

L'hôpital en tant que sujet moral

par G. HERRANZ et H. THOMAS

(traduit de l'original « Das Krakenhaus als moralisches Subjekt », in Athanasius BURRE & Bernd KETTERN (Hg.), *Katholisches Krakenhaus heute? Zur Zukunft der Krakenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft*, Paderborn, Bonifatius, 1994, 58-80).

L'hôpital est-il un organisme doté d'une moralité propre ? Et, si c'est le cas, jusqu'où porte l'autonomie de l'hôpital en tant que sujet moral ?

Pour les uns, l'hôpital n'est qu'un bâtiment de béton et de verre qui abrite des équipements spécialisés en vue de fournir des services techniques et administratifs, et qui est tout à fait dépourvu de conscience morale. Pour les autres, l'hôpital est bien plus : c'est avant tout un réseau de relations humaines, dont la dimension éthique inéluctable engendre une identité morale spécifique.

Les conceptions sur ce qu'est un hôpital du point de vue éthique sont très divergentes et tout aussi variée est la manière d'aborder ce thème dans les codes de déontologie et les codes de bonne conduite des ordres nationaux de médecins. Selon le droit de l'ordre des médecins en Allemagne, en Grande-Bretagne, en Belgique et en France, seul le médecin individuel est soumis à certaines obligations éthiques. L'hôpital en tant que tel n'est pas pris en compte, soit parce qu'on ne lui attribue en aucun cas le statut de personne morale, soit parce que l'on considère comme superflu tout règlement moral particulier des relations et des rapports au sein de l'hôpital¹.

D'autres réglementations professionnelles ne consacrent qu'une attention secondaire à la déontologie hospitalière. En Espagne, le droit médical fixe au moins dans les grandes lignes l'ancrage institutionnel du médecin dans l'hôpital². Il en va de même pour les directives de l'American College of Physicians³. Quelques rares réglementations accordent une plus grande place aux relations humaines et professionnelles à l'hôpital. L'American Medical Association⁴ et tout particulièrement la Charte des médecins hospitaliers de la Communauté européenne⁵ abordent aussi l'hôpital en tant que personne collective dotée d'une éthique propre.

Une autre source d'information sur les différentes conceptions en rapport à l'hôpital en tant qu'institution morale est le marché de l'emploi pour les médecins. Les offres d'emploi insérées par les hôpitaux dans les magazines professionnels, comme le *Deutsches Ärzteblatt* par exemple, donnent une bonne idée de la manière dont les établissements médicaux se conçoivent elles-mêmes sur le plan de l'identité morale. En effet, ces offres d'emploi lèvent toujours un coin du voile sur la manière dont un hôpital se définit lui-même. On y trouve des annonces qui, outre les données chiffrées relatives à l'établissement, se contentent de faire mention des qualifications professionnelles et diplômes requis de la part des candidats et de décrire les fonctions techniques à pourvoir. De tels hôpitaux se considèrent eux-mêmes comme de simples appareils administratifs. Les possibilités techniques et la rentabilité financière sont pour eux les éléments déterminants et ils ne disent pas un mot à propos des grandes orientations éthiques qu'ils entendent respecter et des obligations sociales qu'ils souhaitent remplir, un thème que tout le monde ne cesse pourtant d'invoquer. De temps à autres, hormis les spécifications techniques, la seule indication en rapport aux dimensions humaines est une phrase sur l'emplacement et les environs de l'établissement.

Dans d'autres annonces, certains hôpitaux n'hésitent pas à afficher leurs principes éthiques et attendent du candidat, en plus des exigences académiques et techniques, qu'il présente un profil humain et moral déterminé. Dans le cas des hôpitaux gérés par l'Église, il n'est pas étonnant que l'on demande au candidat de s'identifier aux objectifs caritatifs poursuivis par

l'établissement ou du moins d'être suffisamment ouvert et de bonne volonté pour collaborer dans l'esprit dicté par les finalités religieuses de l'institution. Mais de nombreux hôpitaux non confessionnels, tant privés que publics, posent eux aussi des exigences concrètes aux candidats sur les plans humain et éthique. Il est question de personnalité humaine intègre, de sensibilité dans les contacts avec les gens, d'investissement personnel ou de volonté de collaborer étroitement ; bref, une série d'exigences qu'il n'est souvent pas très aisé à remplir : « Cherchons une personne aux excellentes qualifications professionnelles et aptitudes personnelles, disposée à coopérer et capable de maîtriser la spécialité dans toute son étendue. »

Il n'est pas rare que des personnes extérieures ou des collaborateurs de l'hôpital s'interrogent sur ce qui donne le droit à l'hôpital d'adopter un point de vue particulier dans certaines questions éthiques, alors que, bien souvent, les médecins et les patients, les autorités sanitaires et les administrations ont une opinion tout à fait divergente sur ce qu'il convient de faire. En effet, de nombreux hôpitaux défendent de toute évidence leurs propres convictions éthiques institutionnelles, alors que d'autres préfèrent évoluer dans une sphère non contraignante sur le plan éthique.

1. L'hôpital sera-t-il sacrifié sur l'autel de l'arbitraire postmoderne ?

Pourquoi est-ce que tant d'hôpitaux affichent une pareille indifférence éthique ? D'où vient ce pessimisme éthico-corporatif ? Par pessimisme éthico-corporatif, nous entendons la conviction que les institutions, et donc également les hôpitaux, sont des entités qui échappent à la morale ou du moins qui sont dans l'impossibilité de se doter d'une éthique institutionnelle contraignante. H.T. Engelhardt jr.⁶ a mis en évidence le processus qui mène à cette conception en partant de l'idée que, dans les sociétés pluralistes en matière d'éthique, les opinions éthiques tranchées devaient sortir de la sphère de la vie publique. Engelhardt reconnaît pleinement la valeur des attitudes éthiques fondamentales dans la vie privée et professionnelle et dans l'éducation. Selon lui, l'éthique est une affaire privée et les institutions sociales ne peuvent en aucun cas se revêtir d'un habit éthique cohérent et rationnellement probant. On ne trouve plus, ni dans la religion, ni en dehors, de certitudes morales permettant de trancher entre les conceptions de valeurs les plus diverses et en cas de conflits. La situation historique actuelle se caractérise par une perte de tout espoir en une autorité morale pouvant offrir des réponses définitives aux grandes questions éthiques ou intervenir en tant qu'arbitre dans la lutte visant à déterminer ce qui est correct et humain. Engelhardt utilise le qualificatif « postmoderne ». Ce pluralisme éthique postmoderne peut être illustré par une métaphore empruntée au polythéisme : il n'existe plus de Dieu en qui tout le monde doit croire et que tout le monde doit adorer, mais seulement une multitude de divinités mineures. Celles-ci ne permettent plus de proclamer une éthique institutionnelle séculaire universellement valable. Les convictions éthiques sont reléguées dans la sphère privée, dans l'intimité de la conscience.

Une position assez similaire consiste dans le phénomène baptisé « consensus éthique minimal de la société civile ». Dans le préambule de la loi espagnole relative à l'insémination artificielle⁷, il est fait référence à l'existence de différentes conceptions éthiques en matière de techniques médicales de reproduction « ... dont l'acceptation ou le refus devront être discutés en se basant sur des informations correctes et non être motivés par des intérêts particuliers ou par des pressions idéologiques, confessionnelles ou partisans. Ces décisions doivent s'appuyer uniquement sur une éthique de caractère civique ou civil, non exempte de composantes pragmatiques. La validité de cette éthique s'enracine dans l'acceptation de la réalité, une fois que l'on a confronté celle-ci aux critères de rationalité et d'utilité pour l'intérêt général. Une telle éthique doit en définitive correspondre à l'opinion de la majorité et aux contenus constitutionnels et pourra ainsi être acceptée sans tensions sociales et permettre au législateur d'adopter des positions ou des réglementations. »

Au lieu de laisser à chacun le choix de sa divinité, on préfère confier le pouvoir à une idole

neutre planant au-dessus des relations sociales. Selon ce modèle, le désarmement moral doit garantir la paix éthique au sein d'une société pluraliste. Une éthique légaliste élaborée pour tous par le législateur doit convenir à l'homme unidimensionnel. Le pluralisme éthique ne signifie plus que différentes convictions peuvent coexister pacifiquement, comme les couleurs d'un arc-en-ciel, mais qu'elles doivent toutes se soumettre au consensus minimal de la nouvelle éthique civile, qui fait fondre toutes les différences et particularités des convictions éthiques existantes dans le gris du sentiment moral de la majorité.

On trouve la description d'une troisième voie vers le mutisme éthique des institutions chez Toulmin⁸. Du point de vue sociologique, le processus de raréfaction d'air qui s'est produit dans l'atmosphère éthique des organismes a fini par provoquer le rejet des obligations éthiques des institutions. Les grandes idées s'inspirent d'Emile Durkheim et de Max Weber. Toulmin est d'avis que le mécanisme qui étouffe l'esprit d'un hôpital est celui de la centralisation administrative. Celle-ci a mis en branle un processus de « démoralisation » des personnes travaillant à l'hôpital et un appauvrissement croissant des valeurs éthiques. L'investissement personnel, généreux et inventif, né d'un défi professionnel librement assumé, cède la place à la routine des tâches à accomplir ; les exigences fonctionnelles prennent le pas sur les aspirations éthiques ; la responsabilité personnelle est remplacée par la responsabilité vague de l'institution ; l'engagement personnel disparaît au profit d'une légitimation collective. Les hôpitaux n'emploient plus des personnes de chair et d'os mais des ombres humaines.

2. La déontologie hospitalière

À la conception de l'hôpital comme « no man's land » éthique s'oppose celle de l'hôpital en tant que sujet éthique. De nombreux hôpitaux sont très ouvertement et indiscutablement opposés à tout indifférentisme dans les questions liées à l'éthique. Ils cultivent la conscience d'une mission institutionnelle, exigent certains modes de conduite, n'engagent pas n'importe quels médecins et infirmiers en vue de garantir le respect de certaines normes éthiques, de poursuivre un idéal déterminé et de prévenir toute formation d'habitudes contraires à cet idéal. Sur quoi ces hôpitaux privés ou publics se basent-ils pour légitimer leur credo éthique ? Les fondements théoriques de la conception éthique adoptée collectivement par un établissement hospitalier restent encore peu étudiés.

Pellegrino et Thomasma⁹ ont été les premiers à affirmer que les hôpitaux en tant que tels comme les équipes de médecins nécessitent une éthique institutionnelle propre. Une déontologie relative aux contacts personnels des médecins avec les patients ainsi que des médecins entre eux ne suffit pas. Les hôpitaux doivent intervenir de façon expresse et palpable en qualité de personnes morales et agir comme des sujets collectifs dotés d'une conscience morale, en veillant à se présenter sous ce jour à la société. Mais le mutisme moral vers le monde extérieur ne constitue encore que le risque le plus faible. Beaucoup plus grave est le danger d'une confusion du discours éthique à l'intérieur, qui fait se répercuter sur les objectifs humanitaires des hôpitaux les tensions internes (luttres de pouvoir, recherche effrénée de la rentabilité) ou les pressions externes (de nature scientifique, politique ou juridique).

Une telle adhésion publique à des convictions éthiques collectives doit, d'une part, laisser une place suffisante à un pluralisme éthique légitime des individus (patients, médecins, infirmiers, directeurs et employés administratifs) et, d'autre part, être suffisamment claire et univoque pour faire ressortir la personnalité éthique de l'hôpital. Un NOUS doit être apparent, un sujet collectif actif, doté d'une conscience morale, qui défend un certain idéal de l'humanité allant au-delà du minimum requis par la loi, qui se réclame d'une vision déterminée de la profession, qui suppose une identification volontaire à certaines responsabilités. Cette identification permet à l'institution de définir ce qu'elle entend être. Pellegrino et Thomasma estiment qu'un modèle d'atomisation des actions et des responsabilités, selon lequel les activités hospitalières ne seraient que la somme

arithmétique de décisions isolées prises par des collaborateurs individuels, n'est pas adapté aux hôpitaux. Une entreprise dotée d'une orientation morale a besoin d'un modèle qui ne réduise pas l'ensemble de ses activités à une série de décisions individuelles mais qui conçoive au contraire l'agir de tous comme une activité de groupe. Le groupe, l'équipe dans sa totalité, devient porteur d'une moralité. Une morale collective de ce genre peut présenter différents degrés et niveaux. Tous les médecins, infirmiers et auxiliaires qui s'occupent des patients doivent agir comme un sujet moral homogène et une équipe coordonnée. De même, les organismes gestionnaires, l'administration et les médecins doivent faire montre d'une unité opérative lorsqu'il s'agit de prendre des décisions sur la rentabilité ou sur la proportionnalité et la distribution équitable des moyens en vue d'assurer des soins optimaux aux patients. Car, à cet égard, chacun dépend des autres.

Selon Pellegrino et Thomasma, une représentation éthique adéquate de l'hôpital se fonde dans une large mesure sur la médecine. Somme toute, il s'agit de la réponse humaine et éthique à la vulnérabilité de la personne malade. Mais l'hôpital doit faire face aux besoins des patients d'une façon qui dépasse largement les exigences légales. Car il a affaire à des êtres humains accablés par la maladie. Cela requiert une faculté aigüe d'empathie morale. Et c'est précisément cette empathie qui constitue le contenu d'une éthique du devoir à l'hôpital. La situation de détresse du patient implique nécessairement un engagement éthique, le devoir d'adopter un comportement moral déterminé. Pour le bien du patient, l'hôpital doit se concevoir lui-même comme un organisme éthique vivant et capable d'empathie et se déclarer publiquement comme tel.

Dans une perspective plus phénoménologique, De George¹⁰ analyse la responsabilité morale de l'hôpital. Selon lui, l'hôpital n'est pas un hôtel doté d'équipements supplémentaires mais il forme au contraire une unité englobant tous ceux qui y travaillent et le font progresser, ainsi que les patients qui s'y rendent et les installations techniques utilisées tant par les uns que par les autres. Sa structure et son organisation très complexes assurent la préservation de son identité au fil du temps, indépendamment des personnes concrètes qui y sont actives à un moment déterminé. Un hôpital se développe et se transforme. Selon le droit, il s'agit d'une personne juridique ; toutefois son existence ne dépend pas de cette classification légale mais la transcende. La spécificité de l'hôpital est précisément d'être un établissement doté d'une propre vie morale. C'est aussi ce que les gens entendent par hôpital. Pour eux, il est évident qu'un tel établissement médical présente une dimension morale. C'est une question de bon sens.

On affirme tout à fait légitimement qu'un hôpital fonctionne bien, qu'il traite convenablement les malades, ou encore qu'il ploie sous les dettes ou est un endroit inhumain. Les gens émettent le souhait d'être admis dans un hôpital déterminé et refusent de mettre les pieds dans un autre, sans même connaître les noms des médecins qui y travaillent. Ils savent en effet que le premier est un établissement de qualité, tandis que le second a mauvaise réputation. De même, on entend couramment affirmer : « Je préférerais aller à cet hôpital » ou « Je ne me ferais jamais opérer dans cet hôpital-là, même pas pour tout l'or du monde. » On entend beaucoup plus rarement quelqu'un accorder de l'importance au fait que ce soit le docteur X qui va effectuer l'opération ou se dire effrayé à l'idée de tomber une nouvelle fois dans les griffes du docteur Y. De George a tout à fait raison de signaler que de nombreuses prestations du personnel administratif ou médical ne sont pas attribuées aux personnes individuelles mais à l'hôpital dans son ensemble.

L'employé administratif engage également l'hôpital à payer la facture d'un fournisseur dont il utilise les services. Et le chirurgien remplit une fonction hospitalière lorsqu'il réalise une intervention chirurgicale au bloc opératoire de l'hôpital. Il n'a pas seulement recours aux infrastructures de ce dernier mais dépend en outre – pour le meilleur et pour le pire – de l'aide du personnel employé par l'établissement. Ce personnel l'assiste avant, pendant et après l'opération. Son travail est indissolublement lié à l'ensemble des tâches accomplies au sein de l'hôpital, aussi bien par le personnel de cuisine, de nettoyage, d'entretien et administratif que par les employés aux archives et les assistants en salle d'opération. Ils

portent tous une partie de la responsabilité éthique.

Hiller et Gorsky¹¹, dans leurs études consacrées à l'identité éthique de l'hôpital, attirent l'attention sur un aspect intéressant : l'histoire des conflits internes en vue d'obtenir la compétence de définir et d'expliquer cette identité éthique de l'hôpital. Ces conflits opposèrent les médecins et l'administration hospitalière. Dans l'histoire des hôpitaux modernes, l'administration s'est dans un premier temps considérée pendant des décennies comme l'appendice du médecin et donc liée aux normes éthiques de celui-ci. Aux États-Unis, pendant très longtemps, le même code d'éthique hospitalière a obligé dans la même mesure l'administration et les médecins. Lorsque des problèmes financiers provoquèrent des tensions entre les exigences déontologiques de fournir des services médicaux illimités au patient et une nouvelle politique de réduction des frais inspirée par l'éthique administrative en vue d'optimiser le rapport coût/efficacité, l'ancienne harmonie se désagrégea. Il se produisit une scission entre les deux assemblées : tant les corps médicaux que les services administratifs des hôpitaux plaidèrent en faveur de codes de déontologie professionnelle et de règlement intérieurs séparés. Si le règlement intérieur des services administratifs reconnaît que l'objectif principal de l'administration hospitalière est de traiter les patients et d'assurer à ceux-ci des soins de qualité, l'éthique administrative subit toutefois de plus en plus les pressions des impératifs économiques. Les moyens disponibles limitent les performances de l'hôpital et devraient même permettre au mieux de faire des bénéfices. Dans bien des établissements, l'orientation caritative traditionnelle bat en retraite face aux contraintes économiques.

Cela dit, de nombreuses administrations hospitalières souhaitent maintenir la priorité de la philosophie institutionnelle et de l'éthique hospitalière face aux contraintes économiques. C'est pourquoi Kurt Darr¹² plaide pour que chaque hôpital puisse formuler lui-même sa philosophie. Sans cela, il n'est pas possible selon lui d'assurer une organisation homogène de l'hôpital. En effet, la compréhension de la mission à accomplir, les valeurs et les principes constituent les fondements sur lesquels l'établissement détermine au départ ses critères d'action, les objectifs à réaliser et les moyens à utiliser. La culture corporative et la personnalité institutionnelle (*corporate identity*) surgissent des valeurs et intentions professées en commun. Celles-ci confèrent à l'institution sa dimension éthique, sans laquelle elle ne pourrait garantir son efficacité corporative. Une des principales sources de conflit en matière d'organisation est, comme le souligne Darr, le rejet tacite des idéaux communs par certains membres, qui n'affichent pas publiquement leur dissidence mais qui préfèrent former de petits groupes internes de résistance. Le monde est ainsi fait.

En outre, un hôpital ne peut pas non plus s'empêcher de porter des jugements moraux au niveau institutionnel. De temps à autre, dans le cours normalement paisible des activités hospitalières, un patient ou un collaborateur crée une situation que d'autres jugent inadmissible pour des motifs éthiques. La première réaction de celui qui se sent atteint dans ses convictions sera alors de s'adresser à celui qu'il considère comme son protecteur naturel : le directeur de l'hôpital. Cet incident banal contraint l'institution hospitalière, incarnée dans la personne du directeur, à s'exprimer en tant que personne morale. Dans notre société ouverte et démocratique actuelle, le conflit éthique et les conditions tant normatives que procédurales de son règlement constituent un élément essentiel de l'hôpital. Une abstention morale de la part de l'institution est tout bonnement impensable.

3. Contenus de l'éthique institutionnelle

À supposer que les hôpitaux soient des personnes morales, cela n'en fait pas pour autant des êtres humains. L'activité de l'hôpital se concrétise dans l'action des individus qui y travaillent. La responsabilité morale collective de l'hôpital est répartie entre de nombreuses personnes, qui l'assument. Cette responsabilité collective est une responsabilité subsidiaire hétérogène et variée, qui est toutefois compatible avec la responsabilité de chaque individu, en fonction de sa position dans l'ensemble, du poste occupé, du pouvoir de décision, même

lorsqu'il n'y participe que comme simple citoyen.

Pour décrire la responsabilité morale collective, l'assumer ou y participer, il existe plusieurs possibilités : on peut l'attribuer à une, à plusieurs ou à toutes les personnes dans une même mesure, en fonction du modèle organisationnel adopté. En tout cas, cette responsabilité comportera certaines obligations fondamentales. Celles-ci reflètent la mission que l'hôpital s'est assignée. Il existe bien entendu certaines dispositions légales que tout service clinique ou médical qualifié se doit de respecter. Il existe aussi une charte des droits des patients. Hormis tout cela, l'hôpital doit encore déterminer avec quelle intensité certaines pratiques, qui ne sont pas absolument requises mais qui doivent être approuvées volontairement, seront accomplies dans ses murs. Cela concerne par exemple le respect du patient, lorsqu'il devient un défi concret et moral ; les rapports des médecins entre eux ; le style de gestion ; la procédure d'embauche de nouveaux collaborateurs ; la formation des étudiants en médecine et des infirmiers ; la formation continue des médecins ; d'éventuels travaux ou projets de recherche ; l'assurance sociale des employés de maison ; enfin la maintenance, la rénovation et la modernisation des bâtiments et des équipements médicaux.

Autrement dit, l'éthique institutionnelle comprend un ensemble d'obligations qui transcendent les opinions individuelles des personnes concernées (organismes gestionnaires, médecins, infirmiers, personnel administratif et d'entretien, bienfaiteurs). La communauté dans laquelle et pour laquelle travaille une institution prestant des services médicaux, devrait être au courant du credo éthique défini par celle-ci. Les gens doivent savoir si un hôpital professe un pluralisme éthique absolu ou limité ; si, dans tel ou tel conflit éthique, il privilégie une solution déterminée – inspirée par exemple par ses engagements religieux ou déontologiques¹³. C'est précisément le pluralisme éthique et déontologique de la société démocratique qui impose aux institutions d'explicitier elles-mêmes leurs positions morales et de les faire connaître publiquement de la façon la plus claire possible.

En règle générale, les hôpitaux confessionnels se sont toujours tenus à cette obligation et ont formulé des directives éthiques contraignantes pour certaines interventions comme l'avortement, la fécondation in vitro, parfois aussi la transplantation d'organes. Mais les établissements non confessionnels devraient procéder de la même manière. Ils pourraient prendre position sur les différents types de médecine parallèle, sur l'accompagnement des personnes en fin de vie. Ils pourraient entre autres spécifier les conditions d'engagement des médecins ou les conditions d'hospitalisation des patients.

Dans une société démocratique, il devrait en toute bonne logique s'établir un équilibre de tendances dans lequel le pluralisme éthique des institutions reflète le pluralisme éthique des citoyens. C'est précisément la raison pour laquelle les hôpitaux devraient afficher leur position morale spécifique aussi ouvertement que les façades de leurs bâtiments. Même si, dans certains cas, cela devait se traduire à court terme par des inconvénients, ceux-ci se verraient compensés à la longue par les avantages. Selon Pellegrino et Thomasma, les gens se sentiraient traités plus honnêtement si les grandes orientations institutionnelles, même réalisées imparfaitement, étaient communiquées en toute franchise que si celles-ci étaient passées sous silence ou laissées vagues, que ce soit pour des motifs pragmatiques, purement financiers, voire cyniques.

Il ne s'agit pas de graver dans le marbre et d'exposer dans le hall d'entrée les engagements éthiques ou les idéaux institutionnels de l'hôpital. Il n'est même pas nécessaire que ceux-ci existent noir sur blanc. L'important est que tous ceux qui travaillent ou sont soignés dans cet établissement aient conscience au quotidien que le credo éthique de l'endroit influe sur le comportement de tous et se matérialise dans la façon particulière dont on y pratique la médecine. Bien entendu, les motifs nobles sont une chose, le style effectif d'un établissement que ceux-ci inspirent en est une autre. Un des principaux devoirs du directeur d'hôpital est de s'employer à ce que ce style devienne de plus en plus une réalité en insistant constamment sur ce point. Notons que les incidents retentissants et leur règlement ne constituent pas le véritable objet d'une éthique hospitalière. Celle-ci s'intéresse beaucoup

plus aux nombreuses questions journalières sans éclat qui font qu'un hôpital est un lieu humain ou inhumain. Nous aborderons quelques-unes de ces questions dans les lignes qui suivent.

4. Admettre les erreurs et les corriger

Un élément décisif pour une déontologie active de l'hôpital est l'entente sur la façon de gérer les erreurs commises. Dans un hôpital, on ne peut éviter que de nombreuses erreurs se produisent quotidiennement : imprévus, négligences involontaires, désordres plus ou moins grands. Dans un hôpital qui dirige ses activités selon une déontologie sincère, les collaborateurs ne dissimuleront pas leurs propres erreurs comme quelque chose de négatif ou d'infamant. Au contraire, dans leur propre intérêt et celui d'autrui, ils se concentreront sur leurs points forts dans les services qu'ils rendent à l'ensemble de l'organisation. La reconnaissance et l'aveu de préjudices, d'erreurs et de négligences et la façon de faire face à ceux-ci n'aident pas seulement à les éviter à l'avenir mais aussi à créer un climat de responsabilité professionnelle accrue et de confiance. Une étude menée par le groupe mis sur pied par T.A. Brennan et L.E. Hebert¹⁴ aux États-Unis, sur ce qu'on appelle les « adverse events », comme les infections nosocomiales ou hospitalières et d'autres effets non désirés de traitements, révèle que ce genre de préjudices n'est en aucun cas une fatalité. Certains hôpitaux présentent un taux de préjudices graves mais aussi de dommages mineurs supérieur de dix fois ou plus aux autres établissements, dommages qui sont dus à des négligences. Une telle découverte semble indiquer que la source des dommages est davantage à chercher dans le système que chez les individus. Par conséquent, il ne convient pas seulement de contrôler et de réformer le comportement de tel ou tel individu mais bien le mode de fonctionnement du système dans son ensemble. On constate en effet dans certains hôpitaux des insuffisances institutionnelles qui donnent lieu à une attention déficiente. Ces insuffisances ont été également inventoriées. En font partie notamment un manque d'exigence envers soi-même de la part de la communauté hospitalière, une communication déficiente entre ses membres, des lignes de conduite floues, des problèmes chroniques qui restent non résolus et débouchent sur des crises que l'on accepte alors comme inévitables. Il existe des hôpitaux à la morale plus que douteuse. Pour faire face à de telles faiblesses, les structures techniques, comme les comités de surveillance chargés de faire baisser le taux de mortalité ou d'augmenter l'efficacité, ne suffisent pas. L'hôpital doit mobiliser ses réserves éthiques. Dans chaque hôpital, il devrait y avoir une fonction particulière chargée de détecter les causes éthiques des incidents, des fautes et des négligences, surtout de ceux qui se produisent de façon répétée, et ensuite de définir et d'imposer de façon résolue des normes de prévention des dommages iatrogènes¹⁵. McIntyre et Popper insistent sur la nécessité de réapprendre aux médecins et aux hôpitaux à gérer les erreurs : à ne pas les dissimuler, mais à les dévoiler ; à ne pas se contenter de les condamner, mais à les utiliser comme un moyen didactique ; à parler des erreurs, non pas pour sanctionner ceux qui les commettent, mais pour augmenter le niveau général¹⁶. Un tel changement de mentalité fait partie des fondements de l'éthique institutionnelle d'un hôpital.

5. Une meilleure communication tant interne qu'externe

Le réseau dense de relations humaines qui caractérise l'hôpital est une source jaillissante de communication. Les problèmes de communication transforment l'hôpital en un monde à part, en un labyrinthe dans lequel le patient s'égaré. Un balisage correct est tout aussi important pour les patients que pour les visiteurs. Chaque personne demandant un renseignement doit recevoir une réponse satisfaisante, donnée de façon affable et sans marques d'impatience ou d'impolitesse. Aucun collaborateur de l'hôpital ne peut, quand quelqu'un lui adresse la parole, donner une impression ennuyée, aigrie, voire cynique¹⁷. Si personne ne va bien sûr traîner l'hôpital en justice pour avoir négligé des règles de courtoisie aussi fondamentales, l'ensemble du personnel hospitalier devrait toujours avoir présent à l'esprit que chaque geste

de rejet ou d'impatience est particulièrement offensant pour des personnes se retrouvant dans un endroit étranger à cause de problèmes de santé.

En 1993, une « Audit Commission » s'est penchée sur les problèmes de communication dans les hôpitaux britanniques¹⁸. Cette commission a critiqué la situation générale et a tiré la conclusion sans doute surprenante mais juste que les insuffisances ne disparaîtraient que si les médecins en chef et les autres responsables se montraient capables de se mettre à la place des patients hospitalisés dans leur établissement. Pour ce faire, ils doivent s'intéresser davantage aux expériences et aux plaintes des patients, se mettre aussi à l'écoute des proches des malades et se pencher ensuite sérieusement sur les problèmes constatés. La mauvaise communication à l'hôpital est la cause de nombreuses souffrances inutiles. L'amélioration de la communication doit être un objectif éthique poursuivi collectivement.

Par ailleurs, la qualité de la communication externe de l'hôpital relève aussi de l'éthique institutionnelle. L'hôpital ne peut pas s'isoler et tourner le dos au reste de la profession. Souvent, il ne tient aucun compte des praticiens privés. La communication entre les médecins hospitaliers et les médecins privés est une source de faiblesses et de conflits majeurs dans le système moderne de santé publique¹⁹. Ces problèmes sont à l'origine de nombreux préjudices subis par les patients et du vif dépit éprouvé par les praticiens privés.

Dans les codes de déontologie pour les médecins allemands, on peut lire au § 20,3 : « Au terme de l'hospitalisation, le patient doit être renvoyé à son médecin traitant. » Cette règle se réduit à une simple formalité et devient une duperie lorsque le médecin hospitalier ne fait pas parvenir rapidement au confrère qui se chargera de la suite du traitement une lettre contenant à la fois l'avis requis sur l'hospitalisation et – dans un esprit de véritable collégialité – l'offre de collaborer à l'avenir dans le cadre du traitement du patient en question²⁰. La qualité professionnelle et éthique d'un hôpital peut se déduire des lettres de médecins qui parviennent aux généralistes. Et ce, pour une raison simple : les médecins hospitaliers doivent donner l'exemple à tous les autres professionnels de la santé. Ce n'est pas un hasard si c'est à l'hôpital, et en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, que l'on développe, contrôle et expérimente la *lex artis*, c'est-à-dire la manière exemplaire d'exercer la profession de médecin. Et cela ne s'applique pas seulement aux innovations diagnostiques et thérapeutiques, mais aussi à la dimension éthique de la pratique médicale. La conduite du médecin hospitalier a un effet contagieux sur les praticiens privés, tant en bien qu'en mal.

6. Le soin des détails

Il est toujours étonnant de constater combien le niveau technologique de l'établissement, le niveau scientifique des médecins et les éventuels succès spectaculaires des traitements ont peu d'influence sur le jugement que portent les patients et leurs proches à l'égard d'un hôpital. Souvent, ce jugement dépend bien davantage d'une série de petites choses, qui pourraient paraître tout à fait anodines. Or, les malades et leurs proches y attachent une grande importance.

« Le malaise ou l'agacement de nombreux patients hospitalisés ne proviennent pas pour la plupart du traitement médical mais de l'accumulation d'une foule de désagréments superflus : le bruit, l'agitation, le constant va-et-vient personnel (ou, au contraire, l'absence de toute aide quand on en a besoin), l'organisation déficiente du diagnostic qui oblige à attendre pendant des heures dans le couloir, le fait de devoir rester à jeun jusqu'à l'examen qui n'aura lieu qu'à 14 heures, le caractère taciturne des médecins, l'absence d'explications sur le pourquoi et le comment, l'attente interminable des résultats qui contraint à rester plus longtemps que nécessaire au lit (une habitude coûteuse pour l'assurance et le malade, mais très appréciée par la direction hospitalière en raison du meilleur rendement de la capacité d'accueil et de l'économie de coûts pour les journées « creuses ») ; l'absence d'eau chaude, la saleté des toilettes, des lavabos et des baignoires, le raccordement téléphonique qui se fait attendre pendant trois jours, les erreurs de régimes, les fenêtres qui ferment mal, les

stores qui coïncident, etc.²¹ »

Parmi ces choses qui semblent au fond sans importance, on recense notamment l'ordre et la propreté de l'établissement. Il va sans dire qu'un hôpital soumet consciencieusement l'utilisation d'antibiotiques à certaines règles, dispose d'un système d'extinction d'incendie performant, élimine les déchets dangereux en observant les prescriptions et ne permet pas la formation et la propagation de souches bactériennes par négligence. Il prend au sérieux la protection civile et ne jette pas d'immondices dans la nature environnante. Par contre, il est beaucoup moins évident que l'hôpital mette tout en œuvre pour devenir une zone d'écologie sensorielle et pour éviter les bruits, les odeurs et les contacts désagréables.

Le soin de ces petits détails est important parce qu'il est une manifestation éloquente de la véracité et de l'authenticité de l'éthique institutionnelle et de l'esprit de corps. Ce qui discrédite un hôpital, ce n'est pas un événement malheureux isolé ou une erreur occasionnelle. Cela peut arriver à tout le monde et cela ne rabaisse pas le climat éthique. Souvent, une bourde spectaculaire a l'effet d'une sonnette d'alarme qui remet les pendules à l'heure. La décadence morale commence à l'hôpital par un laisser-aller chronique, par une indifférence collective insidieuse à l'égard des petites choses qui ont besoin d'être rectifiées, mais qui ne semblent éveiller l'inquiétude de personne. L'hôpital doit être un lieu accueillant et procurer une sensation de sécurité. Il scierait peu à peu la branche d'humanité sur laquelle il est assis s'il ne tenait pas compte de l'agression des sens qui semble inéluctablement accompagner les progrès technologiques. Grumet²² a décrit de façon exhaustive les nuisances sonores des hôpitaux modernes et parle d'un véritable pandémonium. Lorsque le bruit dépasse un seuil critique, il se convertit en germe pathogène. Il empêche les patients de se reposer, diminue la concentration des infirmiers et stresse les médecins. Surtout, le cadre hospitalier perd son aspect soigné. Les haut-parleurs rivalisent avec les signaux et alarmes sonores, de sorte que le ton des conversations et des indications monte de plus en plus pour rester audible. On finit par reconnaître les activités à distance au bruit des ustensiles et au cliquètement de la vaisselle, accompagné du rythme des chaussures à talons aiguilles, et le personnel se met à communiquer en criant à travers le couloir ou la salle d'hôpital. On sait depuis longtemps que le personnel, déjà stressé par la charge de travail, devient encore plus énervé par un harcèlement incontrôlé des sens dans les chambres et dans les couloirs. Il s'ensuit des disputes tout à fait superflues, des appels téléphoniques qui restent sans réponse, l'oubli des bonnes manières, et ce qui est plus grave : une atmosphère impersonnelle s'instaure, tout le monde garde ses distances, devient indifférent – une dissolution palpable des responsabilités, très semblable au phénomène d'isolement qui a été décrit concernant les habitants des grandes villes²³. Pour fuir ce « chaos des sens », de nombreux patients cherchent refuge dans le monde encore plus bruyant de la télévision. À l'heure actuelle, les téléviseurs constituent la principale source de bruit dans les chambres d'hôpital. Les patients semblent acquérir lors de leur hospitalisation une sorte de droit fondamental implicite à la consommation illimitée de programmes télévisés. Pour nombre d'entre eux, cet appareil s'est transformé en un ami fidèle et infatigable, qui leur tient compagnie dans les heures de solitude pendant la journée et en cas d'insomnie pendant la nuit. Mais le bonheur des uns fait le malheur des autres, surtout dans les chambres à plusieurs lits. Les patients qui souhaitent se reposer ou dormir, doivent souvent enfouir leur tête sous les couvertures ou sous l'oreiller pour ne plus voir les scintillements ni entendre le bruit des téléviseurs portatifs de leurs compagnons de chambre. Le rôle de la télévision comme moyen de substitution au peu de dévouement des familles mériterait une étude à part entière.

La lutte contre les nuisances sonores, olfactives et autres présuppose – comme d'ailleurs toutes les véritables améliorations visées par l'hôpital – de former un front commun, où chaque individu est sollicité : un programme écologique pour le monde sensoriel compris comme un défi éthique. Un hôpital doit être, comme le suggère le terme même, un endroit hospitalier. Autrement dit, toutes les personnes qui y travaillent doivent être hospitalières. Car il n'existe plus de collaborateurs de moindre catégorie. Dans un hôpital moderne, d'un

point de vue organisationnel, le travail du personnel de cuisine et d'entretien, la préparation des repas, la lessive, le nettoyage sont tout aussi importants que les performances des équipes de grands médecins à la pointe de la recherche ou que les opérations diagnostiques ou thérapeutiques spectaculaires. Cela se reflète aussi dans la déontologie hospitalière : l'élévation du niveau humain de l'hôpital n'est possible que dans la mesure où des gens motivés dans tous les champs d'action et à tous les échelons y contribuent²⁴. K.D. Bock décrit de façon impressionnante les difficultés que cela peut comporter : « Qui consacre jour après jour de nombreuses heures au soin de personnes gravement malades ou de patients incurables, ne peut supporter cela sans créer une sorte de « blindage » intérieur qui lui fait refouler partiellement la pitié et la compassion ; il le supporte d'autant moins que son empathie spontanée et sa capacité à s'apitoyer sont plus prononcées. Il est impossible de partager et de ressentir constamment la misère humaine à laquelle on assiste et en même temps d'agir de façon rationnelle, de contrôler les instruments, de mesurer, d'administrer des médicaments et de prendre toute une série de décisions petites mais réfléchies. Il arrive inévitablement – comme dans les soins aux personnes âgées – que certaines activités suscitent un certain dégoût, de sorte qu'il en coûte de les accomplir ; l'accoutumance n'est jamais totale. La conséquence de tout cela est que les collaborateurs peuvent agir de façon brusque et irrévérencieuse, voire adopter un langage cynique. Lorsque l'on observe comment ces personnes au langage plutôt cru se dévouent infatigablement à leurs patients, on se rend compte qu'il s'agit ici aussi d'un mécanisme de protection intérieure.

Si inévitables que puissent être les conséquences de tels mécanismes de refoulement, elles ne peuvent en aucun cas déterminer le « climat » et parvenir aux oreilles ou aux yeux du patient, par exemple dans des conversations du personnel soignant ou lors des visites.

Ici aussi, l'irréflexion est le plus souvent la cause de situations inadmissibles. En administrant des soins ou en accomplissant des tâches techniques au chevet d'un malade, deux infirmières discutent de leur soirée passée à la discothèque, au lieu de profiter de l'occasion pour adresser quelques paroles encourageantes au patient. Ou bien, à l'unité de soins intensifs, un petit groupe de médecins et de personnel soignant se racontent des blagues et les fous rires fusent jusque dans les chambres des malades. Ou encore : à l'entrée du service des soins postopératoires, une infirmière crie à sa collègue qui se trouve à l'autre bout du couloir : « Jeanne, est-ce qu'on a déjà reçu le résultat de l'autopsie de monsieur Meier ? »

Les services de soins intensifs et de soins postopératoires, ainsi que les soins gériatriques font partie des activités les plus éprouvantes dans notre société. À l'heure actuelle, d'innombrables personnes qui seraient sans aucun doute décédées il y a encore 35 ou 40 ans, quittent l'hôpital de par leurs propres moyens au terme d'un traitement médical intensif. Par conséquent, les critiques souvent adressées à la médecine intensive sont injustifiées²⁵. » Un hôpital doit sans cesse acquérir de nouvelles technologies de pointe. Mais il ne doit pas oublier que l'instrument médical le plus utilisé est le lit. L'hygiène et le confort des lits sont un indicateur direct de la qualité humaine du centre hospitalier et forment incontestablement une marque de respect à l'égard des patients. Le discours moderne sur la dignité humaine du corps sonnerait creux si cette conception n'allait pas de pair avec des soins attentifs de ce corps et de son environnement immédiat. Il n'y a rien de plus humiliant que de se retrouver sur un matelas qui n'a pas été suffisamment désinfecté et qui présente encore des traces d'excrétions du patient incontinent qui a utilisé ce lit auparavant²⁶. Au contraire, rien n'est plus reconfortant pour un patient que la sensation agréable de draps propres et frais. Cela dépasse l'agrément de bons rapports interpersonnels. Cela ajoute au bien-être corporel la conscience d'être reconnu comme une personne possédant une réelle dignité.

7. Le cerveau éthique de l'hôpital

Une déontologie hospitalière efficace exige un organe institutionnel qui détecte les problèmes, les analyse et les résout. Un tel organe éthique peut être mis en œuvre de différentes manières. Il peut s'agir d'une structure formelle, d'un comité d'organisation plus

ou moins complexe, par exemple. Cet organe peut également être un individu exerçant la fonction de conseiller ou tout simplement fonctionner sur base d'une entente informelle. L'important est qu'il se fasse remarquer et qu'il fasse bouger les choses. La structure n'a en soi aucune importance. Il ne s'agit pas non plus d'un organe ayant pour fonction de résoudre des situations inextricables ou d'émettre des jugements éthiques retentissants sur des cas limites ou exceptionnels. Ce genre de cas particuliers n'a généralement pas de grande influence sur la morale du fonctionnement quotidien de l'hôpital. Il est beaucoup plus important de créer et de transmettre un « style maison » : un style qui mette en pratique l'éthique journalière, les relations loyales et dignes avec le patient, la disposition à l'écouter, la rapidité de réaction quand quelqu'un appelle, et d'information sans que l'on doive insister ; la disposition à exaucer les souhaits légitimes et la détermination nécessaire pour refuser de céder aux caprices. Enfin, fait partie de la « corporate identity » de l'hôpital la conduite loyale des médecins à l'égard de l'établissement, de son organisme gestionnaire et de son administration, à l'égard des confrères et des subordonnés.

Toutes ces choses apparemment sans grande importance doivent être inscrites à l'ordre du jour du comité d'éthique de tout hôpital. Ses activités ne peuvent pas se limiter aux cas impliquant des risques de poursuites judiciaires ou aux projets cliniques spectaculaires dont regorge aujourd'hui une bioéthique toute imbibée de haute technologie dans les domaines de la transplantation d'organes, de la médecine reproductive et de la génétique. Un thème permanent doit être les questions soulevées par la déontologie quotidienne de l'hôpital. De cette manière, et en faisant montre de persévérance, on fera progresser peu à peu le style éthique de l'établissement.

À l'hôpital, l'éthique médicale devrait être un thème de discussion, au même titre que la pharmacologie clinique et les nouvelles technologies. On devrait pouvoir affirmer sans se fâcher que certaines choses auxquelles on est accoutumé posent problème du point de vue éthique ; que l'on souhaite étudier l'affaire et consulter la littérature pour voir quelles solutions d'autres ont trouvé pour régler des cas comparables ; que l'on adoptera en conséquence – avec l'aide de tous ceux qui souhaitent apporter leur contribution – des orientations mieux adaptées à la déontologie hospitalière. De même qu'un hôpital désireux de rester à la pointe du progrès organise des consultations clinico-pathologiques entre médecins, des réunions sur les offres de prestations et des conférences sur les cas de décès, de même il doit y avoir – outre les séances d'examen d'incidents particuliers – des discussions consultatives sur l'éthique clinique. Quelqu'un doit disposer du temps et des moyens suffisants pour s'adonner à une réflexion éthique, coordonner l'échange d'informations, sensibiliser les consciences, de sorte que l'hôpital traverse avec fruit les étapes de son développement moral, comme toute institution désireuse d'abandonner une vision « amoral » pour se transformer en un organisme sensible aux problèmes éthiques.

8. Conclusion

Les médecins et les patients, les organismes gestionnaires et l'administration, les cadres et les salariés, tous doivent – c'est de cela qu'il retourne en définitive – être animés par le désir de voir l'hôpital se soumettre à des obligations éthiques institutionnelles, en se mettant au service de la vie et de la population. L'hôpital, l'école, le tribunal et l'Église sont des foyers d'humanité, des lieux privilégiés où l'homme devrait croître en dignité et devenir vraiment humain. À l'hôpital incombe donc un rôle de premier plan au sein de la communauté, qu'il ne remplit pas lorsqu'il entend rester un établissement privé d'âme morale. Il peut et doit au contraire se transformer en un endroit accueillant pour tous, où un certain nombre d'hommes et de femmes vivent leur vocation professionnelle au service des malades, en acceptant collectivement, librement et ouvertement leurs responsabilités professionnelles et éthiques.

Notes

Dans la plupart des codes de déontologie professionnelle prime un modèle individualiste de la pratique médicale : en Allemagne (Bundesärztekammer, *Berufsordnung für die deutschen Ärzte*, in : Deutsches Ärzteblatt 1994 ; 91 : C38-C43), en Grande-Bretagne (British Medical Association, *The Handbook of Medical Ethics*, Londres 1984), en Belgique (Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Code de déontologie médicale*, Bruxelles 1992), en France (Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Décret n° 79-506*, Paris 1979). On ne trouve pas non plus d'indications relatives à une déontologie spécifique du médecin hospitalier dans d'autres codes d'éthique professionnelle du corps médical.

² Consejo General de Colegios Medicos, *Código de Etica y Deontologia Medica*, Madrid 1990.

³ American College of Physicians, *Ethics Manual*, 3^e édition ; *Annals of Internal Medicine* 1992 ; 117, 947-960.

⁴ Pour une réglementation éthique détaillée pour les activités médicales en milieu hospitalier et sur l'hôpital comme sujet éthique, consulter entre autres : American Medical Association, *Council on Ethical and Judicial Affairs. Current Opinions*, Chicago (American Medical Association) 1989.

⁵ *La Charte des Médecins Hospitaliers*, in : Comité Permanent des Médecins de la Communauté Européenne, *Europe et Médecine* 1983-86, Paris (Masson) 1986, 95-98.

⁶ ENGELHARDT H. T. jr., *Integrity, Humaneness, and Institutions in Secular Pluralistic Societies*, in : Bulger R. E., Reiser S. J., *Integrity in Health Care Institutions, Humane Environments for Teaching, Inquiry, and Healing*, Iowa City (University of Iowa Press) 1990, 33-43.

⁷ Jefatura del Estado, *Ley 35/1988 de Reproducción Asistida Humana*. Boletín Oficial del Estado, 24.11.1988.

⁸ TOULMIN S., *Medical Institutions and their Moral Constraints*, in : Bulger R. E., Reiser S. J., *Integrity in Health Care Institutions, Humane Environments for Teaching, Inquiry, and Healing*, Iowa City (University of Iowa Press) 1990, 21-32.

⁹ PELLEGRINO E. D., THOMASMA D. C., *A Philosophical Basis of Medical Practice, Toward a Philosophy and Ethics of the Healing Professions*, chapitre 11, in : *Social Ethics of Institutions*, New York (Oxford University Press) 1981, 244-265.

¹⁰ DE GEORGE R. T., *The Moral Responsibility of the Hospital*. *Journal of Medicine and Philosophy* 1982; 7, 87-100.

¹¹ HILLER M. C., GORSKY R. D., *Shifting Priorities and Values: A Challenge to the Hospital's Mission*, in : Agich G. J., Begley C. E. (éds.), *The Price of Health*, Dordrecht (Reidel Publishing Company) 1986, 245-261.

¹² DARR K., *Philosophy and Mission*, chapitre 3, in : *Ethics in Health Services Management*, 2^e édition, Baltimore (Health Professional Press) 1991, 45-60.

¹³ HERRANZ G., *Problèmes éthiques d'un directeur d'hôpital face à l'avortement, l'euthanasie et l'insémination artificielle*. *Ziekenhuis Management Magazine* 1991 ; 7, 23-28.

¹⁴ BRENNAN T. A., HEBERT L. E., LAIRD N. M., LAWTHERS A., THORPE K. E., LEAPE L. L., et al., *Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care*. *Journal of the American Medical Association* 1991, 265 ; 3265-3269.

¹⁵ VINCENT C. A., *Research into medical accidents: a case of negligence?* *British Medical Journal* 1989, 299 ; 1150-1153.

¹⁶ McINTYRE N., POPPER K., *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*. *British Medical Journal* 1983, 287 ; 1919-1923.

¹⁷ MacDONALD A., *In the hands of the trapeze artists*. *British Medical Journal* 1989, 299 ;

332-333.

¹⁸ Audit Commission, *What seems to be the matter: Communication between Hospitals and Patients*. National Health Service Report Nr. 12, London (HMSO), 1993.

¹⁹ Select Committee of the Parliamentary Commissioner, *Reports of the Health Service Commissioner for 1987-88*. London (HMSO) [HC 433], 1989.

²⁰ PENNEY T. M., *How to do it. Dictate and discharge summary*. British Medical Journal 1989, 298 ; 1084-1085.

²¹ BOCK K. D., *Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen - Praxis - Perspektiven*, Berlin / Heidelberg / New York 1993, 116.

²² GRUMET G. W., *Pandemonium in the modern hospital*. New England Journal of Medicine 1993, 328 ; 433-437.

²³ SALVAGE J., *The importance of Hospital domestics*. British Medical Journal 1989, 298 ; 5-6.

²⁴ WILLIAMS E., *The market philosophy versus civilized Standards*. British Medical Journal 1988, 296 ; 130-131.

²⁵ BOCK K. D., loc. cit., 114.

²⁶ CURTIN L. L., *Mirror, mirror on the Wall*. Nursing Management 1992, 23 ; 7-8.