

Réflexions conclusives et recommandations

P.JACQUES SIMPORÉ, M.I.
Recteur de l'Université Saint
Thomas d'Aquin,
Ouagadougou, Burkina Faso.
Consulteur du Conseil pontifical
pour les services de santé

Introduction

Aujourd'hui, plus que jamais, sous la houlette des sciences, de la biomédecine, de la biotechnologie moderne et des systèmes de gestion numérique, nos hôpitaux tendent à perdre leur visage humain pour devenir progressivement, pour certains opérateurs sanitaires des lieux de business, et pour les malades, des espaces d'anonymat, de soli-

tude, d'angoisse et de mort sans espérance. Voilà que certains pays ont légalisé l'euthanasie et la pratiquent déjà; d'autres sociétés s'agitent actuellement pour la valider afin de refuser le néant ou de combler le vide induit dans les cœurs des patients hospitalisés.

Pourtant, l'hôpital qui est un lieu de suspension des activités quotidiennes stressantes des patients, devrait être un endroit de paix intérieure, de réflexion sur la vie, sur le sens de l'existence et sur le devenir de l'homme.

Ces jours-ci, dans le cadre de cette Conférence internationale, nous avons suivi avec grand intérêt, de nombreuses communications comme: «*L'hôpital lieu d'une nouvelle évangélisation; le rôle de l'hôpital dans la politique sa-*

nitaire internationale; l'hôpital, temple de l'humanité et carrefour des peuples; genèse des hôpitaux; recherche biomédicale; télé-médecine; spiritualité et diaconie de la charité; éthique et humanisation...». Ces multiples contributions à la réflexion nous montrent d'une part, comment nos frères malades nouveau-nés, jeunes, adultes ou vieillards; riches ou pauvres; athées ou croyants sont suivis et traités; et d'autre part, comment ces patients souffrent, guérissent ou meurent dans les «*temples de la vie*» que devraient être les hôpitaux.

En guise de réflexions conclusives, nous synthétiserons à partir des thèmes des différentes communications, les défis des hôpitaux d'aujourd'hui. Ensuite, nos recommandations pour l'hôpital comme

structure de santé et de vie, se feront à partir des réflexions personnelles basées sur l'expérience traditionnelle africaine de la prise en charge des malades et sur la vision personnaliste de l'homme.

1. Les défis à relever dans les hôpitaux d'aujourd'hui

Les sciences et la médecine modernes ont révolutionné la santé humaine en la poussant à faire un progrès significatif du point de vue qualité de vie et espérance de vie. Néanmoins, cette recherche d'efficacité thérapeutique en utilisant les outils modernes de la recherche a déstabilisé la prise en charge médicale traditionnelle des patients dans les hôpitaux. Ainsi, nous avons de nombreux défis à relever.

1.1 Défi d'élaboration d'une politique hospitalière territorialisée

Les politiques de santé (ou politiques sanitaires, ou encore politiques de santé publique) comprennent l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé des populations dont ils ont la responsabilité. Il s'agit ici : 1) de déterminer les aires et champs d'intervention; 2) de préciser les objectifs à atteindre, 3) de faire des choix judicieux en matière de priorités et 4) de programmer les moyens qui seront engagés à ce niveau de responsabilité collective. Le défi à relever, à ce niveau, est l'élaboration d'une politique hospitalière territorialisée qui tienne d'une part, un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire afin de lutter contre les disparités régionales et d'autre part, une organisation interne médicale et une gestion qui placent la personne même du malade au centre des intérêts de l'hôpital.

1.2 Défi de transformation de l'hôpital en business center

Comme le souligne le journal «*Le temps*» du 21 octobre 2012, «*le domaine de la santé est en plein bouleversement*». Les hôpitaux et les cliniques sont confrontés à d'énormes défis, qui ne pourront être relevés qu'avec une gestion de qualité ciblée. À cause

de la compétitivité d'aujourd'hui, les hôpitaux et les cliniques – que ce soient des grandes entreprises ou des petites et moyennes entreprises (PME), des établissements publics ou privés – sont contraints à améliorer leur efficacité en rendant publique, avec transparence, la qualité de leurs résultats. L'hôpital risque alors de devenir un «*business center*», un secteur de commerce où le malade peut être à la fois client et objet de tractations. Chaque malade reçoit les soins en fonction de son portefeuille. Dans cette optique, la qualité des soins devient proportionnelle à la capacité financière du patient!

1.3 Défi d'expérimentations pharmaco-clinique

Toutes les avancées biotechnologiques sur la «*maîtrise de la vie*», comme dans le cas de la procréation médicalement assistée, nous font penser à cette célèbre phrase du Prof. Jacques Testard : «*Nous avons lâché un cheval sans bride ni mors, dans la nature...*». Nous voici face à de nouveaux défis éthiques insoupçonnés, qui remettent en cause les fondements mêmes de l'éthique générale, de notre héritage universel de sagesse!

1.4 Défi de laïcisation et de sécularisation

De nos jours, une éthique «*laïque*», sans fondement au Transcendant, dite «*éthique globale*» a été décryptée. Celle-ci est entrain de miner de l'intérieur l'éthique biomédicale, et trouve en l'hôpital, un lieu favorable à la dissémination de ses principes.

1.5 Défi de la solitude et du désespoir

À l'hôpital, le malade devient de plus en plus un numéro. Personne ne l'appelle par son nom. En plus, il est souvent abandonné par ses parents qui sont trop surchargés dans leurs activités sociales. Parfois, face au désespoir, il ne lui reste qu'une seule solution: demander à mourir dans la dignité. La légalisation alarmante de l'euthanasie nous invite à revisiter les raisons profondes de cette crise de société. Quelles réponses chrétiennes adéquates donner à l'isolement, à l'exclusion et à

la solitude qui amènent le désespoir et la tentation du suicide chez de nombreux malades?

2. Recommandations

2.1 – À partir de la vision qu'avait l'homme africain de la maladie, du malade et des soins à lui donner, nous pourrions suggérer quelques recommandations propices à une meilleure humanisation du milieu hospitalier.

Selon le Professeur Joseph Ki-Zerbo¹, «*Toute culture porte en elle des germes du plus grand accomplissement y compris dans la foi. Cela est particulièrement vrai de la culture africaine qui malgré certaines tares, présente des aspects remarquablement positifs en matière de dévouement aux malades*». Pour lui, l'engagement physique des Africains vis-à-vis de leurs malades relève d'une civilisation principalement agraire. Ainsi, dans cette Afrique d'antan, l'hôpital était partout et nulle part. Il n'y avait pas d'hospice pour les personnes âgées, ni d'asile pour les aliénés mentaux. Dans ce sens, l'idée même de la ségrégation des malades était impensable, soit parce qu'on n'avait pas encore une idée précise des maladies infectieuses, soit surtout parce que c'était un devoir sacré d'être physiquement présent auprès d'un parent ou d'un ami malade. Ainsi, en Afrique traditionnelle, l'on renonçait à toutes sortes d'obligations pour assister physiquement les malades. Et cela même si ce sont des adversaires dans la vie normale. Car selon eux, la maladie grave d'un adversaire signe automatiquement l'heure de la trêve sociale. Dans tous les cas, cet engagement physique se remarquait dans le corps à corps que l'Africain acceptait avec le malade comme pour défier la maladie à la place du malade. Ne voyions-nous pas souvent des hommes ou des femmes qui s'installent derrière le malade, le calent entre leurs jambes et l'appuient contre leur poitrine pour le soulager, mieux le nourrir, l'abreuver, exactement comme on le faisait pour la circoncision et l'accouchement? Il y avait un pacte, une sorte de trilogie entre le guérisseur, le médicament traditionnel et le malade. Parce qu'ayant reçu gratuitement de la divinité, les recettes thé-

rapeutiques, chaque tradipraticien demandait des honoraires symboliques à ses patients: trois noix de colas ou du sel ou trois boules de tabac. C'était un contresens, une confusion de langage, de parler d'un tradipraticien riche, car son «sacerdoce» n'était qu'en faveur de l'humanité souffrante.

À partir de ces considérations de la culture traditionnelle africaine, quelles recommandations pouvons-nous formuler à l'égard de nos sociétés et de nos hôpitaux?

1 – Pour le personnel sanitaire

- «plus de cœur sur la main»;
- placer la personne même du malade au centre des intérêts de l'hôpital.

2 – Pour le patient

- Vivre dans l'espérance, car comme dit le proverbe burkinabè: «Si Dieu ne tue pas le malade, le tradipraticien ne le tuera point». Ou encore: «le médecin soigne, mais c'est Dieu qui guérit!»

3 – Pour la société

- Prendre des dispositions pour ne pas laisser les malades dans la solitude;

- soutenir toujours le malade physiquement, moralement et financièrement;

- dire à la société

- que les médecins n'ont pas encore l'élixir de l'immortalité,

- que la vie appartient à Dieu seul,

- et que l'acharnement thérapeutique réduit l'humain dans l'homme.

2.2 – *A partir de la vision personnaliste de l'homme, quelles recommandations formuler pour l'hôpital comme structure de santé et de vie?*

Selon la vision personnaliste, la vie humaine est une valeur fondamentale, sacrée et intangible. La vie est un don de Dieu. Et la personne humaine créée à l'image de Dieu est un être psychosomatique: c'est-à-dire, corps et esprit. Ainsi, pour le courant personnaliste, l'être humain est la valeur la plus importante du monde créé. Sa vie commence dès la fécondation et se conclut à sa mort.

À partir de cette vision personnaliste de l'homme, nous formulons

une série de recommandations pour l'hôpital:

- formation, mise à jour du personnel hospitalier aux nouvelles technologies médicales;

- formation du personnel hospitalier sur les principes, fondements et valeurs de la bioéthique;

- formation des aumôniers d'hôpitaux en bioéthique et en pastorale sanitaire;

- mise en place des équipes pastorales d'aumôniers;

- célébration des sacrements dans les hôpitaux;

- instauration pour les malades de lieux de détente et de divertissement sains dans les hôpitaux;

- sensibilisation de la société civile au soutien des malades dans les hôpitaux;

- développement des systèmes de contrôle de la douleur pour barrer la route à l'euthanasie;

- promouvoir dans les hôpitaux le respect de la vie: de la conception de la personne humaine jusqu'à sa mort;

- amener le malade à vivre chrétiennement sa maladie et il deviendra à son tour évangéliste pour son milieu.

Conclusion

Au cours de cette XXVII^e Conférence internationale du Conseil Pontifical pour les Services de santé, nous avons entendu, à maintes reprises, que l'hôpital comme lieu d'évangélisation et donc de vie, d'espérance, devrait être une structure accueillante, pleine de lumière, de verdure et de couleur. Un endroit, dans lequel, la solidarité, la sollicitude, la professionnalité, l'humanisme, la prière et la méditation devraient se pratiquer.

Au début des années 90, l'OMS proclamait: «la santé pour tous d'ici l'an 2000» (OMS, Genève 1991); et l'ONU réaffirmait que tout homme a «droit à la santé» (ONU, 1948; OMS, 2003). Nous sommes désormais en 2012! Qu'est-ce qui a été fait réellement? Pour amener tous les peuples, toutes les nations au niveau de santé le plus élevé possible, il faudra revoir avec urgence les systèmes de prise en charge des malades dans nos hôpitaux. L'homme n'est pas qu'en corps car

il a également un esprit et ces deux composants ont besoin de soin.

Dans le *Motu Proprio* «*Porta Fidei*», le pape Benoît XVI a annoncé une «*Année de la foi*». Même si aujourd'hui, avec regret nous voyons nos églises, nos sanctuaires, nos cathédrales, nos basiliques se vider parce que beaucoup de nos jours poursuivent désormais avec ardeur le monde des affaires et n'ont pas de temps pour Dieu, le Maître de la Vie est toujours patient. Il les attend au tournant, dans les hôpitaux, «*Temples de la Vie*» et carrefour des peuples, d'où ils seront un jour au repos, immobilisés, ayant tout le temps, pour leur parler «**cœur à cœur**».

De nos jours, en voyant ce qui se vit et ce qui se fait dans nos hôpitaux, nous sommes tentés de dire que: «*l'Homo sapiens a trop de sciences mais peu de sagesse*». De ce fait, le monde hospitalier souffre aujourd'hui car il a besoin d'une nouvelle approche d'évangélisation qui tienne compte des réalités de notre époque. Ainsi, tout le monde a peur, peur de se retrouver seul dans le néant à l'hôpital. Cependant, il n'y a pas de peur sans espérance; tout comme il n'y a pas d'espérance sans peur (B.H. Pape Jean-Paul II).

L'hôpital, «*temple de la vie*», miroir de la société, gardien de la vie et lieu de rencontre entre ciel et terre, devrait être un lieu de sollicitude et non de solitude. Au-delà de toutes tendances politiques, philosophiques, éthiques et idéologiques d'un gouvernement, chaque nation devrait toujours promouvoir non seulement de meilleures organisation et gestion des hôpitaux, mais aussi prendre des dispositions pratiques pour que chaque patient soit bien soigné, entouré de ses proches et puisse vivre sa foi.

Remerciements

Nous remercions le Père Joseph SAWADOGO, Père de Saint Vincent de Paul, au Burkina Faso, pour sa contribution à la rédaction de cette communication. ☒

Note

¹ KI-ZERBO J, 1982. Culture africaine et charisme camillien, dans *Fidélité et Renouveau*, n°122.