sans conditions. Cette dimension universaliste s'est construite sur un socle de valeurs fortes, énoncées comme principes *du Canada Health Act* : administration publique, totalité de la prise en charge, universalité, déplaçabilité, accessibilité.

Néanmoins, les fondements du système canadien semblent remis en jeu par les évolutions du système en lui-même. Ce sont ces évolutions qui ont amené le gouvernement à constituer une commission royale sur le futur du système de santé canadien. Le rapport qui en est ressorti — *Building on values, the future of health care in Canada*⁸ (rapport Romanow) — est, de par son titre, un document éloquent pour ce travail de recherche.

Les changements principaux repérés comme problématiques par le rapport Romanow prennent essentiellement leur place en dehors du système de santé tel que la consommation médicamenteuse, les soins à domicile, la juste répartition du soin sur tout le territoire ainsi que les listes d'attente d'accès au soin.

Le discours de Romanow est donc simple, il s'agit d'adapter le système canadien à ces évolutions, tout en restant dans la droite ligne morale de ce que Romanow considère être les valeurs fondamentales du Canada : équité, justice et solidarité. Ce discours est une prise de parti politique contre ceux qui, regardant vers les États-Unis, prônent un système fondé sur la liberté de choix dans le soin et sur les mécanismes du marché économique. Les changements proposés sont, par exemple, la mise en place de moyens

In their discussions with me, Canadians have been clear that they still strongly support the core values on which our health care system is premised – equity, fairness and solidarity. These values are tied to their understanding of citizenship. (*Building on values*, p.xvi)

I believe it is a far greater perversion of Canadian values to accept a system where money, rather than need, determines who gets access to care. (*Building on values*, p.xx)

⁷ Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1–179

⁸ Roy J. Romanow, *Building on values, the future of health care in Canada*, November 2002, available online (09.03.2016): http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf



plus importants pour atteindre les populations reculées ou marginalisées culturellement et pour améliorer les services de diagnostics, analyses, etc.

C. Au Royaume-Uni

Le système de santé du Royaume-Uni est un système « single-payer » où un programme étatique est non seulement en charge du système, mais en est aussi le gestionnaire. Plus précisément, chaque pays du Royaume-Uni possède une NHS⁹ (*National Health System*), cette étude se concentre¹⁰ sur le système anglais qui est d'ailleurs le plus souvent évoqué lorsqu'aucune précision n'est ajoutée après le terme NHS lui-même.

La NHS est fondée après la seconde guerre mondiale dans un contexte favorable aux politiques de redistributions. Ainsi, historiquement, la NHS se revendique comme construite sur des principes moraux, des valeurs fondamentales. Ces valeurs universalistes sont celles de « l'accessibilité pour tous indépendamment de la richesse » et se réalisent par ce qui est décrit sur le site de la NHS comme trois principes historiques : « rencontrer les besoins de chacun, être gratuit au moment d'exécution et être basé sur le besoin clinique et non seulement sur la capacité à payer. »

« It [the NHS] was born out of long-held-ideal that good healthcare should be available to all, regardless of wealth – a principle that remains at its core

NHS principles. Historically three core principles:

- "meets the needs of everyone"
- "it be free at the point of delivery"
- "it be based on clinical need, not ability to pay"

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx> (available online, 09/03/16)

Ces valeurs ont été réaffirmées en 2011 « après consultation des patients, du public et des équipes médicales », dans le cadre de la *NHS Constitution*¹¹, écrite pour établir les principes et valeurs de la NHS, les droits auxquels le public, les patients et le staff ont droit, ainsi que les devoirs que la NHS se doit de tenir. On commence à apercevoir une spécificité anglaise de cette étude, à savoir que la NHS étant agence nationale de santé et gestionnaire d'institution de soins, les valeurs qu'elle énonce sont « double-binded », c'est-à-dire objet d'une double contrainte selon des logiques gestionnaires publiques, d'une part, et des logiques budgétaires, d'autres part.

Les valeurs présentées dans la *NHS constitution* sont un mélange de valeurs formelles (dignité, respect...), s'inscrivant

All parts of the NHS system should act and collaborate in the interests of patients, always putting patient interest before institutional interest, even when that involves admitting mistakes.

⁹ La NHS, *national health system*, est le système de santé public anglais, il est l'Etat paye pour un panel de soins prédéfini.

¹⁰ L'étude des autres systèmes nationaux n'en serait pas moins intéressante.

¹¹ *NHS Constitution*, available online (09/03/16) :

<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>



dans un système de santé universel, et des valeurs opérationnelles destinées à un bon soin à l'intérieur des institutions :

- **Travailler ensemble pour les patients** : la NHS prend un parti résolument centré sur le patient en toute situation. Cette valeur comprend l'idée que les intérêts du patient doivent toujours passer avant les intérêts de l'institution, de même que la nécessaire adaptation des institutions aux besoins des patients.
- **Respect et dignité** : Une telle valeur passe, selon le site internet de la NHS, par l'institutionnalisation d'un esprit de bienveillance et d'une culture de l'humilité, de l'ouverture d'esprit et de l'honnêteté.
- **Engagement pour un soin de qualité** : La qualité est entendue selon les critères de la sécurité, de l'efficacité et de la concentration sur l'expérience du patient, y compris dans une dimension compassionnelle. La qualité du soin est dépendante d'une pratique diffusée du « feedback ».
- **Compassion** : Compassion est ici entendu comme un rapport sensible et bienveillant du soignant avec le public, le patient et ses proches. Ce rapport sensible implique que la NHS étende ses activités au-delà de la clinique, jusqu'aux soins palliatifs, soulagement des douleurs, de telle façon que la personne se sente valorisée.
- **Améliorer les vies** : décrite comme au cœur de l'activité de la NHS, cette valeur implique que la NHS doit aussi encourager les individus à vivre des vies plus saines.
- **Tout le monde compte** : Une telle valeur implique que la NHS a une responsabilité dans la maximisation des bénéfices obtenus des ressources qu'elle possède.

Ces valeurs sont appuyées par des principes censés les prolonger concrètement. La distinction n'est pas très claire entre principe et valeur puisqu'on y retrouve l'essentiel des éléments présentés ci-dessus. On remarque néanmoins l'importance que prend la lutte contre les discriminations (sur des critères de genre, de race, de handicap, d'orientation sexuelle, de religion, de changement de genre, de grossesse, de statut marital), la haute qualité du soin et du professionnalisme et l'attention portée sur le patient.

Conclusion, partie 1

Les « valeurs » telles qu'elles s'expriment à l'échelle du système de santé sont tributaires des questions d'organisation sociétale et de justice sociale. Aujourd'hui, elles s'inscrivent donc en creux de deux modèles, celui « single-payer » où l'Etat finance sur les impôts un système de soin universel, et celui se fondant sur un système de marché où les services de soin sont rendus par des institutions privées.

Ces valeurs s'observent à l'aune des évolutions historiques des structures sociétales et des représentations sur les fondements historiques et moraux de chacun des pays.

- Ainsi le modèle anglais a conservé et réaffirmé les valeurs de son système universaliste d'après la seconde guerre mondiale. On observe donc un discours des valeurs provenant de la NHS reflétant un Etat providence fort pourvoyant des soins de qualité à sa population potentiellement vulnérable.
- Au Canada, c'est le développement de logiques privées, parallèles au système universel public, qui a ravivé un discours sur les valeurs. Concurrencées par des services privés plus efficaces, les valeurs



d'équité, de justice et de solidarité ont été le fondement d'un rapport prônant une modernisation du système de santé contre les logiques privées et payantes.

- Aux États-Unis la question des valeurs du système de santé s'observe dans une lutte récurrente entre deux conceptions du soin, l'une comme droit fondamental, l'autre comme une commodité au sujet de laquelle chacun est libre de statuer dans son for privé.



II - A l'échelle du corps de métier du soin : les valeurs comme vertus du professionnalisme

Les associations délivrant des licences, de certification ou de représentation politique des corps de métier des professionnels du soin, partagent un but : la distinction du corps de métier qu'ils représentent par une reconnaissance de sa spécificité technique, de son excellence, de sa nécessité sociale et de sa capacité à se porter responsable de la tâche qui lui est allouée. Ces caractéristiques qui construisent sociologiquement la catégorie de profession trouvent une valeur sociale dans le terme de professionnalisme. Le professionnalisme peut recouvrir des dimensions diverses, la thèse faite ici est qu'il réside en grande partie dans des modèles moraux.

La profession, tout particulièrement celle des corps soignants, s'inscrit dans un système d'attentes sociétales (techniques, spécifiques, responsabilité, moralité). Ces attentes sociétales trouvent leur réponse à l'échelle du corps de métier par différents artifices. Ces artifices peuvent être ceux de l'accréditation, de la licence, du jugement par les pairs, de la formation standardisée, etc. A cet effet, ces ordres publient des codes de conduite (codes d'éthiques, code de bonne conduite, etc.), dont l'étude permet de distinguer les éléments de moralité à l'intérieur de la pratique du soin dans différents métiers : en l'occurrence le métier d'infirmier, de médecin et de quelques spécialités.

Le point 9.1. du code d'éthique de l'association des infirmières américaines¹² éclaire ces points :

9.1 Articulation et assertion des valeurs

Les infirmier(e)s, en tant qu'individus, sont représentés par leur association professionnelle et leurs organisations. Ces groupes permettent de parler à l'unisson. C'est la responsabilité d'un corps professionnel d'exprimer collectivement, d'affirmer et de promouvoir des valeurs partagées, à la fois à l'intérieur de la profession et vers le public. [...] Le discours émis par les infirmier(e)s évoque le sens partagé de ce qu'être infirmière veut dire, de même que ses valeurs, ses idéaux. Alors, ce discours interprète et explique le rôle social de l'infirmière à la société civile. L'organisation professionnelle communique au public les valeurs que les infirmières considèrent comme centrales à la promotion ou à la restauration de la santé : la prévention de la maladie ou de la blessure, le soulagement de la douleur. A travers son organisation professionnelle, la profession d'infirmière doit réaffirmer et renforcer les valeurs et les idéaux des infirmières de telle sorte que lorsque ces valeurs seront bousculées, la réaction soit rapide et tranchée. Solidairement et en tant que profession, nos capacités d'influer sur la justice sociale et la santé globale sont formidables.

¹² American Nursing Association, *Code of Ethics for Nurses*, 2015 Available online (09/03/16) <http://www.nursingworld.org/codeofethics>



A. En Angleterre

Au niveau de la profession soignante, la question de l'engagement moral dans le soin se confond avec le professionnalisme attendu socialement d'un corps de métier. Des institutions encadrent et régulent la profession et participent donc à la constitution de ses standards moraux. Par exemple, Le *General medical council*, en Angleterre, tient à jour la liste des médecins exerçant leur métier sur le territoire anglais et décide par conséquent quels médecins sont qualifiés pour être inscrits sur cette liste. Le *General Medical Council* assume la tâche « de maintenir des standards d'excellence au sein de la profession des docteurs¹³ ». Pour ce faire, il publie et actualise régulièrement un guide de « bonnes pratiques médicales » (*Good Medical Practice*). Au sein de ces standards on trouve les « valeurs professionnelles » distinguant le « bon » du « mauvais » praticien. Bien sûr, ces valeurs se présentent sous la forme d'obligations, puisque le *General Medical Council* fait pression en tenant à jour la liste des médecins en Angleterre. Néanmoins, c'est en termes moraux que les principes du « bon » médecin sont énoncés : bon soin clinique - maintien de bonnes pratiques médicales – enseignement, entraînement, évaluation et approbation – relations avec le patient – travail en équipe – probité¹⁴.

Ces « valeurs du professionnalisme » sont aussi exprimées par d'autres institutions partageant le rôle de régulation de la profession médicale. En Angleterre, le *Royal College of Physicians*, dont la tâche est d'attribuer la licence permettant aux médecins d'exercer, énumère sept valeurs : « l'attention au patient, l'attention clinique, la recherche du bien-être, la qualité des soins, l'innovation et l'ouverture d'esprit. Ces sept valeurs qui, à termes, feront de cette institution une institution qui « vit par ses valeurs et donne l'exemple à d'autres secteurs¹⁵ ».

Pour les infirmières, le *Royal College of Nursing* et le *Nursing and Midwife council* affirment cette intégrité morale du corps de métier. L'astreinte morale professionnelle, les valeurs professionnelles, y sont aussi très marquées. En effet, ces valeurs encadrent scrupuleusement chaque temps de la pratique infirmière, jusqu'au niveau de la conscience morale de la personne pratiquant le soin. Une telle extension implique une moralité qui dépasse les gestes professionnels en eux-mêmes pour inscrire la moralité dans une éthique plus globale de la personne. Ces deux institutions énoncent sept principes : « la dignité et l'humanité – la responsabilité légale et morale pour le soin donné – la vigilance face au risque – la promotion du soin mettant la personne au centre – l'attention faite à la communication – le maintien à jour des connaissances et des pratiques – le travail d'équipe – la conscience de l'influence des pratiques du soin.¹⁶ »

¹³ General Medical Council, "Our Values", available online (09/03/16) <http://www.gmc-uk.org/about/11564.asp>

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Royal College of Physicians, "Our Values", available online (09/03/16) <https://www.rcplondon.ac.uk/mission-and-strategy-0>

¹⁶ Royal College of Nursing & *Nursing and Midwife council*, "Principles of Nursing", available on line (09/03/16) <https://www.rcn.org.uk/professional-development/principles-of-nursing-practice>



B. En Amérique du Nord

Des documents similaires existent aux Etats-Unis. En 2002, l'American Board of Internal Medicine (ABIM), l'American College of Physicians et la Foundation and European Federation of International Medicine, dans le cadre du *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, ont publié une charte¹⁷ décrite comme un « code de conduite écrit en réponse aux menaces contre les valeurs du professionnalisme telles qu'elles se présentent dans les changements des systèmes de soins. » Le code met en avant trois principes fondamentaux du soin : primauté du bien-être du patient, principe de l'autonomie du patient, principe de justice sociale.

Ces trois principes s'accordent avec des engagements :

- de compétence professionnelle
- d'honnêteté, de respect de la confidentialité
- de maintien de relations appropriées avec les patients
- d'amélioration de la qualité et de l'accès au soin, de juste distribution de ressources finies
- de connaissances scientifiques
- de maintien de la confiance
- de respect des responsabilités professionnelles.

De même, la American Medical Association publie un code dont la dernière version date de 2002 (et la première de 1847). « Le code articule les valeurs de la médecine comme profession. Afin d'affirmer ces valeurs pour lesquelles les médecins s'engagent individuellement et collectivement, le code se présente comme la clé de voute de la médecine comme communauté professionnelle. Il définit l'intégrité de la médecine et le moyen pour la profession d'affirmer son autorité en s'auto-régulant¹⁸ ».

On remarquera que le code d'éthique de la Canadian Medical Association est bien plus détaché de cette question des valeurs professionnelles. Ce code explique en effet être fondé sur les principes de l'éthique médicale : compassion, bienveillance, non-malfaisance, respect de la personne, justice et responsabilité. Il se présente néanmoins comme des « guidelines » permettant de faire face à « des tensions entre différents principes éthiques, ou entre ces principes et les obligations légales, ou même entre leurs propres principes et ceux imposés par d'autres parties¹⁹ ». Cette approche très pragmatique du code d'éthique canadien se démarque nettement de l'engagement moral professionnaliste des codes américains.

¹⁷ ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, February 2002, available online (09/03/16) <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>

¹⁸ American Medical Association, *AMA's code of ethics*, available online (09/03/16) <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page>

¹⁹ Canadian Medical Association, *CMA code of ethics*, 2004, available online (09/03/16) <https://www.cma.ca/En/Pages/code-of-ethics.aspx>



Il ne faut toutefois pas idéaliser la culture médicale canadienne comme ne s'inscrivant pas dans une conception morale de la profession. On trouve au Canada, comme aux États-Unis, une littérature extensive sur le problème des « disruptive physicians » à savoir les médecins ne respectant pas ce qui est attendu d'eux en tant que professionnels. Les « comportements inappropriés » sont définis dans le *Guidebook for managing Disruptive Behaviour* comme « l'usage de mots inappropriés » et les situations dans lesquelles « l'action et l'inaction d'un physicien interfère avec sa capacité à interagir avec autrui, au point où la qualité du soin donné en serait altérée²⁰ ». Ce document publié par le College of Physicians and Surgeons of Ontario et la Ontario Hospital Association, donne certains exemples : insultes, interférence du médecin hors du domaine médical, crises de colère, harcèlement, violences physiques, verbales et symboliques... Un tel document est présenté comme écrit par et pour les praticiens d'Ontario selon les valeurs de ces derniers. On retrouve donc ici les logiques morales de corps professionnels. Une des solutions principales face aux comportements inappropriés est la plainte ou la délation auprès des autorités de l'établissement ou du corps de métier. Signaler de tels comportements est décrit comme un devoir moral, en lien avec la valeur d'intégrité.

C. Les Nursing codes of ethics en Amérique du Nord

Au sein de ces documents, les *Code of Ethics* de l'American Nursing Association et de la Canadian Nursing Association détonnent.

Au-delà de la simple question du professionnalisme, le code infirmier américain promeut une véritable réflexion sur le métier d'infirmière et inscrit la pratique professionnelle du soin non pas dans des logiques conservatrices face au changement, mais bien dans des dynamiques réflexives sur la pratique infirmière. Si le terme de valeur y est utilisé, il se concentre bien plus sur l'engagement moral dans la relation de soin. La « Provision 1 » qui ouvre le code s'intitule donc : « L'infirmière pratique avec compassion et respect pour la dignité inhérente, la valeur et les attributs uniques de la personne²¹ ». On y retrouve des éléments liés à la question du professionnalisme, la mise à jour des connaissances par exemple, mais l'échelle n'est pas celle du corps de métier, mais bien celle de la personne morale. Le code d'éthique de l'ANA n'insiste pas sur la nécessité de se tenir à jour selon le prisme de la performance professionnelle, mais bien selon le prisme du « respect moral » que toute personne doit aux autres et à elle-même : « les devoirs que l'on se doit à soi-même comme aux autres incluent la promotion de la santé et de la sécurité, la préservation de l'unité de la personne et d'intégrité, la maintenance de la compétence, la continuation de l'accomplissement personnel et professionnel.²² » (Article 5.1)

Le code canadien se distingue, lui, par l'importance qu'il donne à la justice sociale. En plus de l'affirmation de sept « valeurs primaires : un soin éthique fondé sur la compassion et la compétence – la promotion de

²⁰ College of Physicians and Surgeons of Ontario, Ontario Hospital Association, *Guidebook for managing disruptive behaviour*, April 2008, available online (09/03/16) http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/CPSO_DPBI_Guidebook1.pdf

²¹ American Nursing Association, *op.cit.*

²² *Ibid.*



la santé et du bien-être – la promotion et le respect d’une prise de décision informée – préservation de la dignité – maintien de l’intimité et de la confidentialité – promotion de la justice – responsabilité²³ », le code de la Canadian Nursing Association consacre la moitié du texte à la question de la justice sociale : « Une pratique infirmière éthique implique d’avoir affaire à de très nombreuses questions de justice sociale associées à la question de la santé, du bien-être. La partie II « l’effort éthique », décrit les ressources que les infirmières doivent mobiliser pour faire face aux inégalités sociales²⁴ ».

Ces ressources sont : «

- les soins de santé primaire au bénéfice des personnes dans le besoin ;
- la reconnaissance de l’influence des facteurs organisationnels, économiques et politiques sur le soin et la santé à travers les pratiques infirmières ;
- l’association avec d’autres professions de soin pour lutter contre le caractère non-éthique de certaines politiques sociales et de santé ;
- soutenir un panel complet de soins accessibles pour ceux qui en ont besoin immédiatement. Ce panel doit inclure la promotion de la santé, la prévention et le diagnostic précoce, les soins palliatifs, de réhabilitation et de « restauration », au sein des hôpitaux, des « nursing homes », des maisons de retraite et dans toute la communauté ;
- reconnaître le caractère déterminant du facteur social sur la santé et soutenir les programmes politiques ;
- soutenir les initiatives écologiques et celles destinées à réduire l’impact environnemental des pratiques du domaine de la santé ;
- travailler avec des individus, familles, groupes, populations et communautés pour étendre le panel de choix en terme de santé ; reconnaître que certaines personnes sont limitées dans leur choix du fait d’inégalités sociales, économiques, géographiques ou d’autres facteurs menant à des inégalités ;
- comprendre que certains groupes dans la société sont systématiquement désavantagés [...] et agir pour soutenir ces groupes vulnérables et réduire les inégalités ;
- soutenir les systèmes de santé assurant l’accessibilité, l’universalité [...];
- maintenir la conscience que les problèmes majeurs en termes de santé sont liés à la pauvreté, des habitations inadéquates, la malnutrition, la violence et l’insécurité. Les infirmières doivent lutter indépendamment et accompagnées d’autres corps de métier pour la justice sociale et soutenir les lois, politiques et procédures dont le but est d’apporter de l’équité ;
- développer la conscience des problèmes de santé globaux tels que la violation des droits de l’Homme, la guerre, la famine, les inégalités de genre ;
- soutenir la discussion sur les problématiques éthiques au sein des membres des équipes de soin, des patients et des familles, des étudiants ;
- travailler en collaboration pour développer une communauté morale [...].²⁵ »

²³ Canadian Nursing Association, *code of ethics for registered nurses*, 2008, available online (09/03/16) <https://www.cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-of-ethics-for-registered-nurses.pdf?la=en>

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*



Ces deux particularités d'un focus sur la justice sociale et sur une acception morale par le *care* dans la pratique même du soin sont des tendances que l'on repère dans d'autres tendances, qui seront adressées plus en détail dans la conclusion sur la collusion des échelles (voir conclusion).



D. Des valeurs obligatoires ?

L'un des enjeux essentiels à considérer sur ces valeurs du professionnalisme est d'observer dans quelle mesure elles sont obligatoires ou non et comment elles sont imposées. La simple énonciation peut, en soi, avoir un impact sur l'engagement moral des soignants, surtout si elle a lieu dans le cadre de la formation des éléments du corps de métier. On remarque néanmoins que les valeurs dictées par les institutions des corps de métier s'appuient toujours sur un mécanisme coercitif, que celui-ci passe par une place sur une liste de professionnels ou des mesures correctionnelles.

Il est donc très intéressant de voir comme l'*American Medical Association*, mentionnant son code d'éthique, précise que « les principes énoncés ne sont pas des lois, mais bien des standards de conduite qui définissent les comportements essentiels et honorables du médecin²⁶ ». De même, il nous est précisé plus loin que « le terme d'éthique est utilisé [...] pour désigner les principes et pratiques morales et pour les politiques sociales impliquant la question de la moralité dans les pratiques médicales²⁷ ». Toutefois, le site internet ne s'arrête pas là et, par le biais d'une pression correctionnelle, précise comme ces standards éthiques doivent être suivis : « La plupart des opinions énoncées par le Conseil impose des devoirs spécifiques et des obligations pour le médecin. La violation de tels principes et opinions représente un comportement non-éthique et peut justifier des actions disciplinaires telles que la censure, la suspension, voire même l'expulsion de la communauté médicale²⁸ ».

On remarque cependant que le questionnement éthique dépasse la stricte coercition puisqu'il précise que : « Les valeurs éthiques et les principes légaux sont généralement proches, néanmoins l'obligation éthique doit surpasser l'obligation légale. Dans certains cas, la loi oblige à des comportements non-éthiques. De manière générale, le médecin, s'il trouve une loi injuste, doit se mobiliser pour

Principles of Medical Ethics

The following Principles adopted by the American Medical Association are not laws, but standards of conduct which define the essentials of honourable behaviour for the physician

Terminology: the term "ethical" is used [...] to refer to matters involving moral principles or practices matters of social policy involving issues of morality in the practice of medicine.

The Code articulates the enduring values of medicine as a profession. As a statement of the values to which physicians commit themselves individually and collectively, the Code is a touchstone for medicine as a professional community. It defines medicine's integrity and the source of the profession's authority to self-regulate.

Many of the Council's opinions lay out specific duties and obligations for physicians. Violation of these principles and opinions represent unethical conduct and may justify disciplinary action such as censure, suspension, or expulsion from medical society membership.

Ethical values and legal principles are usually closely related, but ethical obligations typically exceed legal duties. In some cases, the law mandates unethical conduct. In general, when physicians believe a law is unjust they should work to change the law. In exceptional circumstances of unjust laws ethical responsibilities should supersede legal obligations.

²⁶ American Medical Association, *op. cit.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*



changer la loi. Dans des circonstances exceptionnelles de lois injustes, la responsabilité éthique doit amener à agir contre l'obligation légale.²⁹ »

En Angleterre le *Good Medical Practice* est dit "obligatoire, mais formel", il est précisé au début du document que « contrevioler sérieusement ou de façon persistante aux standards du code peut compromettre l'inscription à la liste des médecins pratiquant en Angleterre ». L'usage du terme « peut » laisse une certaine marge quant à l'application d'une procédure de radiation de la liste.

Conclusion, partie 2

Les codes d'éthique et codes de bonnes conduites publiés par les associations de représentation professionnelle, d'inscription sur le registre ou d'accréditation de la licence de pratique médicale mettent toutes en avant l'importance de la dimension morale dans la constitution de la profession. Cette dimension morale se concrétise par la notion de professionnalisme, voire même des « valeurs du professionnalisme » qui caractérisent un investissement moral dans les actions menées en tant que professionnel vis-à-vis de la société.

Les objectifs et fonctions de ces codes montrent l'entrelacs entre un discours moral et des logiques internes à l'ordre professionnel qui rappellent le système de caste. Ces valeurs du professionnalisme servent à affirmer l'identité d'un groupe professionnel. Ceci explique qu'on observe une différence si marquée en Amérique du Nord entre des codes de médecin centrés sur le bien-être du patient et la responsabilité médicale, là où les codes infirmiers inscrivent bien plus la pratique infirmière dans des projets de justice sociale inspirés par le *care*. Ces valeurs du professionnalisme sont aussi utilisées à des fins de conservation d'un ordre menacé dans son intégrité par des changements d'environnement. Cela ne retire en rien la valeur morale des recommandations faites, il est juste intéressant de constater comme le discours sur les valeurs peut servir à cristalliser les structures d'un ordre professionnel confronté à la flexibilisation du marché économique du soins ou la contractualisation des pratiques médicales. On peut interpréter l'insistance des codes américains sur la responsabilité morale du médecin comme une réaction à la peur de la faute professionnelle, du *disruptive physician*, menant au discrédit de l'ordre médical.

²⁹ *Ibid.*



III - A l'échelle des institutions de soin³⁰

Le problème de la question des valeurs à l'échelle des institutions de soin réside dans la dualité de la gestion de tels établissements. Entité économique et financière, l'institution de soin a intérêt à instaurer un système de valeur qui la rende fiable et attractive ; gestionnaires d'une institution moralement et légalement responsable, la question se pose aussi de façon coercitive, dirigée directement vers les pratiques du personnel soignant. Ces deux pans du discours des valeurs de la part des institutions de soin se nourrissent l'un l'autre. Les valeurs affichées par l'hôpital peuvent ainsi impacter sur les pratiques des soignants, et les valeurs qu'on trouve dans les codes de conduite sont autant d'éléments communicationnels au moment de mettre en avant la moralité de l'institution. On trouve donc deux types de discours émis par les institutions de soin.

Le Firmley Park Hospital décrit l'entremêlement de ces valeurs affichées et des valeurs morales imposées au médecin : « nos valeurs fondamentales sont affichées sur les posters, les bannières partout dans notre hôpital. Elles sont activement promues au sein du personnel et intégrées dans l'organisation à travers les réunions, les structures d'évaluation, les programmes d'entraînement et les procédures de recrutement. Elles montrent ce qu'on peut attendre de nous et, de façon plus importante, ce que les patients et toute personne qui entre en contact avec nos hôpitaux peut attendre de nous.³¹ »

Our core values are displayed on posters and banners throughout our hospitals. They are actively promoted among staff and embedded in the organisation through leadership briefings, appraisal structures and training programmes, recruitment policies and procedures. They show what we expect of ourselves, and importantly, what our patients and anyone who comes into contact with Frimley Park, Wexham Park and Heatherwood can expect of us.

On remarquera que dans les deux cas, ces valeurs restent très instrumentales, servant à la fois des fins commerciales et de bouclier moral et légal dans le cadre des pratiques soignantes. Une telle constatation ne relève pas d'un jugement sur « l'intensité morale » de ces prises de parti, néanmoins le contexte d'énonciation et l'objectif impactent à termes les discours sur les valeurs.

A. Différences nationales

³⁰ L'un des biais de cette recherche tient au fait que, ne pouvant me déplacer sur place, la majorité des informations exploitées proviennent de sites internet. Si cela n'a pas posé de problèmes majeurs dans les premières parties, pour celle-ci l'usage d'internet nous restreint surtout à l'étude des hôpitaux ; là où il aurait été intéressant de se pencher sur toutes les institutions de soin. En effet, la communication de structures plus petites, et en particulier leur site internet, n'est souvent pas assez alimenté pour pouvoir faire l'objet d'une étude de données.

³¹ Firmley Park Hospital (UK), « Our Values », available online (09/03/16) <https://www.fhft.nhs.uk/about-us/our-values/>



Les différences nationales de discours sur les valeurs à l'échelle des institutions de soin isolent l'Angleterre d'une part, et les pays d'Amérique du Nord, d'autre part. Tous les hôpitaux affichent des valeurs relativement similaires à travers les trois pays, la différence réside plutôt dans la gestion morale de l'activité soignante. En effet, les institutions anglaises de soin étant à très grande majorité gérées par la NHS, leur intégrité morale est déjà en très grande partie établie par cette affiliation à l'agence publique. A l'inverse, les institutions américaines et canadiennes sont indépendantes : même au Canada, où nous nous trouvons dans un système de santé universel, la gestion des institutions de soin est « privée » (plus exactement, gérée par des « non-profit organisations »). Les institutions ont donc bien plus intérêt à établir des codes de conduites et des codes d'éthique pour assurer leur environnement moral et leur réputation. On ne trouve donc quasiment aucun code de bonne conduite à signer dans les institutions anglaises, contrairement à une très grande partie des institutions Nord-Américaines.

B. Valeurs affichées

On observe donc des valeurs « affichées », sur les sites internet des hôpitaux, mais dont on peut se douter qu'elles habillent aussi l'espace hospitalier. Sur les sites internet, elles trouvent leur place aux côtés des « missions », des « visions », etc. Elles sont donc présentées comme étant l'un des fondements de l'activité de l'institution, ce vers quoi elle tend. On y retrouve quasi systématiquement l'excellence en termes de soin, l'attention et la primauté du patient par rapport aux intérêts institutionnels, l'amélioration continue des soins, la responsabilité (entendu dans le sens de fiabilité), la sécurité, l'innovation, l'intégrité. Ces valeurs peuvent être plus ou moins abstraites, on y trouve des choses très terre-à-terre comme l'hygiène, la politesse, mais aussi des éléments plus formels comme la dignité, le respect. On constate aussi une tendance majeure à inscrire l'institution dans la communauté — Crawley hospital (UK) fait de son slogan « un soin d'excellence au cœur de la communauté³² » —, voire même, pour certains, des valeurs de justice sociale, de charité, etc.

Ces valeurs sont toutefois très rarement détaillées, et si elles le sont c'est essentiellement par quelques phrases qui n'engagent pas plus l'hôpital que l'assertion de la valeur elle-même. Le flou qui en découle accentue l'impression que leur but n'est que communicationnel. Une annexe (à la fin du document) présente celle de l'hôpital King's college dont la page sur les valeurs fait partie de celles particulièrement développées.

Ces valeurs affichées posent une dernière question, celle de leur provenance. Dans un exemple comme celui du King's College, la participation de l'ensemble du personnel soignant est mise en avant. Ce n'est pas toujours le cas, les valeurs peuvent être unilatéralement décidées par la direction, comme dans la majorité des cas étudiés, ou s'être construites en adéquation avec d'autres programmes — les valeurs de la NHS, par exemple, pour les hôpitaux anglais. La clinique de Cleveland a élevé la démarche d'un niveau

³² Crawley Hospital (UK), « Vision and Values », available online (09/03/16) <http://www.crawleyccg.nhs.uk/about-us/vision-and-values/>



en remplissant les critères imposés par l'ONU pour obtenir le label « *UN Global Compact* », allant de la garantie de protection des droits humains à des dispositifs anti-corruption³³.

C. Les codes hospitaliers

Les codes sont des documents d'une dizaine de page minimum, d'une soixantaine maximum, qui décrivent le comportement modèle d'un employé de tel ou tel hôpital. Aux Etats-Unis, tout hôpital désirent être affilié, c'est-à-dire reconnu publiquement, doit disposer d'une capacité de contrôle éthique : ces codes peuvent en faire partie. Si les dénominations varient beaucoup, *code of conduct* (HCA³⁴, Stanford Hospital³⁵), *code of excellence* (Greenville hospital³⁶), *code of ethical conduct* (Staten Island³⁷, Mount Sinai Hospital³⁸), ces codes font souvent partie de structures plus grandes internes à l'hôpital que sont les *Compliance program*, comme c'est le cas à Greenville, Stanford, Staten Island ou au HCA (Health Corporation of America). *Compliance* est ici à comprendre comme « conformité, respect » à la ligne directrice morale et légale de l'hôpital. Les valeurs sont systématiquement présentées dans les codes comme fondement de l'activité hospitalière.

Staten Island University Hospital has a comprehensive Compliance Program that reflects our mission and core values and demonstrates our commitment to providing the highest quality patient care and to acting with absolute integrity at all times.

Staten Island, *code of ethical conduct*

[...] we [Mount Sinai Hospital] are all required to work together to create a work environment that is founded upon the principles and values of integrity, ethics, respect and professionalism.

Mount Sinai, *code of ethical conduct*

In this spirit, we want this organisation to be a community of shared values and we expect all of our colleagues' actions to reflect the high standards set forth in this Code of Conduct. We ask you to assist us and all of our colleagues in this organisation in supporting the values and principles that are critical to continuing our tradition of caring.

HCA International, *code of conduct*

³³ Cleveland Clinic, *United Nations Global Compact Report*, available online (09/03/16) <http://portals.clevelandclinic.org/ungc2015/Home/tabid/9246/Default.aspx>

³⁴ Health Corporation of America, *Code of Conduct*, available online (09/03/16) <http://www.hcahealthcare.co.uk/uploads/manual/codewebversion.pdf>

³⁵ Stanford University Medical Center, *Code of Conduct*, available online (09/03/16) <http://www.hcahealthcare.co.uk/uploads/manual/codewebversion.pdf>

³⁶ Greenville Health System, *Code of Excellence*, available online (09/03/16) <http://cloudfront.greenvillehealthsystem.net/docs/greenville-health-system-code-of-excellence-employee.pdf>

³⁷ Staten Island University Hospital, *Code of Ethical Conduct*, available online (09/03/16) http://www.siu.edu/documents/code_of_conduct_2011.pdf

³⁸ Mount Sinai Hospital, *Code of ethical conduct*, available online (09/03/16) <https://www.mountsinai.on.ca/for-physicians/code-of-conduct2011.pdf>



Le contenu de ces codes couvre un champ très large. On retrouve systématiquement l'expression de standards éthiques en termes de comportements :

- dignité et respect du patient : sécurité, attention, (HCA, Greenville, Staten Island) ;
- respect de la loi et des guidelines : (Staten Island), usage des communications électroniques (Greenville), droits des patients (HCA, Greenville) ;
- moralité/intégrité : lutte contre les pots de vin (Greenville), prévoyance face aux conflits d'intérêt (Staten Island, Greenville, HCA) ;
- confidentialité (Staten Island, Greenville, HCA) ;
- sérieux administrative/ponctualité (Staten Island) ;
- respect de l'environnement moral de travail : propreté (Staten Island, Greenville), « Drug-free wokplace » (Greenville, HCA), Sécurité sur le lieu de travail (Greenville), lutte contre le harcèlement et les comportements abusifs (Greenville), relation entre les travailleurs ;
- justice sociale : opportunités égales (Greenville), diversité (HCA) ;
- conscient et actif au sein de la communauté : participation aux enquêtes de police (Greenville).

Très souvent, le contenu dépasse la simple question de la pratique médicale. On y retrouve des thématiques liées à la recherche et à la bioéthique, de même que des considérations sur les systèmes de financement, leur transparence...

Ces codes, à l'inverse des valeurs affichées, ont le plus souvent un impact direct sur l'environnement moral de l'hôpital. En effet, il est rare que le code ne soit pas présenté comme obligatoire, avec des mesures correctives si toute personne y contrevenait. Ils ont pour but affiché de lutter contre les mauvaises pratiques à l'intérieur des institutions de soin. Tous les codes encouragent à cet effet la délation de mauvaises pratiques et insistent sur les structures permettant ces rapports et empêchant une revanche de la part de la personne mise en cause. Au cœur de cet aspect coercitif, on retrouve la crainte de la faute professionnelle et du « disruptive physician », évoquée ci-dessus. Le *Guidebook for Managing Disruptive Physician Behavior*³⁹, cité plus haut consacre d'ailleurs une large part à la façon dont les institutions de soin doivent mettre en place de tels guides de bonnes conduites et des structures justes permettant la plainte et la délation de comportements inappropriés.

Conclusion, partie 3

L'expression de valeurs à l'échelle hospitalière répond à deux impératifs. D'une part, l'affichage d'un lieu de soin moralement « sain », d'autre part l'obligation du personnel soignant à suivre la ligne directrice morale de l'hôpital, évitant ainsi la faute professionnelle. Ces deux « modes d'expression » des valeurs hospitalières se distinguent surtout par leur destinataire, les « valeurs affichées » étant destinées au public, les « valeurs coercitives » au personnel soignant. Les premières ont surtout une fonction communicationnelle, elles sont donc souvent inscrites sur les sites internet sans pour autant être particulièrement détaillées. L'expression des deuxièmes passe surtout par les « codes hospitaliers » (de bonne conduite, d'éthique, etc.), qui sont obligatoires et assurent que les praticiens de l'institution

³⁹ College of Physicians and Surgeons of Ontario, Ontario Hospital Association, *op. cit.*, p.36



hospitalière ne commettent pas de fautes morales. Ce double niveau peut aussi se traduire par une ambivalence de l'expression des valeurs comme ayant un but moral en soi, d'une part, et but organisationnel, d'autre part. Ainsi, la « qualité » du soin, ou son « excellence », peuvent à la fois valoir comme des valeurs professionnelles assurées moralement par le biais des codes, ou comme des vecteurs de la rationalisation de l'activité de soin qui justifierait l'installation extensive de protocoles. Or, la question se pose de savoir ce que le protocole véhicule lui-même en termes d'engagements moraux.

L'expression de ces valeurs, comme celles exprimées par les ordres professionnels, les structures et évolutions du système hospitalier est à contextualiser. Le système anglais, où la NHS est aussi responsable de la gestion administrative et financière des hôpitaux, ne fait pas signer de codes de bonne conduite à ses praticiens, contrairement à de nombreux hôpitaux nord-américains. Une telle différence semble se justifier par le fait que l'expression des valeurs à l'échelle de l'hôpital s'explique surtout par la nécessité d'une certaine attractivité et la peur d'être juridiquement mis en cause du fait d'une faute commise par un membre du personnel. L'expression des valeurs peut donc être interprétée comme la résurgence de phénomènes tels que la contractualisation des pratiques de soin et le calque du système hospitalier sur le modèle des entreprises.



IV - L'amitié comme valeur

Étudier les valeurs du soin à l'échelle de la société civile implique d'en rechercher les résurgences dans des mobilisations collectives. Toutefois, les frontières de ce qu'on peut nommer la société civile sont complexes. Afin de ne pas se perdre dans la diversité des possibles mobilisations, je propose dans cette dernière partie un cas d'étude qui présente l'intérêt principal d'exister dans les trois pays de notre choix. Le mouvement des « Dementia Friendly Communities » (DFC) est né d'une prise de conscience à l'échelle locale des impacts directs du vieillissement de la population. Un tel phénomène implique l'adaptation des organisations communautaires aux nouveaux besoins d'une population dont les capacités physiques et mentales décroissent. Les pertes d'autonomies liées à la vieillesse, et tout particulièrement aux maladies neurodégénératives, doivent être, entre autres, l'objet de changements organisationnels dans le tissu social, urbain et rural.

Se positionnant tout particulièrement sur la question de la démence, les DFC essaient d'impacter à l'intérieur des communautés mêmes pour les adapter aux personnes malades. En Angleterre, de telles initiatives sont orchestrées par la Alzheimer's Society, au Canada et aux Etats-Unis par des associations fédérales telles que la Alzheimer Society – British Columbia et la Alzheimer's & Dementia Alliance of Wisconsin. Ces initiatives sont courantes, et l'approche locale est valorisée à de très nombreuses échelles, l'OMS a elle-même lancé une initiative nommée « Age-friendly cities⁴⁰ ».

Ces initiatives encouragent l'inclusion des personnes atteintes de MND en ciblant les obstacles et les éléments stigmatisants les personnes malades. Pour ce faire, elles travaillent en collaboration directe avec les personnes concernées⁴¹. Un tel focus sur une aide par et pour la personne amène l'adaptation de certaines structures sociétales en lien direct avec les habitudes de la personne : pratique religieuses, hobbies, pratiques artistiques, etc.

Alzheimer's Disease International a publié un rapport⁴² sur les différentes initiatives mises en place. Selon ce rapport plusieurs approches sont à envisager. Un premier mode d'action possible est la constitution d'un réseau de personnes formées aux problèmes que peuvent rencontrer les personnes malades. Ces personnes familiarisées avec les difficultés que peuvent rencontrer des personnes démentes se tiennent prêts à intervenir pour les aider, que ce soit dans leurs activités professionnelles ou dans la vie civile. Ainsi à San Francisco, une part des fonctionnaires municipaux a été formée sur le sujet et est capable d'aider les personnes atteintes de NMD, y compris autour de la question des médicaments, de leur prescription, des soins de fin de vie et de la prise en charge de moments de crise. De la même façon, de nombreuses banques en Angleterre essaient de faciliter les interactions entre personnel et personnes malades par le biais d'une carte signalant au guichet que la personne peut se trouver en difficulté.

Un deuxième mode d'action possible consisterait en une véritable modification de l'organisation sociétale, afin de l'adapter aux personnes vulnérables. Il s'agirait donc de prendre en compte les personnes malades

⁴⁰ World Health Organization, "Towards an Age-friendly World" <http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en/>

⁴¹ La collaboration avec les personnes concernées est le cœur du mouvement « not about me without me » (« pas à propos de moi sans moi »), lancé par l'universitaire handicapé Mike Oliver au début des années 1990.

⁴² Alzheimer Disease International, *Dementia Friendly Communities (DFC's), New Domains and Global Examples*, available online (09/03/16) <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dementia-friendly-communities.pdf>



à toutes les étapes de chaque projet : dans leur mise en place, dans leur activité et dans leur évaluation. Une telle approche déboucherait sur la labélisation de diverses institutions où les personnes atteintes de NMD sauraient qu'elles peuvent se rendre en rencontrant un minimum de difficultés.

La troisième approche réside dans la sensibilisation de la population, à tous ses âges, aux problématiques que rencontrent les personnes atteintes de NMD. Pour prendre des exemples concrets d'actions mises en place, le UK's Health & Social Care Partnership a mis en place un « kit » appelé le « Dementia Ressouce Suite » permettant aux instituteurs de sensibiliser leurs élèves et de créer une « dementia friendly generation ».

Mobiliser la « communauté »

Un des points essentiels de ces DFC est la multiplication de petites initiatives au sein d'une même communauté. Aux Etats-Unis, l'état du Minnesota, en collaboration avec la Alzheimer Association, offre une très grande diversité de ressources centrées sur les logiques locales : à travers les commerces de proximité, le barbier par exemple, l'organisation de « memory cafés », mais aussi des plaquettes d'information sur l'hygiène dentaire, un guide pour la constitution de projets « dementia friendly ».

Au cœur de telles initiatives on trouve une articulation du lien social par le biais de la communauté. Mobiliser la communauté semble signifier que chaque entité doit s'impliquer à son échelle : la personne, le commerce, l'administration, le travailleur, etc. Une telle acception de la communauté semble aussi indiquer l'importance des spécificités propres à tel ou tel groupe. Ainsi la question de la religion prend une place très importante au sein des DFC. Le diocèse d'Exeter, en Angleterre, propose par exemple un certain nombre de programmes pour les personnes atteintes de MND et un guide sur la maladie d'Alzheimer à destination des aumôniers. Au Minnesota, la communauté israélite « the Twin Cities Jewish Community » propose une formation pour aider les rabbins à reconnaître les MND et à les signaler. Cette nécessité d'un investissement de la part des structures religieuses provient aussi de celle d'un accompagnement spirituel des personnes malades, pour citer le rapport de Alzheimer international : « Il existe un besoin de communauté fondée sur une foi partagée, ainsi qu'un besoin pour les personnes atteintes de démence d'avoir un meilleur accès à des connections spirituelles au sein de la communauté.⁴³ »

Conclusion, 4^{ème} partie

⁴³ *Ibid.*, p.11



Les valeurs du soin s'expriment aussi à travers la société civile sur le mode de la mobilisation et de l'aide aux plus vulnérables. L'engagement moral sort ici des structures à grande échelle et des logiques professionnelles, il s'exprime donc selon un mode tout à fait différent. L'attention est bien plus portée sur des initiatives locales et communautaires. Les valeurs exprimées se détachent donc beaucoup du domaine médical, pour se rapprocher d'un lexique plus associatif de l'entraide et du partage.



Conclusion transversale – Valeurs de l’institution, valeurs de l’individu et communauté

Les discours sur les valeurs du soin étudiés ici articulent de façon complexe les différentes échelles de la pratique du soin, de l’association d’entraide au système de santé. Une première tension réside dans deux idées morales du soin, l’une le décrivant comme un service liant un soignant et un soigné, et donnant lieu au lexique très majoritairement présent du « patient centred care » (soin centré sur le patient), l’autre décrivant une institution sociale au service de la communauté, voire même de la société. L’usage des deux termes – communauté et société - n’est pas interchangeable. Sans entrer dans les définitions canoniques de la sociologie établies par Tönnies⁴⁴, il semble que dans les « cultures anglo-saxonnes du soin » la communauté désigne un groupement de petite taille où les individus partagent en grand nombre certaines caractéristiques, une religion par exemple, ainsi que des infrastructures (de soin et autres).

Les deux échelles de discours sur les valeurs du soin coexistent le plus souvent dans les textes émis par les institutions de soin. Néanmoins, telle ou telle conception est très nettement mise en valeur dans chacun de ces textes.

À l’échelle du système de soin on retrouve logiquement une conception sociétale du soin. Toutefois, les argumentaires soutenant des systèmes privatisés vont concentrer leur discours sur la relation soignant-soigné.

À l’échelle des corps de métier, l’articulation entre la conception sociétale et la conception relationnel du soin est plus subtile. La constitution et la régulation sociale de l’ordre métier se faisant en réponse à des attentes sociales, on aurait pu s’attendre à trouver ici un discours à l’échelle de la communauté. Néanmoins, les associations représentatives de médecin, si elles peuvent faire mention d’idéaux de « justice sociale », par exemple, se concentrent sur un soin de qualité et éthique vis-à-vis du patient. La crainte de la faute morale s’inscrit d’ailleurs comme le prolongement d’un tel souci de la qualité du soin soignant/soigné. A l’inverse, les codes d’éthique publiés par les associations représentatives infirmières mettent l’accent sur l’inscription de leur pratique dans la communauté, voire la société. L’engagement communautaire et social mené par l’infirmière dans le cadre de son activité professionnelle (selon l’ANA et la CNA) passe par une certaine conscience des implications sociales et économiques de sa pratique, une volonté de réduire les inégalités, et une conception totale du soin incluant des activités de prévention, de lutte contre la précarité, etc.

À l’échelle des institutions de soin, la dimension économique de ces institutions pousse ces dernières à promouvoir un soin d’excellence. Toutefois, ce sont aussi des institutions de proximité qui implique que ces dernières valorisent un engagement communautaire dans leurs standards éthiques. On trouve donc systématiquement dans les valeurs affichées à inclure une dimension communautaire. Au Canada, par exemple, il existe des institutions comme la South West Ontario Aboriginal Health Center, spécialisée pour les *natives* (populations implantées avant la colonisation). Un tel investissement local des hôpitaux va aussi passer par l’attention faite aux aidants ou des actions de prévention, etc.

⁴⁴ Tönnies, Ferdinand, *Gemeinschaft und Gesellschaft. Abhandlung des Communismus und des Socialismus als empirischer Culturformen*, [1887]; Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2005



À l'extrême opposé des discours sur la relation soignant-soigné, on trouve les initiatives provenant de la société civile qui, elles, valorisent leur action à l'échelle de la communauté à travers des dimensions confessionnelles, culturelles, ethniques, etc.

Dans le cadre d'initiatives communautaires, le Canada est aussi le berceau d'une nouvelle tendance au sein des institutions de santé, les hôpitaux promoteurs de santé dont le but est de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et des moyens pour l'améliorer⁴⁵ ». Ce réseau d'hôpitaux promoteurs de santé se fonde donc sur une approche communautaire et éducative. On retrouve ici, comme pour les Dementia Friendly Communities, un système de labélisation qui atteste d'une « tendance morale » dans les activités d'une institution, et permettant une pluralité d'engagements au sein d'un même espace d'activité.

Une autre approche transversale permettant d'observer les différents discours sur les valeurs du soin à travers notre corpus est la dimension obligatoire de l'engagement moral dans la pratique du soin. La conception traditionnelle des valeurs provenant de la philosophie morale implique que les valeurs soient actées par le libre-arbitre de l'individu, et non imposées à la façon des normes. Toutefois, une telle conception omet les interactions entre l'individu et l'institution. Une institution prônant des valeurs doit réussir à acter ces valeurs par le biais de l'action des individus qui la composent. Pour le soin, les associations de corps de métier, les institutions de soins ou les agences gouvernementales gérant les systèmes de santé, si elles veulent acter les valeurs qu'elles mettent en avant, doivent mettre en place des dispositifs obligeant les membres de ces institutions. Ces dispositifs ne passent pas nécessairement par des actions disciplinaires, ce qui est toutefois souvent le cas à l'échelle des hôpitaux, mais peuvent être mises en place de façon détournée : inscription sur la liste des professionnels de tel ou tel corps, permission d'exercer le métier. L'agencement de valeurs institutionnelles et du libre-arbitre des soignants vient donc profondément troubler la différence établie entre normes et valeurs.

⁴⁵ OMS Europe, *Charte d'Ottawa – Promotion de la santé*, p.1, available online (09/03/16) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf



Annexes

Bibliographie

- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, *Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter*, February 2002, available online (09/03/16) <http://annals.org/article.aspx?articleid=474090>
- Alzheimer Disease International, *Dementia Friendly Communities (DFC's), New Domains and Global Examples*, available online (09/03/16) <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/dementia-friendly-communities.pdf>
- American College of Emergency Physicians, *The Ethics of Health Care Reform: Issues in Emergency - Medicine - An Information Paper - See more at:* <http://www.acep.org/Physician-Resources/Practice-Resources/Professionalism/Ethics/The-Ethics-of-Health-Care-Reform--Issues-in-Emergency---Medicine---An-Information-Paper/#sthash.hgQMAZsq.dpuf>; available online (09/03/16)
- American Medical Association, *AMA's code of ethics*, available online (09/03/16) <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics.page>
- American Nursing Association, *Code of Ethics for Nurses*, 2015 Available online (09/03/16) <http://www.nursingworld.org/codeofethics>
- Canadian Medical Association, *CMA code of ethics*, 2004, available online (09/03/16) <https://www.cma.ca/En/Pages/code-of-ethics.aspx>
- Canadian Nursing Association, *code of ethics for registered nurses*, 2008, available online (09/03/16) <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-of-ethics-for-registered-nurses.pdf?la=en>
- Cleveland Clinic, *United Nations Global Compact Report*, available online (09/03/16) <http://portals.clevelandclinic.org/ungc2015/Home/tabid/9246/Default.aspx>
- College of Physicians and Surgeons of Ontario, Ontario Hospital Association, *Guidebook for managing disruptive behaviour*, April 2008, available online (09/03/16) http://www.cpso.on.ca/CPSO/media/uploadedfiles/CPSO_DPBI_Guidebook1.pdf
- Crawley Hospital (UK), « Vision and Values », available online (09/03/16) <http://www.crawleyccg.nhs.uk/about-us/vision-and-values/>
- Firmley Park Hospital (UK), « Our Values », available online (09/03/16) <https://www.fhft.nhs.uk/about-us/our-values/>
- General Medical Council, « Our Values », available online (09/03/16) <http://www.gmc-uk.org/about/11564.asp>
- Greenville Health System, *Code of Excellence*, available online (09/03/16) <http://cloudfront.greenvillehealthsystem.net/docs/greenville-health-system-code-of-excellence-employee.pdf>
- Gregory P. Marchildon. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(1): 1–179
- Health Corporation of America, *Code of Conduct*, available online (09/03/16) <http://www.hcahealthcare.co.uk/uploads/manual/codewebversion.pdf>
- Mount Sinai Hospital, *Code of ethical conduct*, available online (09/03/16) <https://www.mountsinai.on.ca/for-physicians/code-of-conduct2011.pdf>
- *NHS Constitution*, available online (09/03/16) : <http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>



- Roy J. Romanow, *Building on values, the future of health care in Canada*, November 2002, available online (09.03.2016): http://www.cbc.ca/healthcare/final_report.pdf
- Royal College of Nursing & Nursing and Midwife Council, "Principles of Nursing", available online (09/03/16) <https://www.rcn.org.uk/professional-development/principles-of-nursing-practice>
- Royal College of Physicians, "Our Values", available online (09/03/16) <https://www.rcplondon.ac.uk/mission-and-strategy-0>
- Sorrell, J., "Ethics: The Patient Protection and Affordable Care Act: Ethical Perspectives in 21st Century Health Care" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18 No. 1, November 9, 2012
- Stanford University Medical Center, *Code of Conduct*, available online (09/03/16) <http://www.hcahealthcare.co.uk/uploads/manual/codewebversion.pdf>
- Staten Island University Hospital, *Code of Ethical Conduct*, available online (09/03/16) http://www.siu.edu/documents/code_of_conduct_2011.pdf
- Tönnies, Ferdinand, *Gemeinschaft und Gesellschaft. Abhandlung des Communismus und des Socialismus als empirischer Culturformen*, [1887]; Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2005
- World Health Organization, "Towards an Age-friendly World" <http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en/>

Hospital's values (example - King's college)

Our values have been created by the people of King's - we see ourselves as a team, working together for the benefit of our patients.

Understanding you

Listening is the key to understanding what matters – whether it's one of our patients or another member of staff. Only by hearing what they say and trying to put yourself 'in their shoes' will you really appreciate their situation and understand their concerns.

- We appreciate each person as a unique individual
- We start by listening – then act based on what we learn
- We're open and we talk to one another
- We consider how our actions affect others

Inspiring confidence in our care

By providing the right information at the right time and attending to their needs in a calm and professional manner, patients will feel confident in their treatment and the people who care for them.

- We always put our patients' needs first
- We reassure our patients with our calm and confident care
- We act to protect our patients from harm
- We value all patients equally
- We do the right thing for our patients, even when it's difficult

Working together

We can't always make the right decisions as individuals - no one person can hold all the knowledge and skills required to answer every problem. By working together as a team - learning from each other and co-operating, we can get the job done.

- We think and act as Team King's
- We value what each of us brings to King's
- We share information and give everyone a voice
- We co-operate and we support one another at all times
- We get things done with our can-do spirit

Always aiming higher

With such a rich pool of talent at King's, there are always opportunities to make things better for our patients and for each other. We look to find innovative solutions to overcome the problems that arise and to learn from our experiences.

- We seize opportunities to make things better for our patients and each other
- We learn from our experiences - and from what others teach us
- We think differently and create new solutions
- We see problems as opportunities to try new things

Making a difference in our community

King's is a hospital with a world class reputation, providing services both nationally and internationally but our roots lie in the heart of our local community. Many of our staff are local people, a large number of local businesses provide services and support for the hospital and we in turn look to support and sustain the local community.

- We take pride in providing the best possible care
- We are active in community affairs
- We employ people who care about our community
- We use local businesses for supplies and services

Health Team, Beckenham Beacon

My Promise - how we live the Values

My Promise takes the Values one step further. It turns them into practical examples our staff can use as a guide to help make King's even better for our patients, for ourselves and for our community.