



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 26 novembre 2021

Par le Docteur Thomas LIEUTAUD

**DE LA COLERE A LA SIDERATION, COMMENT SE SORTIR DES
COMPORTEMENTS DYSFUNCTIONNELS REPETES D'UN SOIGNANT ?**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Bénédicte JULIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Titre : De la colère à la sidération, comment se sortir des comportements dysfonctionnels répétés d'un soignant ?

Situation du problème : Face aux dysfonctionnements techniques et sociaux d'un praticien, j'ai analysé la mise en place de la décision d'un groupe professionnel (10-15 personnes).

Méthode : Par des entretiens multiples (médicaux, paramédicaux, administratifs), j'ai relevé les thématiques principales pour justifier l'inaction. Puis, 2 ans après les faits, j'ai sollicité à nouveau les principaux protagonistes (N=9) pour connaître leurs impressions sur les faits et les pistes qui auraient pu ou du être empruntées

Résultats : La peur, la démission, le renoncement, la polémique, l'habitude, la méconnaissance, la mémoire ont été invoquées pour ne rien faire. Deux ans après les faits, rien n'a changé ou presque. J'ai quitté ce groupe professionnel et la spécialité.

Mots clés : Insuffisance professionnelle, analyse du travail, personnalités pathologiques, conseil de l'ordre, conflits éthiques

Background: Faced with the technical and social dysfunctions of a practitioner, I analyzed the implementation of the decision of a professional group (10-15 people).

Method: Through multiple interviews (medical, paramedical, administrative), I identified the main themes to justify the inaction. Then, 2 years after the facts, I asked the main protagonists (N=9) again for their impressions of the facts and the paths that could or should have been taken

Results: Fear, resignation, renunciation, controversy, habit, ignorance, memory were invoked to do nothing. Two years after the facts, nothing or almost nothing has changed. I left this professional group and the specialty.

Keywords: Professional inadequacy, work analysis, pathological personalities, professional council, ethical conflicts

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

I. Introduction.....	4
II. Matériels et Méthodes	5
a) Les faits	5
b) Le carnet d'entretien.....	6
c) L'enquête deux ans après les faits	7
III. Résultats.....	7
a) Carnet d'entretien.....	7
b) Enquête à 2 ans.....	9
IV. Discussion.....	12
a) Rappels sur les notions de pratiques médicales dysfonctionnelles.....	12
i) Les refus de soins.....	12
ii) Les défauts de soins.....	13
iii) Les personnalités pathologiques.....	13
b) L'encadrement des pratiques médicales dysfonctionnelles	14
i) Logiques de prévention.....	14
ii) Formation, dépistage, évaluation des effets de l'exposition : prévention primaire et secondaire.....	14
iii) La réparation : Cadre judiciaire	15
iv) Cadre ordinal (Article L4124-6 du code de la santé publique)	17
c) Refus, défauts de soins et insuffisance professionnelle : les ambiguïtés des textes et situations	17
i) L'insuffisance professionnelle exclue la faute selon l'inspection du travail.....	17
ii) Une insuffisance professionnelle est en rapport avec un danger selon le code de la santé publique	17
iii) Cas particulier de la fonction publique : mission ou lien de subordination	18
iv) Questions soulevées par les regards croisés	19
d) Cadre social et psychique.....	21
i) les structures primaires de la réaction au danger : la peur	21
ii) Le mépris de classe	22
iii) Stratégies et idéologies défensives de travail : de la honte du travail mal fait à la honte de soi.....	24
iv) « Exit voice loyalty » and neglect.....	25
v) Les illusions perdues.....	26
e) Limites de l'étude.....	27
V. Conclusion :	28
VI. Annexe 1	29
VII. Bibliographie	29

« Nous affirmons que douter, se sentir débordé, être en conflit avec les collègues, les usagers/clients, ses relations hors travail et même avec soi-même, n'est ni une faiblesse ni une monstruosité, que c'est le lot commun du travail dans notre société mais que ce n'est pas non plus fatal, anodin, dépourvu d'effets dramatiques. Cette lucidité est sans doute moins enthousiasmante, mais elle est aussi moins dangereuse que l'(auto)-exigence d'être une surhomme/femme. »

Anne Flottes *Travailler, Quel boulot !*

« Vivre, c'est s'obstiner à achever un souvenir ? Mourir, c'est devenir mais nulle part, vivant ?

L'appétit de quelques esprits a détraqué l'estomac des hommes. Pourquoi cette perte de noblesse entre révélation et création ?

Le réel quelquefois désaltère l'espérance. C'est pourquoi, contre toute attente, l'espérance survit. »

René Char, *Le compagnon dans le jardin*

I. Introduction

L'article R.4127-47 du code de la santé publique (article 47 du code de déontologie médicale) stipule que « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ». En France ou ailleurs, les gros titres de la presse sur les refus ou défauts de soins de la part des soignants fleurissent quand une situation tragique engendre une plainte judiciaire et que les médias s'en saisissent. Les histoires les plus connues et récentes sont celles des médecins à Biarritz (Dr Bonnemaison) ou à Pau Orthez (Dr Wauters), mais aussi outre manche (Dr Paterson) ou des infirmiers en France (Mme Malèvre) ou aux Etats Unis, (Mme Mays). Des professionnels en contact avec ces évènements ont souvent alerté bien avant la chute tragique, soit directement soit indirectement, parfois au détriment de leur propre position ¹. Les défauts ou refus de soins ne sont la plupart du temps pas mortels, mais sont réguliers dans l'activité courante, et passent longtemps inaperçus. Les enquêtes de la CNAMTS en 2008 ont montré que le refus de soins pouvait affecter 40% des spécialistes à l'égard des titulaires de la CMU (Circulaire 30/06/2008). Ces refus ou défauts de soins occasionnent cependant des dommages directs ou/et indirects tant aux patients qu'à leur famille, aux soignants, et aux systèmes de soins dans son ensemble. Si les situations qui émergent dans le débat public paraissent souvent caricaturales, c'est qu'elles couvent pendant longtemps au milieu des pairs avant d'être révélées au public. Cependant, la tolérance des pairs aux défauts ou refus de soins engendre souvent des conflits éthiques importants parmi les soignants qui en sont les premiers témoins voire qui y sont directement impliqués. Ces derniers endurent toute la violence et la conflictualité autour du travail dans la non-qualité du travail qu'ils sont amenés à faire. Les choix rhétoriques du vocabulaire autour de la QVT (qualité de vie au travail) ou RPS (risques psychosociaux) administratifs ou médicaux des planneurs ²

, obèrent les conséquences de ce mal-travail sur les soignants et leurs organisations de travail³. Ces planneurs sont spécialisés dans la mise en place de dispositifs de contrôle de conduites professionnelles, la gouvernamentalité des populations⁴ et consécutivement dans la prescription du travail par l'usage répété de procédures et procéduralisation du travail au détriment de la complexité des réalités du terrain⁵.

Après l'exposé d'une situation typique, nous analyserons le champs lexical invoqué pour justifié de l'inaction. Nous verrons comment deux ans plus tard, les principaux protagonistes acceptent ou non de revisiter l'événement.

Puis nous explorerons les différentes pistes des lexiques invoqués : méconnaissance, peur, impuissance, renoncement, menaces, insultes etc.... Pour cela, nous rappellerons les éléments disponibles pour contenir les actes dysfonctionnels de ces personnalités particulières. Nous nous cantonnerons donc uniquement aux refus et défauts de soins sous l'angle de ceux refusés par le médecin aux patient. Je ne traiterai pas des refus de soins de la part des patients. Nous reprendrons aussi la définition de ce que l'on appelle les personnalités pathologiques dont nous avons pu voir tout au long de ce DIU Soigner les Soignants les grandes difficultés qu'elles occasionnent dans les organisations de travail et les modalités par lesquelles elles rendent les situations insolubles.

Nous reviendrons sur l'encadrement de ces pratiques dysfonctionnelles d'un point de vue juridique, administratif et ordinal afin de donner des clés d'action à ceux qui serait confrontés à ce genre de situation.

Nous analyserons aussi les effets des conflits de valeurs sur les soignants, leurs engagements et les organisations et comment ces altérations de la qualité du travail par les différents registres lexicaux conduisent à des dommages non seulement aux patients et à leur famille, mais aussi aux soignants et aux organisations de travail.

Nous suggérerons au fil du manuscrit les points sur lesquels nous pensons que des améliorations sont possibles dès l'instant que l'on quitte la position du prescripteur du travail.

Nous concluons sur le besoin indispensable de l'acceptation du conflit sur le sujet du travail pour accéder à la délibération autour de la qualité des soins.

II. Matériels et Méthodes

Suite à une expérience professionnelle portant sur des observations répétées de refus et défauts de soins de la part d'un médecin, j'ai sollicité auprès de mes collègues une réaction, individuelle ou collective, afin de constater les manquements et d'y mettre fin. Aucun d'entre eux n'a souhaité agir. Afin d'analyser les effets de ma demande sur les soignants et leurs collectifs de travail, j'ai analysé et classé les arguments verbaux fournis pour justifier cette inaction. J'ai à nouveau sollicité les mêmes collègues 2 ans après les faits, à l'aide d'un questionnaire reprenant les principales thématiques et arguments évoqués deux ans auparavant.

a) Les faits

En position hiérarchique sur un groupe de médecins dans un établissement de santé, j'ai été confronté, soit personnellement, soit par l'intermédiaire de nombreux faits qui m'ont été rapportés, à de nombreux défauts et refus de soins dans un laps de temps court (moins d'un an) par l'un de mes collègues installé depuis longtemps dans cette région. Ces défauts et refus de soins ont entraîné des conséquences graves pour certains

patients et de réguliers dysfonctionnements organisationnels. Cela conduisait à une colère non dissimulée avec des propos outranciers de la part de la quasi-totalité agents, soit sur le lieu du travail, soit en dehors à l'égard de ce praticien. De plus, le comportement de celui-ci posait régulièrement problème : retard au travail, attitudes méprisantes par rapport aux patients, aux collègues et aux subordonnés, conflictualité assumée, plaintes ordinales contre des collègues qui le soupçonnent de défauts et refus de soins. Après avoir consciencieusement repris les archives et les dossiers, j'ai pu confirmer ce qui m'avait été rapporté. Puis, j'ai enquêté auprès de médecins appartenant à la même spécialité, et auprès des autres soignants, exerçant au même endroit. Je leur ai demandé de confirmer ou d'infirmier mon analyse. Certains ont confirmé les faits et rajouté d'autres éléments aggravant au dossier pendant que d'autres soutenaient plus ou moins ouvertement ce collègue.

J'ai également sollicité d'autres personnes ressources, expérimentées, pour savoir ce qu'ils en pensaient, ce qu'ils conseillaient en ce qui concerne la suite à donner, et, pour ceux qui étaient dans l'établissement depuis longtemps, les raisons expliquant qu'aucune mesure n'avait été prise pendant des années.

D'autre part, j'ai sollicité l'encadrement hiérarchique et la direction, afin d'avoir une action immédiate adaptée à la gravité des faits observés.

En réponse à ces premières interrogations, certains ont invoqué la peur, d'autres la lassitude, le renoncement, d'autres enfin, l'impuissance.

En réponse à la demande d'une action immédiate, un front du refus, mou et quasi unanime s'est levé.

Face à cette situation difficile et extrêmement pénible, j'ai consulté un juriste. Celui-ci a recommandé la publicisation des faits auprès des autorités administratives compte tenu de votre position de responsabilité. J'ai alors rencontré le président du conseil de l'ordre et la direction de l'établissement. J'ai exposé les refus et défauts de soins observés et constatés et j'ai demandé une stratégie pour aboutir à une sanction adaptée à la gravité des faits constatés

A ma surprise, aucune des actions auxquelles je m'attendais n'est retenue. Outre le fait qu'on s'en prend à moi (menaces, intimidations, insultes), ou qu'on me demande de mettre en place des stratégies impossibles et illusoire, le collègue dysfonctionnel est maintenu en poste après admonestation verbale informelle sans valeur administrative.

Ecoeuré, ceci sonne le glas de mes engagements professionnels avec ce groupe de travail. J'ai quitté mes responsabilités, l'établissement, et la spécialité.

A l'occasion de ce DIU, j'ai décidé de retourner vers mes anciens collègues dans le cadre de ce mémoire pour renouer un dialogue qui avait été mis à mal et tenter un retour d'expérience de ce qui s'était passé 2 ans plus tard.

b) Le carnet d'entretien

J'avais progressivement pris l'habitude de prendre des notes de terrain avec des verbatim systématiques après chaque entretien ou réunion compte tenu

- 1- de la gravité des situations observées ou
- 2- de la gravité potentielle des faits omis ou négligé par le collègue dysfonctionnel sur moins d'une année et
- 3- de mes fonctions hiérarchiques,

Ceci me permettait de conserver un horodatage des échanges, des personnes et des mots employés ou des noms ou dates évoqués. Je pouvais ainsi retrouver les dossiers concernés par les discussions et enquêter sur des archives récentes où des défauts ou refus de soins étaient passés inaperçus pour certains et mais pas nécessairement pour d'autres.

C'est alors que m'est apparu une sémantique de langage avec des thématiques régulièrement utilisées. Le carnet d'entretien a été mis en place de façon systématique progressivement avec l'augmentation de la tension vécue, et les entretiens ont concerné la quasi-totalité des personnes impliquées dans les soins ou l'organisation des soins ou ayant eu à un moment ou un autre une position de responsabilité dans les soins administrés à des patients pour lesquels j'avais analysé les dossiers.

c) L'enquête deux ans après les faits

Une enquête auprès des principaux protagonistes a été faite 2 ans après les faits. Après sollicitation par SMS et obtention d'une réponse positive, un questionnaire sous google form (ou en modèle pdf retranscrit ultérieurement par mes soins) a été adressé sur les adresses professionnelles des collègues. J'ai utilisé les mêmes termes ou les termes génériques basés sur les affects permettant de raccrocher une émotion principale autour d'un lexique langagier (voir annexe 1). J'ai également demandé aux participants qui ils avaient sollicité pour les aider à franchir cette difficulté professionnelle, et ce qui leur avait manqué pour parvenir à leurs fins.

III. Résultats

a) Carnet d'entretien

Les entretiens initiaux ont concerné 16 médecins de 6 spécialités différentes sur quelques semaines en 2019. J'ai compilé les comptes rendus d'entretiens pour 11 médecins de 4 spécialités. Le motif principal m'ayant conduit à exclure 2 spécialités avec 5 médecins était que je n'avais pas encore pris l'habitude de la prise de note de terrain systématique à l'issue des entretiens. Néanmoins, j'ai souvenir que les champs lexicaux employés n'étaient pas très différents de ceux rapportés dans le tableau 1.

Nous constatons que les champs lexicaux ont une connotation passive et émotionnelle négative (Peur, impuissance, résignation, connaissance ou méconnaissance, identification négative, insultes, menaces et illusions).

En effet, des termes injonctifs ont été régulièrement employés (il faut, il faudrait, on doit, on devrait) mais ont été en contradiction avec les actes et avaient souvent des connotations improbables ou illusoire. Comme je n'ai pas procédé à des enregistrements des conversations, la quantification des formules injonctives n'a pas pu être faite. De plus, comme ce sont des formulations du langage courant, il est facile de les négliger dans les notes de verbatim. Ils auraient pourtant toute leur place ici.

Tableau 1 : champs lexicaux employés face à l'exposé des refus ou défauts de soins de notre collègue

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Acteurs	Peur	Impuissance	Résignation	Connaissance	Identification	Insultes	Menaces	Illusions
Spécialité 1	Peure <i>Peur</i> Dégouté <i>Couille molle</i> Pas de couille	Impossible <i>Il n'y a rien à faire</i> On a déjà essayé	Avant on aurait pu <i>Je ne veux plus m'occuper de cela</i> On a essayé <i>On s'est fait jeter</i> On en prend notre partie <i>Il sera bientôt en retraite</i>	tu n'as pas tout vu <i>tu ne nous apprends rien</i> on sait	On a aussi des problèmes avec certains de nos collègues N'aurais tu jamais fait d'erreur ?			
Spécialité 2	Courage <i>Peur</i> Inquiet <i>Ca va changer les relations</i> Danger <i>Je n'en dors plus la nuit</i>	<i>Tu as raison mais...</i> On en n'a plus pour longtemps	Il part bientôt	Ce n'est pas ta spécialité <i>Tu ne connais pas tout</i> On n'est pas sûr que ça fonctionnerait <i>Je voudrais bien t'aider mais je ne sais pas quoi faire</i>				
Spécialité 3	Prudent <i>Attention</i> Miné	En général on ne peut rien faire <i>Bientôt il va partir</i>	On le connaît depuis plus longtemps que toi <i>Je regrette</i>	Tu n'aurais pas du voir cela <i>Ce n'est pas ta spécialité</i> On sait tous cela	Vous avez aussi des problèmes avec certains de vos collègues non ? <i>Tout le monde fait des erreurs</i>			
Spécialité 4	Complicé <i>On ouvre la boîte de pandore</i>	Complicé		On ne sait jamais comment faire	On a le droit de se tromper <i>Occupe toi de tes collègues, il y en a qui ne sont pas au top</i>			
Ressource	Attention <i>Dangereux</i> Complicé	Complicé	Tu vas te casser les dents					
Responsables administratifs	Complicé	Complicé	Il n'y a rien dans son dossier administratif <i>Je ne peux rien faire</i>	Démagogue	Vous contrevenez au secret médical <i>Vous pourriez avoir des problèmes</i> Je pourrais porter plainte contre vous			
Responsable 2	Prudent	Il est possible de ... Mais...		Ce n'est pas votre spécialité				Vous devez obtenir une pétition unanime de vos collègues

b) Enquête à 2 ans

L'enquête à 2 ans a fourni des résultats sur 6 questionnaires. Parmi les 11 médecins contactés, 4 n'ont pas répondu au SMS de sollicitation, 1 a décliné arguant qu'« il n'avait pas très envie de rediscuter de ces histoires passées », 1 n'a pas souhaité participer, « se sentant visé personnellement par les questions ». Parmi les 6 médecins ayant répondu, le sex ratio était masculin (1 femmes, 5 hommes) mais identique à ma population de référence (2 femmes, 10 hommes). Aucun n'a d'investissement ordinal mais les 2/3 participent aux fonctionnements institutionnels de leur établissement.

Cinq des 6 participants ont été témoins de défauts ou refus de soins. Tous ont souhaité faire cesser cela. Pourtant, l'avis unanime est que faire cesser les défauts et refus de soins est très difficile (66%) ou difficile (33%).

Les affects ressentis face aux refus ou défauts de soins par les répondants sont présentés dans la figure 1.

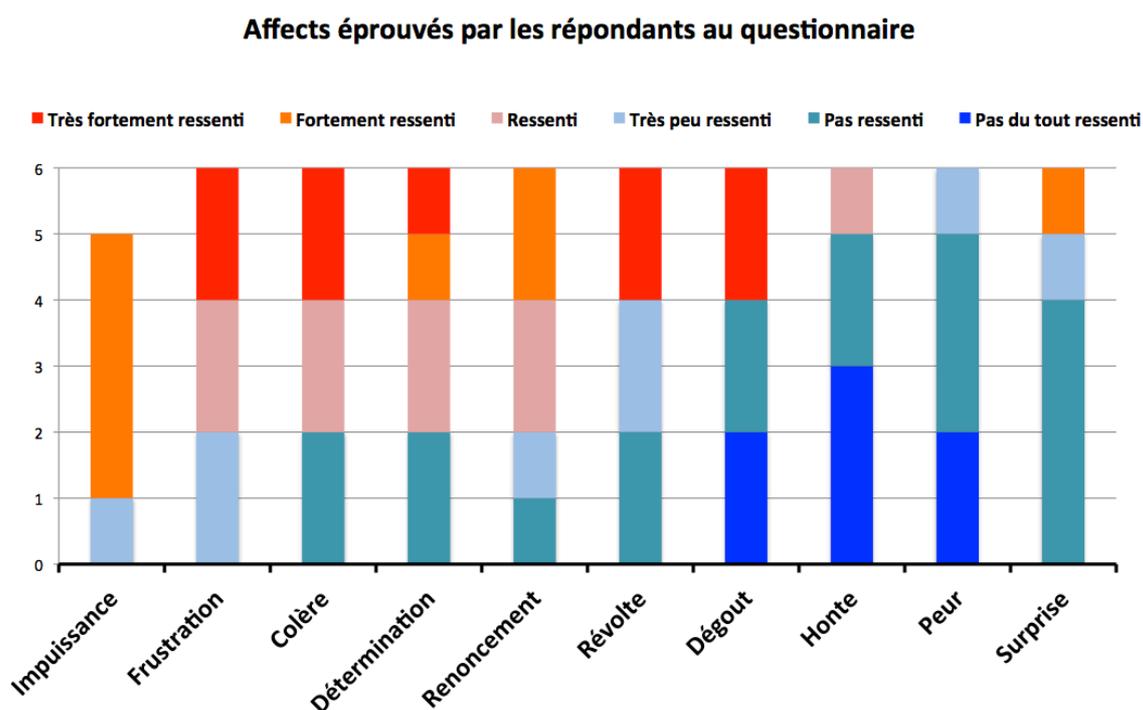


Figure 1 : Modalités des réponses aux différents affects mobilisés 2 ans après les faits en rapport avec les refus ou défauts de soins

Les affects ressentis par les répondants sont principalement l'impuissance (fortement 80%), le renoncement (plutôt ou fortement ressenti 66%). La détermination à faire cesser ces agissements était plutôt à très fortement ressentie (66%). La frustration et la colère sont les derniers affects ressentis mais moins intensément que les précédents.

A l'opposé, la surprise n'est pas significative (pas ou peu ressentie 83%) comme si les observations étaient déjà attendues. Ceci qui est le plus surprenant, c'est que la peur n'est pas ressentie (100% entre pas du tout et faiblement) contrairement à ce que nous avons relevé dans le carnet d'entretien.

Les personnes morales ou physiques sollicitées le plus fréquemment pour aborder ces refus ou défauts de soins sont les suivantes (Figure 2)

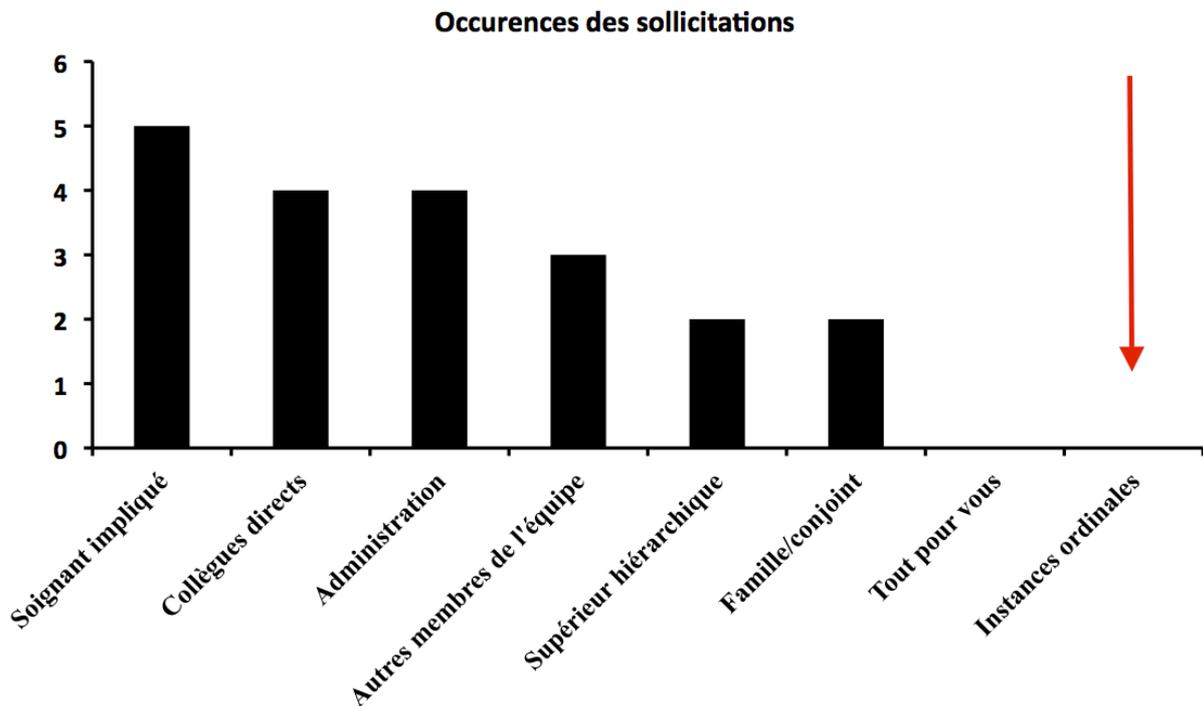


Figure 2 : Occurrences des réponses concernant les personnes physiques ou morales sollicitées en raison de l'observation de refus ou défauts de soins.

On note que ce sont les soignants (collègue impliqué, collègues de travail direct et de proximité) ainsi que l'administration qui sont les plus directement sollicités. Il y a donc bien une volonté de publicisation des faits ainsi que de partage de la situation. Par contre, le supérieur hiérarchique s'il est peu mentionné correspond probablement à l'absence de structure hiérarchique ressentie ou à la position de responsabilité qu'avaient la majorité des participants. La famille ou le conjoint est régulièrement mis à contribution. Aucun ne garde les informations pour lui même. De façon étonnante, le conseil de l'ordre n'est pas considéré comme une ressource.

Pour justifier l'inaction par rapport à l'observation de refus ou défauts de soins, les répondants ont sollicité différemment les champs lexicaux des affects. Les principaux items cochés ont été ceux concernant le blocage de la puissance d'agir (incapacité = 3, lassitude = 2), ceux en rapport avec des compétences (méconnaissance = 3, incertitudes = 2), et ceux en rapport avec des expériences déjà éprouvées (habitudes = 1, dépit = 3). La peur, contrairement aux réponses directes en rapport avec les affects, a été rapportée par 2 répondants en rapport avec le risque de représailles.

Motifs invoqués justifiant l'inaction

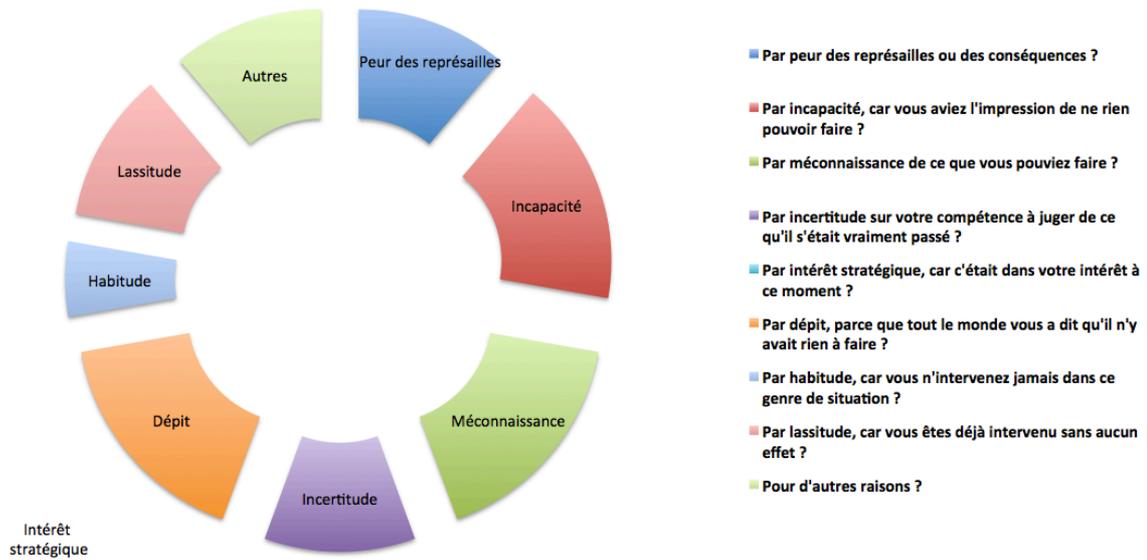


Figure 3 : motifs invoqués pour justifier de l'inaction par les répondants.

Pour passer à l'action, les répondants ont principalement noté qu'ils auraient bien volontiers eu le soutien du conseil de l'ordre (Figure 4). Ceci est en contradiction avec le défaut complet de sollicitation du conseil de l'ordre pour la prise en charge de ces défauts de soins. Il y a comme un besoin éthique qui se fracasse sur une réalité dans la distance des instances ordinales par rapport aux problèmes du terrain. Le second interlocuteur pour lequel les attentes sont importantes est l'administration. Ici, nous sommes en cohérence avec la mise en œuvre de la sollicitation au moment des faits. Ceci traduit probablement cette proximité et le besoin d'information de ceux qui ont une responsabilité sans connaissance de la pratique médicale. Ceci soutient également notre interprétation par rapport à la distance physique et symbolique que l'on ressent par rapport au conseil de l'ordre. Enfin et sans surprise, et nous le détaillerons dans la discussion, il y a une forme de complexité dans la démarche d'incertitudes dans les tenants et aboutissants et une impression de prise de risque à mettre en évidence les mauvaises pratiques médicales avec une peur de la rétorsion qui mériterait un cadre de protection plus important pour ceux qui souhaitent faire cesser les manquements sévères à la déontologie médicale. Le manque principal est celui

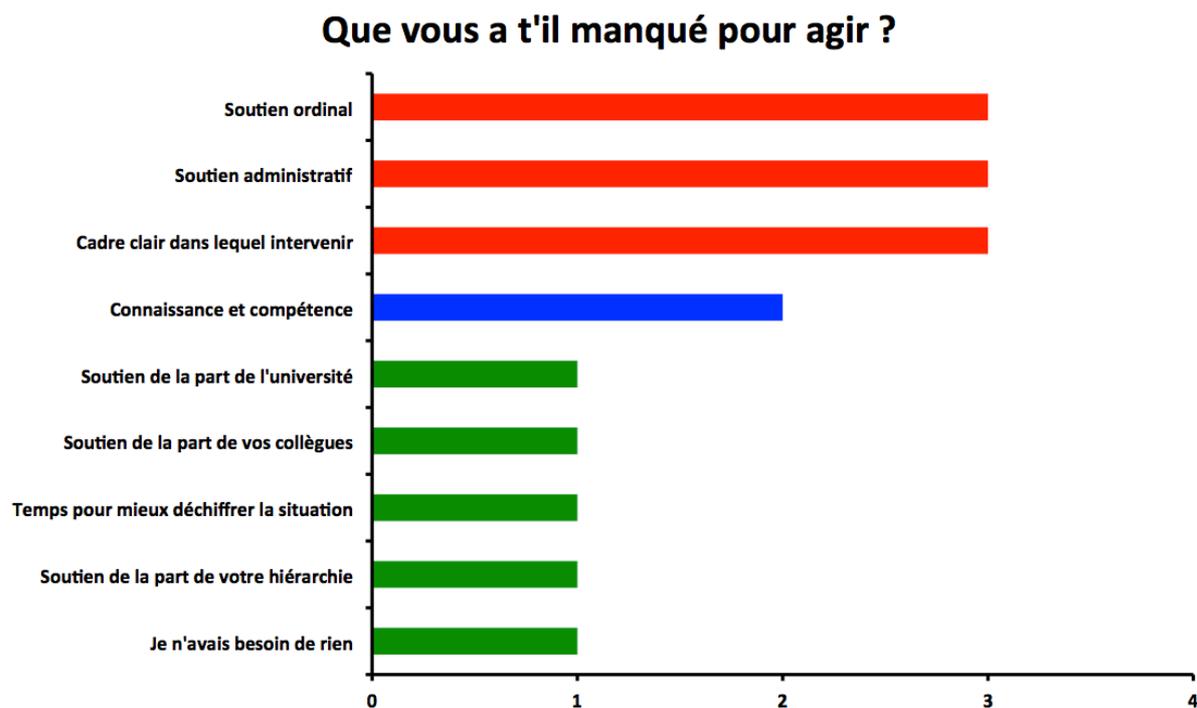


Figure 4 : Demandes principales des répondants pour faciliter l'action dans le cadre de l'observation de refus ou défauts de soins graves

Aucun des répondant n'a considéré que son observation n'avait été à même de changer les choses que ce soit sur l'attitude de la personne ou dans les faits. Deux d'entre eux ont vérifié si cela avait eu un impact.

IV. Discussion

Malgré la colère à voir des maltraitances médicales graves faites aux patients dont nous avons tous la charge et dont nous partageons tous la connaissance tant dans la fréquence que dans la gravité, ce groupe professionnel a été sidéré par l'enjeu d'un conflit ouvert à l'égard d'un des collègues. Pour des raisons essentiellement émotionnelles.

Si l'on considère avec Spinoza que les affects sont ce qui module notre puissance d'action, on constate que nos affects nous ont conduit à l'impuissance plutôt qu'à l'action. Mais pour mieux comprendre cette inaction, il nous faut d'abord revenir vers la complexité de ce qui a constitué le conflit professionnel autour de la qualité des soins.

a) Rappels sur les notions de pratiques médicales dysfonctionnelles

i) Les refus de soins

Les refus de soins sont complexes et ont fait l'objet d'un rapport de l'institut droit et santé pour en clarifier les modalités et les motifs ⁶. Ils s'agit de refus direct (explicite) ou indirect (implicite). Ils sont liés à la personne du patient (orientation sexuelle, race, ethnie, condition sociale ou économique, comportement) ou sans rapport avec la personne du patient (clause de conscience, mésentente avec le patient, défaut de disponibilité de documents administratifs). Ils sont en rapport avec un choix des praticiens, soit en rapport avec un choix des patients. Cet ensemble hétéroclite permet de statuer sur les motifs et motivations conduisant à un refus de soins.

ii) Les défauts de soins

Les défauts de soins s’entendent comme des pratiques ne répondant pas à l’état de l’art au moment où ces soins sont dispensés. Ils sont analysés à posteriori. Ces défauts de soins peuvent être en rapport avec des erreurs, des défauts de connaissance (formation initiale ou continue), des actes intentionnels ou non (non déplacement en garde, refus de soins dans un contexte d’urgence, non assistance à personne en danger). Ils peuvent être liés à des personnes ou des organisations de travail. Par exemple, l’état de l’art peut ne pas être applicable dans une situation donnée de façon circonstancielle : défaut d’entretien de matériels, limites géographique de la disponibilité des soins, défaut d’organisations des soins. Ces défauts de soins altèrent la qualité des soins et ont des coûts directs et indirects⁷. L’évaluation de ces défauts de soins a fait l’objet de très nombreuses stratégies pour identifier les causes et permettre la lutte contre cette non qualité. La plus utilisée actuellement est la méthode ALARM⁸.

iii) Les personnalités pathologiques

Dans le cadre du DIU soigner les soignants, il nous a beaucoup été dit et répété que les personnalités pathologiques étaient difficiles, voire impossibles à encadrer et qu’elles mettaient en danger les processus de travail qui est toujours un processus collectif (Ph Colombat, JJ Ormiere, et bien d’autres). Ces personnalités pathologiques sont au nombre de 10 dans le DSM-5 (tableau 2). Certaines sont plus difficiles que d’autres mais toutes tournent le collectif de travail ou le groupe au bénéfice propre de l’individu. Car il s’agit bien souvent d’une souffrance d’abord pour celui doté de ce genre de trouble de la personnalité. Viendra dans un second temps, l’identification des dysfonctionnements induits aux collectifs de travail.

Sont décrits ainsi

	Trait de personnalité	Comportement typique	Ambiance de travail
1	paranoïaques	Méfiance, interprétation malveillantes	Ambiance suspicieuse
2	Schizoïdes	Pauvreté des relations sociales et des expressions émotionnelles	Difficultés à établir des liens
3	Schizotypiques	Distorsion cognitives et comportements excentriques	Incertitudes relationnelles
4	Antisociales	Mépris et transgression des droits des autres	Besoin de soumission
5	Borderline	Impulsivité et instabilité des relations à autrui et soi-même	Incertitudes émotionnelles
6	Histrioniques	Réponses émotionnelles excessives et quête d’attention	Dépendance affective
7	Narcissiques	Besoin d’être admiré et défaut d’empathie vis à vis des autres	Vénération du chef
8	Évitantes	Inhibition sociale et sensibilité au jugement négatif	Dépendance au jugement
9	Dépendantes	Besoin permanent de réassurance par un tiers	Incertitudes professionnelles
10	Obsessionnelles compulsives	Contrôle permanent	Besoin de contrôle des autres

Devant ces personnalités pathologiques, le groupe de travail compense les attentes de ce professionnel puis risque souvent de se disloquer par la perte progressive du sens de ce qu’il compense. On retrouve ces mêmes processus dans la confrontation aux soignants en situation d’addiction (Pr Franchitto).

Il n’existe pas d’études montrant un lien entre la présence de traits de personnalité pathologiques et le nombre d’atteintes à la qualité du travail. Certains traits vont majorer les incitations à la prudence (obsessionnelle compulsives), d’autres vont promouvoir le détachement par rapport aux situations dramatiques réelles (antisociales, schizoïdes, schizotypiques) y compris si les personnes qui en sont porteurs ou sont les auteurs de troubles. D’autres encore vont noyer les faits dans leur souffrance personnelle par une théâtralisation des rapports sociaux (histrionique). Enfin certains vont mélanger la douleur d’un potentiel jugement négatif avec une méfiance accrue pour tous ceux qui pourraient remettre en cause leur choix diagnostic ou thérapeutique (paranoïaque, personnalité évitante). Pourtant, c’est bien de ces troubles de la personnalité dont un certain nombre de médecins sont doté. Peut être même, sont ils plus représentés que dans la population car il n’y a actuellement aucune stratégie de

dépistage au cours des études que ce soit en formation initiale (sélection) ou en formation professionnalisante (internat). En effet, les personnalités de type schizoïdes (Asperger) ou schizotypiques, paranoïaques, narcissiques, dépendantes, obsessionnels-compulsives peuvent parfaitement justifier d'un surinvestissement professionnel pour soulager leur souffrance morale et réussir parfaitement des examens sans aucun rapport social. Ainsi, et sans surprise, la réussite scolaire ne suffit, hélas pas à prémunir contre l'existence de troubles psychiatriques mineurs ou intermédiaires. Burnout, conflits éthiques, qualité empêchée, vont conduire à un épuisement, une dislocation du sens, un effondrement des collectifs. On perd le sens de l'autre qu'il soit patient, collègue, subordonné quel que soit sa souffrance⁹.

Une fois la qualification des faits et des personnes à peu près correctement délimités, il nous faut observer les modalités de l'encadrement de ces dysfonctionnements, qu'ils soient techniques ou sociaux. Ils se font dans des méandres légaux dont souvent les médecins n'ont qu'une connaissance partielle et partielle et dont je ne prétends pas ici avoir épuisé la complexité. On rappellera les principes de la prévention, les possibilités d'action individuelles et collectives et les stratégies conduisant aux sanctions qui nous ont été énoncées dans le cadre du DIU.

b) L'encadrement des pratiques médicales dysfonctionnelles

i) Logiques de prévention

Selon le site Souffrance et Travail¹⁰,

- « Au niveau de la prévention primaire (Logique d'anticipation), [on] évalue les dangers sur l'homme des ambiances de travail nocives (risque toxique, conditions d'éclairage, manutention de charges, gestes répétitifs, stress professionnel, etc) ainsi que les contraintes physiques ou mentales qui s'exercent sur lui. » On essaie alors de réduire l'exposition des travailleurs à ces conditions de travail défavorables. La suppression d'une personnalité dysfonctionnelle dans l'environnement de travail est une prévention primaire. Lui interdire d'accéder à cette position professionnelle peut également être une prévention primaire.

- « La prévention secondaire (Logique de soins) s'exerce par la surveillance médicale des travailleurs : visites médicales d'embauche, visites périodiques, visite de pré-reprise et de reprise après un arrêt du travail. Les travailleurs bénéficient d'une surveillance médicale renforcée en cas d'exposition à des risques particuliers. » Cette prévention secondaire permet de suivre les travailleurs dont on sait qu'ils sont soumis à des ambiances dangereuses pour leur santé physique ou mentale. L'accompagnement par un ergonome ou une psychologue du travail, les visites de suivi en santé au travail sont également des modalités permettant à ceux qui sont exposés d'en souffrir le moins possible et de rester dans leur poste.

- « La prévention tertiaire (logique de réparation) consiste à prévenir le risque de perte d'emploi des salariés ayant un problème de santé interférant avec son travail. » Cette prévention tertiaire organise le retour en emploi, éventuellement dans un autre poste que celui qui occupé précédemment.

ii) Formation, dépistage, évaluation des effets de l'exposition : prévention primaire et secondaire

C'est bien par la prévention primaire, qu'on aura la meilleure influence sur la genèse des situations problématiques induites par des personnes en situation d'insuffisance professionnelle techniques ou relationnelles (personnalités pathologiques) quelle que soit le niveau de formation. Des jurys d'entretiens oraux de sélection des candidats aux

filières de soins sont mis en place dans plusieurs pays. Ces jurys oraux peuvent se situer soit en début, soit en cours de cursus. Les mises en situations des postulants à l'aide de la simulation clinique peuvent aussi être des options pour tester les stratégies intimes de réaction et d'apprentissage en situations difficiles. L'étude des curriculum vitae, des curriculum cachés sont courantes dans les entretiens de recrutement. Pendant les études, les rapports de stages représentent une opportunité de signaler des dysfonctionnements professionnels ayant des incidences sur les collectifs de travail et sur les soins. Enfin, le signalement des dysfonctionnements dans le cadre professionnel fait l'objet du chapitre suivant par le biais des entretiens d'évaluation mais aussi plus formellement par les entretiens formels en cas de dysfonctionnement. Il existerait donc bien des possibilités de contrôler l'émergence de ces individus. Cependant, l'expérience nous montre que ceci n'est pas si simple et nous sommes loin d'avoir épuisé les techniques d'évaluation de l'ensemble des professionnels de santé.

Proposition 1 : rétablir des jurys physiques et des entretiens oraux pour l'accèsion aux études de médecine et à l'internat. Suivre avec soins les avis donnés par les tuteurs de stages et les tuteurs d'études (qui accessoirement devraient être un choix mutuel) tout au long du parcours d'études du premier, second et troisième cycle.

Proposition 2 : encourager et soutenir les actions de formations, séminaires, enseignements post-universitaires ayant comme thématique le travail comme objet de l'action humaine, comme facteur d'épanouissement psychique, physique et social et comme facteur de troubles psychiques, physiques et sociaux quand il est dégradé. Montrer les modalités de la dégradation, apprendre à identifier ce et ceux qui les font dont nous mêmes et apprendre à lutter contre.

iii) La réparation : Cadre judiciaire

a. Identifier l'insuffisance professionnelle

- Lanceur d'alerte (dénonciateur ou Whistleblower ou sonneurs de cloches en danois)

Le droit d'alerte, extension de la liberté d'expression, relève historiquement du droit du travail. Dans la loi du 16/04/2013 modifiée du 16/12/2016, ceci se traduit par : « Un lanceur d'alerte est une personne physique qui révèle ou signale, de manière désintéressée et de bonne foi, un crime ou un délit, (...), ou une menace ou un préjudice graves pour l'intérêt général, dont elle a eu personnellement connaissance. Les faits, informations ou documents, quel que soit leur forme ou leur support, couverts par (...) le secret médical (...) sont exclus du régime de l'alerte défini par le présent chapitre. »

Le **lanceur d'alerte** est « toute personne [...] qui révèle des informations concernant des menaces ou un préjudice pour l'intérêt général dans le contexte de sa relation de travail, dans le secteur public ou privé » (Conseil de l'Europe). Selon wikipedia, il s'agit de « toute personne, groupe ou institution qui, ayant connaissance d'un danger, d'un risque ou d'un scandale, adresse un signal d'alarme en espérant enclencher un processus de régulation, de controverse ou de mobilisation collective. (). (...), Le lanceur d'alerte est de bonne foi et animé de bonnes intentions (...). La création de cette notion vis(e) explicitement à la séparer de celles de dénonciateur (sincère) et de délateur (intéressé). Les lanceurs d'alertes sont l'objet de poursuites-baillons », de menaces ou d'intimidations : « le but réel est de censurer et/ou ruiner un détracteur »¹¹. On le constate encore ce mois ci à propos des entorses méthodologiques dans les essais clinique de Ventavia pour le vaccin de Pfizer et le sort réservé au Dr Jackson¹².

- Article 40-1

« Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. » Ainsi, tout fonctionnaire (praticien hospitalier ou personnel de la fonction publique) ayant connaissance de faits potentiellement délictueux ou criminels est tenu de les porter à la connaissance du procureur de la République. L'article 434-1 du code pénal stipule que la non-dénonciation d'un crime dont il serait possible de prévenir ou limiter les effets constitue un délit. Ceci devrait rendre obligatoire moralement et juridiquement la dénonciation d'une atteinte à la santé des patients dès l'instant qu'on laisse exercer un praticien ayant commis de nombreux défauts ou refus de soins.

b. Condamnation (pénale, civile, administrative, ordinale)

La condamnation pour une faute est la reconnaissance par les instances extérieures au cadre immédiat du travail d'un lien de causalité entre un dommage commis à une personne (physique ou morale) ou un groupe de personnes et une faute commise par une personne physique ou morale, intentionnellement ou non. Elle a valeur de réparation symbolique le plus souvent. L'évaluation du défaut de soins conduit à une évaluation des causes et la mise en place de mesures correctives. L'arsenal des sanctions ne devrait apparaître qu'en second plan une fois que l'identification des chaînes de causalité a été mise à plat et qu'un degré de certitude significatif peut être attribué à une personne ou un groupe de personnes. D'un point de vue administratif, les moyens de réponses à des refus ou défauts de soins sont multiples et gradués. Ils répondent à des cadres juridiques similaires entre établissements privés et publics.

i. Blâme, Avertissement : il s'agit de la sanction minimale, décrivant les faits et justifiant de l'insatisfaction de l'employeur au regard des missions qui sont confiées au subordonné. La répétition de plusieurs avertissements peut conduire au licenciement pour faute.

ii. Licenciement

Le licenciement est un geste radical interrompant le contrat de travail ou l'engagement dans la fonction publique. La gravité des faits doit être démontrée ainsi que les moyens mis en œuvre par l'employeur pour l'en empêcher. Le licenciement peut survenir après faute grave, lourde ou répétition de fautes légères sans effets des mesures correctives dûment mise en place et suivies par l'employeur. Il peut être fait avec indemnité ou sans, avec maintien du traitement ou mise en retraite d'office.

iii. Suspension, rétrogradation

Entre les 2 précédentes sanctions, il est possible de suspendre temporairement le contrat de travail (mise à pied), avec une durée plus ou moins longue, avec ou sans maintien du salaire. La suspension définitive d'une activité doit être motivée et proportionnée. La suspension peut être faite avec une mention de sursis à exécution.

On notera que le soignant en état d'insuffisance professionnelle ne reçoit qu'exceptionnellement une sanction à la hauteur de la destruction du travail occasionnée par rapport aux collègues ou subordonnés valant reconnaissance du préjudice. On se contente d'excuses plus ou moins sincèrement formulées. D'autres formes de compensations peuvent s'éprouver dans les réunions de service ou les revues de morbi-mortalité.

iv) Cadre ordinal (Article L4124-6 du code de la santé publique)

Les dispositions du code de la sécurité sociale pour répondre aux défauts ou refus de soins en rapport avec une insuffisance professionnelle sont réparties sur une échelle de 4 catégories selon le gravité des faits et après audience des mis en cause. Nous ne les détaillerons pas. Ce sont les suivantes :

- i. Avertissement ou Blâme
- ii. Suspension temporaire ou partielle avec nécessité de formation
- iii. Suspension définitive, radiation

Si les cadres de l'action semblent possibles pour contrer les malversations d'un praticien dysfonctionnel, il demeure que les acteurs de notre établissement ont fait valoir de nombreux motifs pour ne pas passer à l'action. A la lecture de ce qui constitue l'insuffisance professionnelle dans les textes légaux, on peut observer des discordances ou ambiguïtés en fonction des métiers. C'est ce que nous allons tenter de détailler maintenant.

c) Refus, défauts de soins et insuffisance professionnelle : les ambiguïtés des textes et situations

i) L'insuffisance professionnelle exclue la faute selon l'inspection du travail

Selon l'inspection du travail,¹³ « l'insuffisance professionnelle regroupe deux notions différentes qui sont l'insuffisance liée aux **compétences du salarié** et celle qui concerne son **incapacité à atteindre les objectifs**. » L'insuffisance professionnelle doit « reposer sur des faits objectivement précis, matériellement vérifiables et imputables au salarié ». « Le licenciement pour insuffisance professionnelle (...) ne revêt en aucun cas une circonstance disciplinaire, même si une mise à pied à titre conservatoire (peut avoir) lieu ».

Ce qui veut dire que « l'insuffisance professionnelle ne représente jamais un fait fautif et inversement ».

Les motifs réels et sérieux de licenciement sont les suivants :

- Incompétence ;
- Inadaptation professionnelle ;
- Erreurs ;
- Échecs ;
- Désorganisation ;
- Travail insuffisant ou inutilisable ;
- Manque de qualification, malgré l'effort de formation de l'employeur. »

Il ne peut donc pas y avoir d'insuffisance professionnelle dans le cadre d'une faute professionnelle.

ii) Une insuffisance professionnelle est en rapport avec un danger selon le code de la santé publique

Selon le code de santé publique (Décret n° 2014-545 du 26 mai 2014), est susceptible d'insuffisance professionnelle et donc de refus ou suspension temporaire ou définitive d'inscription au tableau départemental du conseil de l'ordre, le médecin qui

- « 1° ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité et d'indépendance ;
- « 2° ne remplit pas les conditions nécessaires de compétence ;

« 3° (souffre) une infirmité ou un état pathologique incompatible avec l'exercice de la profession. »

L'article. R. 4124-3-5.-I. stipule qu' « en cas d'insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession, la suspension temporaire, totale ou partielle, du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou interrégional pour une période déterminée, qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée ». Celui ci « est saisi (...) soit par le directeur général de l'agence régionale de santé, soit par une délibération du conseil départemental ou du conseil national ». Le conseil régional ou interrégional rend son avis sur la base d'un rapport émis par un collège de trois experts, l'un nommé par l'intéressé, le second par le conseil régional ou interrégional et le troisième par les 2 premiers experts. (Art. R. 4124-3-5.-II). Le rapport remis dans un délai de 6 semaines « indique les insuffisances relevées au cours de l'expertise, leur dangerosité et préconise les moyens de les pallier par une formation théorique et, si nécessaire, pratique. (Art. R. 4124-3-5.-IV).

iii) Cas particulier de la fonction publique : mission ou lien de subordination

Impartialité, dignité, intégrité, probité et neutralité

« Art. 25.-Le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité... et neutralité ». (Loi n° 2016-483 du 20 avril 2016)

« Le fonctionnaire qui ne respecte pas ses obligations fait l'objet de poursuites disciplinaires. » (<https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-discipline>). « Toute faute commise par un fonctionnaire dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions l'expose à une sanction disciplinaire, (...) ». « Il y a faute disciplinaire chaque fois que le comportement d'un fonctionnaire entrave le bon fonctionnement du service ou porte atteinte à la considération du service dans le public. » Il en va donc de la compétence technique comme de la réputation symbolique, en service ou en dehors du service.

La faute expose à une sanction graduée que nous avons déjà détaillé préalablement pour d'autres juridiction selon 4 groupes (1- avertissement/blâme, 2- radiation du tableau d'avancement, rétrogradation d'échelon, exclusion temporaire ou déplacement d'office, 3- rétrogradation, exclusion temporaire longue, 4- Révocation, mise en retraite d'office). Parallèlement, une suspension de travail peut être prononcée pour un délai de 4 mois avant jugement. Cette suspension s'accompagne du maintien de salaire et des avantages en rapport avec le poste occupé.

Le fonctionnaire est titulaire d'une qualification et d'un grade et il reçoit un traitement en rapport. Il garde une faculté à décider de la méthode et de la mission y compris dans le cadre de l'exécution de tâches attendues et organisées par la hiérarchie. Car, selon la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983, l'article 28 stipule que « tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. » Il garde donc, contrairement au salarié de l'entreprise privée, une marge d'appréciation compte tenu de l'absence de lien de subordination. Et comme nous l'avons vu précédemment, si des faits graves délictuels ou criminels sont portés à sa connaissance, il doit les dénoncer au procureur de la république (article 40 du code de procédure pénale).

Faute personnelle ou de service

La faute de service est celle commise par les agents de l'administration dans le cadre de leur fonction ; la faute est alors imputable au service et non à l'agent. Dans ce cas, l'article 11 de la loi 83-634 (13/07/1983) stipule qu'à raison de ses fonctions (...), le fonctionnaire ou, le cas échéant, l'ancien fonctionnaire bénéficie, dans les conditions prévues au présent article, d'une protection organisée par la collectivité publique qui l'emploie à la date des faits en cause ou des faits. »

Par contre, s'il s'agit d'une faute personnelle, c'est à dire pour laquelle le juge n'engage pas la responsabilité du service, il peut s'agir d'acte préjudiciable commis par malveillance ; d'acte "injustifié au regard des pratiques normales" ; ou d'une faute résultant d'une motivation personnelle et extérieure au service. La gravité et l'intentionnalité (Conseil d'Etat,Assemblée, n° 238689, 12 avril 2002, M. Papon) sont évalués de même que l'usage des moyens mis à disposition par le service. Cette faute détachable ou personnel peut néanmoins engager la responsabilité de l'administration vis à vis de la juridiction administrative s'il peut être démontré que l'administration n'a pas pris la mesure du danger ni pris les moyens de l'éviter.

iv) Questions soulevées par les regards croisés

Après ce panorama légaliste, se posent plusieurs questions. Qu'est ce qu'est une insuffisance professionnelle et qu'est ce qu'elle n'est pas. En effet, une insuffisance professionnelle concerne soit une incapacité à remplir une mission soit un défaut dans l'obtention de résultats. Comment la distinguer d'une faute professionnelle ? Comment établir l'insuffisance professionnelle ? Car les conséquences excèdent largement le strict patient puisqu'elle peuvent atteindre les collègues (soignant 2^e victime, burnout) qui peuvent en souffrir compte tenu de la dégradation du travail que celui ci occasionne par la négligence ou l'incompétence. Ces conséquences atteignent donc le système de santé dans son ensemble.

Porter l'existence du dommage sur la place publique représente déjà un tel effort qu'on ne peut attendre des professionnels côtoyant un collègue en état d'insuffisance professionnelle qu'il fasse en plus le lien de causalité entre le dommage et la faute. Relever le dommage suffit déjà en terme de dénonciation, d'effondrement du lien de confiance dans le travail.

D'autres questions concernent les méthodes pour permettre d'authentifier cette insuffisance, à savoir comment et par qui le directeur de l'ARS, le conseil de l'ordre ou l'employeur vont être informés pour décider de la suite à donner à l'exposition au danger. D'autres encore questionnent les obligations à remplir par l'employeur pour justifier d'une insuffisance professionnelle. Enfin les dernières concernent la distinction entre fonction publique et activité libérale.

Les termes de l'insuffisance professionnelle

Sur le plan de l'insuffisance professionnelle, la première série de question concerne ce qui distingue l'insuffisance professionnelle du point de vue du droit du travail, de celui du point de vue du droit de la santé publique.

Ainsi, du coté du droit du travail, l'on qualifie l'insuffisance professionnelle comme une incapacité cognitive d'acquisition ou de réalisation des objectifs fixés par les organisations du travail dans le poste. Du fait du lien de subordination lié au contrat de travail (pour l'activité libérale), le salarié n'est pas en mesure de juger de la qualité des objectifs fixés par l'employeur. En contre partie, l'employeur a obligation de résultats de

moyens pour garantir la santé physique et mentale de ses employés (Article 4121 du Code du Travail) et donc a obligation de fournir les moyens techniques, humains, de formations ou d'accompagnement pour que le travail prescrit soit réalisable. Il ne peut poursuivre pour insuffisance professionnelle sans garantie d'avoir mis en place l'ensemble des moyens pour que l'employé réussisse la tâche à laquelle il l'a affecté.

Par contre, du côté du droit de la santé publique, l'on est plutôt dans l'établissement de l'insuffisance professionnelle par rapport à un risque, un danger.

Si le droit du travail exclue la faute, le droit social, l'envisage sans la nommer en la pointant comme un danger. Car, si risque ou danger il y a, on doit être en mesure de statuer sur et de délimiter le danger. On suppose, par cette formulation qu'on doit pouvoir quantifier ce danger à l'aide de probabilité ou de statistiques et définir à partir de combien de fois, ce danger est ou a été accompli. Mais, si le risque ou le danger ne sont pas quantifiables, comment fait on pour les mettre en évidence ?¹⁴

Proposition 3 : quand le risque est grave, quantifiable et identifiable plusieurs fois dans l'année, il s'agit de faits non exceptionnels qui méritent l'attention de la part des autorités. Une réponse doit être donnée qui sera adaptée selon la gravité des faits.

La saisine des instances pour statuer sur l'insuffisance professionnelle ?

La seconde question est celle du lien entre risque, danger et dommage. En effet, peut on définir un danger sans définir un dommage ? Peut on statuer sur un risque sans statuer sur les conséquences de l'accomplissement du risque ? Autrement dit, est on en mesure d'estimer un danger sans connaître les conséquences sanitaire, sociales, collectives de ce risque. Or ces conséquences, dans des métiers à haut potentiel technique ne sont connues que des acteurs en lien intime avec le travail. Qu'il s'agisse de la production industrielle utilisant des technologies sophistiquées, ou qu'il s'agisse du fonctionnement d'un service hospitalier ou d'une clinique privée, ceux qui sont à même d'observer les dysfonctionnements de l'un ou l'autre des membres de l'organisation du travail doivent avoir une connaissance fine des modalités et attendus du travail.

Quand le directeur de l'ARS ou le conseil départemental de l'ordre des médecins saisit le conseil régional sur une potentielle insuffisance professionnelle, il faut que l'information justifiant de cette saisine soit remontée jusqu'à eux. Mais comment cette information a pu remonter jusqu'à eux ? Car, à tout le moins, ils sont, le plus souvent ignorants l'un comme l'autre des méthodes, techniques, choix, résultats attendus ou souhaités du travail des personnes en état d'insuffisance professionnelle dont ils s'inquiètent.

Dans le cadre de la médiatisation d'évènements judiciaires par la presse, la publicisation des faits leur permet de justifier d'un engagement. Cependant, le dommage a été fait, la faute et le lien de causalité parfois, sont sur la place publique. La stratégie employée par les autorités sanitaires consiste simplement à empêcher que des faits similaires puissent se reproduire. Or, il y a souvent long de la coupe aux lèvres. Ceux qui ont eu à connaître et qui ont alerté sur un état d'insuffisance professionnelle, ont souvent été ignorés si ce n'est mis aux bancs voir réduit au silence selon les réseaux de soutiens dont bénéficie l'individu mis en cause (Lancet 2019). Il y a donc dans l'esprit de la loi un hiatus dans l'organisation de la saisine du conseil régional. Celui ou ceux qui sont en contact étroit avec une personne en état d'insuffisance professionnelle ne sont pas ceux qui peuvent saisir le conseil régional. Ils doivent passer par un intermédiaire dont les modalités de la saisine ne sont pas spécifiées. S'agit il d'une dénonciation anonyme ? Faut il en venir aux

cabales ? Comment faire savoir ce que souvent tout le monde sait ? Une clarification est attendue en ce sens.

Proposition 4 : la saisine du conseil de l'ordre départemental ou du directeur de l'ARS doit pouvoir être faite par un collège diversifié de professionnels de l'institution. Il est indispensable que ces professionnels soient directement en lien avec la personne soupçonnée d'être en état d'insuffisance professionnelle par la réalisation de refus ou défauts de soins graves et répétés. Ils doivent avoir collectivement une connaissance intime des enjeux de l'incompétence.

Mais si l'on note ces ambiguïtés qui font le lit des inquiétudes, dans les cadres de l'alerte et des définitions autour de l'insuffisance professionnelle, il reste que les acteurs sont pris eux aussi dans des enjeux psychiques significatifs et parfois violents entre la volonté de faire et les différents affects qui les saisissent autour d'une action exceptionnelle à l'encontre de l'un des leurs.

d) Cadre social et psychique

Frustration, refoulement, fantasmes, peurs, violences, pulsions, fuite, orgueil, honte, illusions, tous ces termes appartiennent aux catégories de la psychanalyse et au registre de la psyché. Pourtant, ils sont tous à la base de la construction des individus et des sociétés¹⁵. Nous verrons quelques uns de ces traits auxquels ont fait appel mes interlocuteurs. Nous étudieront les justifications auxquels les travaux qui s'y sont penchés les renvoient.

i) les structures primaires de la réaction au danger : la peur

La peur est une des structures les plus primaires des réactions psychiques de l'individu. Elle permet la survie. Distinguons la de l'angoisse qui résulte d'un conflit intra-psychique.

La peur a une matérialité et un objet. Elle est en rapport avec un risque vital¹⁶. Elle peut mettre en cause l'intégrité du corps individuel (dans les métiers dangereux), du corps collectif (dans le maniement de produits explosifs toxiques ou chimiques), ou du travail et donc du corps du soigné chez nous les soignants.

La peur peut avoir une matérialité physique directe avec une maladie en rapport direct avec des maladies en lien avec l'exposition à des toxiques professionnels (chimie toxique, asphyxique, explosif, allergique, carcinologique, mutagène, reprotoxique, maladies infectieuses, traumatismes directs ou sonores, exposition à des températures extrêmes,...). Dès qu'apparaissent les risques de l'une de ces expositions, les conditions d'exposition modifient l'accès au poste, chaque accident représente un casse tête hiérarchique. La sous traitance des risques prend tout son intérêt pour les employeurs [pour externaliser les risques](#)¹⁷.

Peur et ignorance

« L'ignorance augmente le coût mental de psychique du travail »(p 109). Ceci s'observe autant chez les étudiants et les internes que quand, nous seniors, découvrons un nouveau domaine de compétence ou de technicité, un nouvel environnement de travail avec de nouveaux collègues. L'appropriation de ces différents éléments nécessite un temps de vie commune. Ce temps long est consubstantiel de l'expérience répétée du travail. On ne décide pas des compétences techniques et non techniques des collègues ou collaborateurs. Elles s'éprouvent dans la difficulté, dans la capacité à construire la confiance au delà des incertitudes. Ces incertitudes sont compensées par le surcroit

d'attention. L'insuffisance professionnelle ne transpire du travail que progressivement. La prise de conscience ne vient que dans la vérification, dans le contrôle du travail bien fait, dans le suivi des patients au delà des cadres du travail prescrit. Le hasard et ma position ont participé à la prise de conscience de l'insuffisance professionnelle par les capacités et les informations auxquels j'avais accès ou auxquels je devais porter attention.

Mais surtout, mes collègues et les administratifs m'ont surtout renvoyé à mon ignorance de la spécialité comme si la médecine ne se résolvait que dans des techniques spécifiques et non d'abord dans un rapport social et humain. Cette stratégie permet de délégitimer l'interlocuteur, et de neutraliser ainsi la discussion. Elle révèle la peur de ce que l'on va trouver, de ce qui a été fait mais pas vu, de ce que l'on va être obligé de faire pour soi, et des conséquences dans le plan de charge et des actes qu'il faudra enclencher. La peur paralyse aussi. Et cette peur, quand elle se matérialise de façon massive, peut paralyser pendant plusieurs jours¹⁸.

Peur et destruction

La conflictualité renvoie toujours au risque de la guerre interne et de la dislocation des groupes. Une autre forme d'expression de la peur était celle qui comportait un risque sur la destruction de la cohésion d'équipe. Le bouc émissaire est connu pour servir de ciment dans la cohésion du groupe dans un mouvement réconciliateur du sacrifice symbolique de la victime par l'insulte¹⁹. Comme nous étions à la croisée de plusieurs groupes avec différentes structures d'âge et de spécialités, une structuration autour de l'adversité représentée par le collègue dysfonctionnel pouvait représenter un intérêt. Mais il y avait aussi dans la peur des réactions de violence qui peut s'exprimer dans les violences verbales ou physiques ou envers le matériel (sabotage).

Il est vrai aussi que l'inquisition dans les pratiques d'un groupe professionnel par d'autres membres non autorisés pouvait également remettre en cause la paix sociale du groupe. Cela dit, les objectifs du travail quand ils étaient discutés, contrebalançaient l'argument de la paix sociale avec les risques et mauvais traitements infligés aux patients, mauvais traitements qu'il fallait à un moment ou un autre cautionner. Cette formulation du risque de la perte de la cohésion du groupe renvoie également non pas seulement à des peurs mais aussi à l'angoisse d'abandon qui n'est pas la moindre des angoisses qui taraude l'humain depuis sa naissance !

Nous finirons par le besoin de quantification qui est actuellement une demande constante de la hiérarchie. Quantifier est rassurant, même si tout cela reste suspect. Mais quand ce qui est quantifié est insupportable, alors on fait valoir une surévaluation du risque, ce qui permet d'atténuer la peur de la monstruosité révélée. L'euphémisation permet de faire disparaître verbalement ce qui est anormal physiquement. Ceci met à distance la peur de tout ce que l'administration ne peut maîtriser dans les risques de la pratique médicale. Ces risques sont fantasmés au gré des liens plus ou moins étroits avec les praticiens. Et les fantasmes conduisent aussi aux différentes formes de violences, non seulement symboliques mais aussi verbales, physique vis à vis des personnes ou du matériel (sabotage) dont le mépris fait partie intégrante.

ii) Le mépris de classe

Insulter ou licencier celui par qui le trouble vient insinuer qu'une réunion provoquée par cette personne serait inutile, encourager à ne pas laisser de traces écrites sur la situation difficile rapportée pour « garder cela entre nous », ne pas saluer quelqu'un, toutes ces stratégies correspondent à une mise à distance d'évènements ou de

personnes mettant en danger ou remettant en cause celui qui les utilise et qui ne peut ou veut en formuler verbalement et directement les motifs. Comprendre le sens et l'origine de ces comportements permet d'éclairer le mépris qui en exhale²⁰.

La réalité d'un système hiérarchique est qu'il existe ceux qui sont les dominants et « ceux qui ne sont rien ». Il y aura ceux qui auront les diplômes, la formation adéquate, la lettre de mission, et ceux qui auront un titre de moindre importance. Il existera donc des rapports de pouvoir, des rapports de force et donc des rapports de domination. Par contre, ces rapports de pouvoir ou de domination s'épuiseront dans des rapports de compétences techniques où les champs sociaux mis en jeu excéderont la formation des décideurs et solliciteront la confiance. Tout le développement managérial actuel tend à occulter la compétence technique ou sociale au profit des compétences procédurales, d'organisations théoriques, de mise en œuvre de politique et de communication. Le processus, le respect de la procédure, le suivi et le pilotage des tableaux de bord, la gestion des flux, les normes, la rédactions des recommandations de pratiques constituent le cœur du métier de ces nouveaux managers. L'humain n'est qu'une source de problèmes, le travail et ces contingences ou ses accidents une source d'ennui, d'inquiétudes, de peurs, de remise en cause voire d'exhibition de l'incompétence managériale.

Cette hiérarchie traverse les catégories socio professionnelles car on peut les voir entre les administratifs et les médecins, entre les administratifs de la haute fonction publique (direction d'hôpital) et ceux de la très haute fonction publique (ministère, ARS), à l'intérieur du corps des soignants entre les médecins (chirurgiens vs autres spécialités, spécialistes vs généralistes), entre médecins et paramédicaux, et entre paramédicaux (infirmières vs aides soignantes, IBODE ou IADE vs IDE, voir jusque dans les bloc opératoires eux mêmes (IBODE vs IADE). Ramener la conflictualité de ces rapports sociaux à des problèmes individuels revient à nier les traces psychiques et sociales de la domination et des rapports de pouvoirs. Ce qu'il faut aussi observer est la stratégie qui est employée pour marquer la domination.

Dans un système hiérarchique qui se voudrait pacifié par le « dialogue social », le « projet de service », « les partenaires sociaux », « les collaborateurs », le tutoiement généralisé, il n'est de réalité que celui du travail dans les difficultés résiduelles et souvent conflictuelles de ce qui résiste à la prescription. C'est ici que le mépris de classe prend sa place, dans les différentes dimensions des rapports de domination. Il s'agit souvent donc de l'émergence, consciente ou non d'une brutalité correspondant à un problème que l'autorité ne veut pas ou ne sait pas résoudre, malgré la position hiérarchique. Ce mépris de classe utilise la dévalorisation (p60), la quantification au titre de l'insignifiance (p61), afin d'asseoir sa position, « de rappeler aux autres qu'ils sont en dessous ». « Faute d'autres ressources, [on ne peut] s'appuyer que sur [le mépris du dominant, l'évidence de] la position hiérarchique. Dans le cadre de relations professionnelles pacifiées, le mépris apparaît comme une brutalité qui ne serait pas nécessaire, comme le rappel claironné du rapport de subordination. « Ce qui frappe est la violence de l'interaction (p70)... Cette interaction n'est pas l'imposition [...] de valeurs [...] par un pouvoir arbitraire mais la manifestation brutale [...] d'un pouvoir qui, doutant de sa légitimité (ou la sentant remise en cause), exhibe sa force (p70). Tout se passe comme si l'habituelle dissimulation [...] n'était plus possible, comme si on assistait à un retour du refoulé freudien ». Le mépris devient ce qui permet au dominant de survivre à sa propre peur du déclassement en écrasant verbalement et brutalement par un afflux d'affects négatifs souvent non contrôlés, celui qui est suspecté de remettre en cause sa légitimité ou son autorité. Celui qui reçoit ce torrent de mépris en est couvert

de honte s'il ne s'est pas prémuni contre ou s'il ne reçoit pas le soutien et la reconnaissance de ceux qui l'entourent.

iii) Stratégies et idéologies défensives de travail : de la honte du travail mal fait à la honte de soi.

Contrairement par exemple aux ouvriers du bâtiment ou aux élagueurs, mais aussi à tous ceux qui manient des objets ou processus dangereux dans l'exercice de leur profession, les soignants, n'engagent « que » la vie d'autrui dans leur métier. Leur risque physique est presque tout le temps mineur. La plainte ne sera qu'indirecte. La souffrance induite par la non qualité sera principalement morale et psychique. Elle induit pourtant les mêmes mécanismes d'éviction par rapport à la souffrance et de stratégies collectives défensives et d'exclusion vis à vis de ceux qui feraient défection en raison de conflits éthiques.

« Qu'il s'agisse de pratique médicale ou d'enquête concernant la santé, une première observation s'impose d'emblée : la réticence massive à parler de la maladie ou de la souffrance » (Dejours C Ibid, p63, p71). La conception de la maladie ou de la souffrance renvoie à l'accusation. La souffrance, le fait de voir la non qualité du travail serait donc volontaire et individuelle. Cela renvoie à une supposée accusation par le groupe social.

« Si le système fonctionne, c'est parce que nous y mettons du zèle », parce que nous participons activement à la pérennité de ses défauts, nous les compensons et voulons justifier de nos actions²¹. Il y a donc une honte à accepter de souffrir d'un système pour lequel on met ou on a mis tout notre zèle à le maintenir, le développer ou le compenser. « L'idéologie de la honte consiste à tenir à distance la perception du risque d'une mise hors d'état du corps au travail ». L'arrêt de travail devient honteux puisque le corps n'est plus au travail. L'auto-accusation complète l'accusation sociale de défection. L'idéologie de la honte embrasse tant celle de laisser les autres dans la difficulté par son absence que celle de se voir défaire par le travail tel qu'il est organisé et qui est devenu insupportable psychologiquement voire physiquement mais aussi celle de risquer les insultes ou les insinuations (fainéant, profiteur, chômeur). L'objectif de l'idéologie défensive par la honte n'est pas « de nier la souffrance, mais de la faire taire ».

En somme, l'idéologie défensive est motivée par le fait de masquer et de lutter contre un risque réel lié à l'activité, de garantir le fonctionnement collectif spécifiquement autour de cette lutte par la dissimulation, de représenter une cohérence d'ensemble et un caractère obligatoire dans l'obtention de la participation des acteurs. Dans notre cadre d'analyse des soins et dans notre histoire spécifiquement, nous pouvons observer que l'insuffisance professionnelle du soignant a été masquée aux autorités (ou que celles-ci ont refusé de la voir quand elles ont été alertées), en raison de l'absence d'alternative de recours à un autre professionnel, en raison d'arguments cohérents de complexité du travail (« c'est compliqué », « ce n'est pas ta spécialité », « tu n'y connais rien »), en raison de processus d'identifications vitales permettant d'assumer la honte (on fait tous des erreurs, on a des collègues dans d'autres équipes qui ne sont pas au niveau, ...) et qu'il s'agit de faire durer une organisation qui satisfait ou a satisfait la majorité des acteurs. Et quand on échoue à obtenir l'obtention du consentement à l'idéologie défensive, il ne reste que la violence, l'insulte et la menace.

Quand on prend conscience de cette idéologie défensive de travail, celle-ci induit non seulement la honte (comment ai-je pu accepter cela ? Comment ai-je pu mettre autant de zèle à travailler pour ces objectifs là ?) mais aussi la peur, peur du travail, peur du déclassement, peur de l'exclusion, peur de l'abandon. La honte peut engendrer la colère, mais aussi la peur et la fuite, y compris dans le suicide.

iv) « Exit voice loyalty » and neglect

Ceux qui sont dominés par une situation qui leur échappe peuvent manifester, crier, alerter ou s'enfuir, ils peuvent aussi renoncer, cyniquement ou pas et entrer en apathie, et s'en moquer. Ils peuvent aussi résister loyalement dans l'institution²². Ceci a été complété par Guy Bajoit par « apathy » ou « neglect » qui a été traduit par renoncement et indifférence²³. Ainsi, on retrouve :

- la loyauté au système par la soumission aux ordres donnés malgré les conflits éthiques qui nous rongent et la participation aux institutions quand bien même elles seraient pathogènes pour maintenir le cap malgré les turbulences
- La verbalisation par la protestation plus ou moins bruyante (manifestation, grève) ou par les cercles de qualité permettant une amélioration des procédures de travail avec comme finalité le changement des cadres du travail, des rapports de forces, et des attendus du travail et de la façon dont il se fait
- La fuite, la démission, le fait de quitter un job ne répondant plus à ses attentes, sans plus essayer de le changer
- Le renoncement et l'indifférence par l'incapacité, l'impuissance à changer les choses par la force de l'expérience dans des manœuvres cyniques par la mise en scène de l'impuissance, ou non cynique par l'incapacité ou la peur.

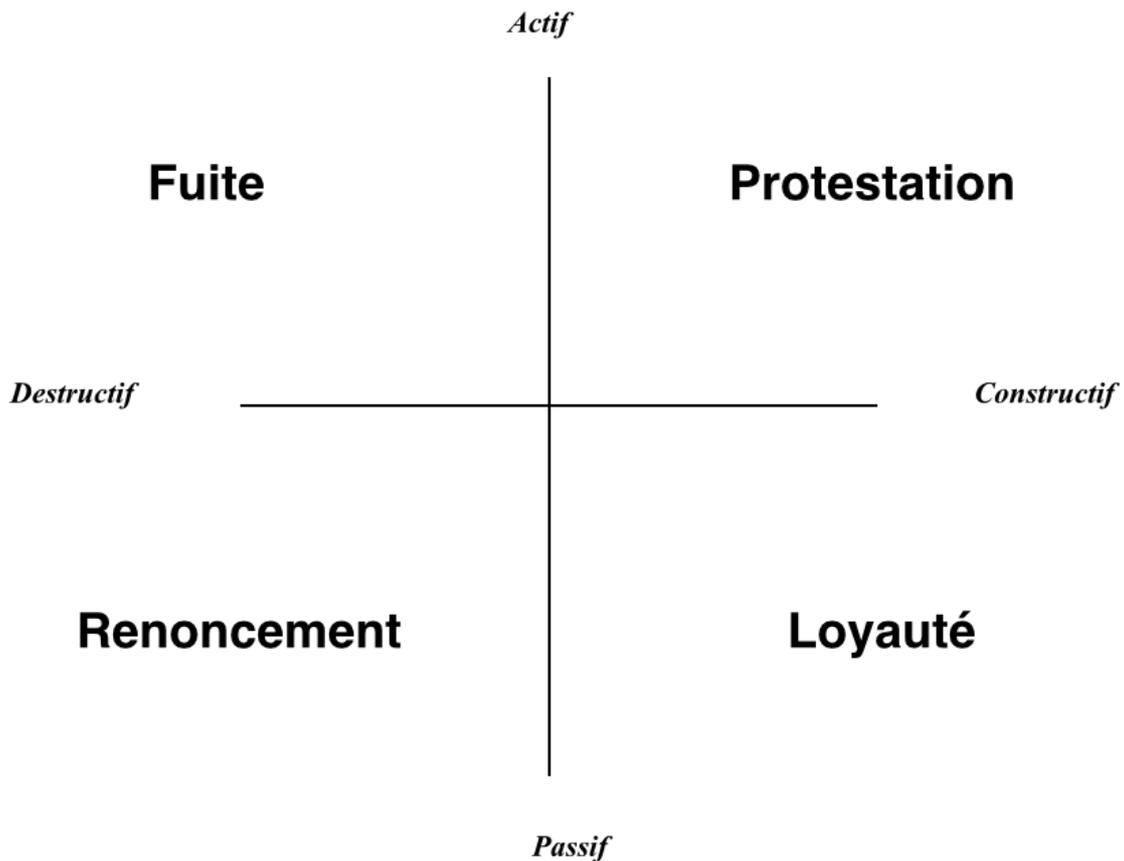


Figure 5 : graphique mettant en évidence les comportements actifs ou passifs, destructifs ou constructifs en rapport avec les actions possibles dans les institutions (selon Hirschman).

Je peux dire que j'ai traversé les 3 étapes, progressivement et consciencieusement.

- a- Loyauté par l'engagement dans les responsabilités dans l'institution et l'évaluation des compétences, des benchmarks, l'accompagnement dans la résolution des conflits, l'imagination dans la découverte de solutions aux difficultés rencontrés par chaque groupes professionnels ou chaque individus dans son poste spécifique. Loyauté dans la qualité du travail accompli jusqu'au bout
- b- Verbalisation et protestation par la mise en évidence et la sollicitation des collègues et institutions pour faire cesser ce que j'ai considéré comme des défauts et refus de soins graves. C'est aussi la violence verbale de l'institution par les menaces ou insultes et suspicion d'incompétence. On reste dans l'échange verbal même si d'un coté on est dans la conflictualité, de l'autre on bascule dans la guerre²⁴. Dans le cadre du conflit, on peut trouver un chemin d'entente et de cohésion, de solidarité entre les points de vue par la délibération autour du désaccord. Dans le cadre du conflit, il y a volonté d'éliminer, de faire disparaître un des points de vue. Il y a dans ce second cas, une volonté d'annihilation d'une des parties. La soumission totale symbolique ou physique, la disparition ou le bannissement.
- c- L'indifférence et le renoncement à un projet qui m'avait apparu accessible. C'est peut être cette partie là qui a été la plus difficile, quelques mois à prendre conscience du fossé qui me séparait de mes collègues.
- d- L'exit a consisté en la décision d'abandonner les responsabilités qui étaient les miennes et l'institution où je travaillais en raison d'un désaccord avec la direction de l'établissement et d'une rupture de la communication autour du travail, de quitter la spécialité en raison d'une rupture de confiance sur les objectifs du travail et la qualité attendue de celui ci dès l'instant que le professionnel mis en cause pouvait continuer à prodiguer des soins inadéquats sachant que je n'avais pas trouvé dans d'autres établissement d'équipes soignantes de ce niveau. Il me fallait donc comprendre aussi pourquoi j'avais cru partager un projet médical autour de la qualité des soins, je m'étais bercé d'illusions dans les termes de la collaboration, de la délibération, de la confiance, et des solidarités.

A l'issue de ce parcours autour de la honte, du mépris, du renoncement, de la fuite, il fallait comprendre pourquoi j'en étais là.

v) **Les illusions perdues**

Mais c'est d'ailleurs qu'est venu la résolution des conflits de violence que je ressentais à l'égard de mes collègues. Il s'agit de la prise de conscience de l'illusion et donc de la désillusion que j'avais dans un système de soins idéal que j'espérais avoir en partage avec mes collègues. J'ai cru en une forme possible de résolution de conflits mais je suis retombé sur des systèmes de domination dont j'étais moi même partie intégrante. Cette analyse a pu être faite et qui m'a permis de regarder humainement ces situations inhumaines et ambiguës. Il s'agissait bien pour moi de croire pour me préserver moi-même. Croire permet d'occulter le réel et d'avancer. S'illusionner habille d'apparat les réalités qu'on a besoin de se cacher²⁵. Pour certains, il était plus facile de partager des croyances plutôt que de se pencher sur ce qui faisait et pouvait faire conflit. Et à partir du moment où l'on ne pouvait plus délibérer sur le travail, la confiance s'étiolait. Le départ était inéluctable.

<p>Proposition 5 : l'existence d'un turn over important, d'un suicide, d'une hospitalisation en psychiatrie d'un des agents du collectif de travail, mais aussi des signalements</p>

répétés par des agents auprès de la médecine du travail devraient conduire systématiquement à des enquêtes administratives sous l'égide du CSE ou du CSSCT, aidées par des sapiteurs (sociologue, psychologues, juristes) en fonction des situations.

e) Limites de l'étude

Nous n'avons pas interrogé tous les médecins sollicités dans le cadre des entretiens initiaux. Ceci est en rapport avec la distance dans le temps (2 ans) et la distance dans le quotidien du travail partagé à l'époque. Je ne les avais sollicité que ponctuellement sans travailler de façon intime avec eux. De plus je ne savais plus qui travaillait et n'avais pas gardé contact avec eux. Mon questionnaire aurait risqué de raviver des événements traumatiques chez des personnes que je connaissais moins, ce qui a déjà été le cas avec des personnes que j'ai déstabilisé alors que je m'en sentais beaucoup plus proches.

Le collectif interrogé est donc de faible densité et je n'ai pas, pour des raisons d'anonymat et de garantie de confidentialité détailler les fonctions qu'ils occupent et leur âge.

Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas interrogé les paramédicaux.

En fait, il s'agissait pas de ne pas interroger ceux qui voyaient mais ne pouvaient pas agir pour 2 raisons distinctes : les paramédicaux sont tenus pour illégitimes pour ce qui concerne les décisions médicales. Ils sont donc sans capacité de formuler une restriction à l'action diagnostique ou thérapeutique des médecins quand bien même ils connaissent parfaitement les actes réalisés. Ils sont astreints à une culture du silence et de l'auto-censure²⁶.

Ils sont les témoins les plus proches dans l'intimité de la réalisation des soins et aussi des défauts de soins. Les médecins feraient bien de prendre conscience que les soignants avec qui ils travaillent ne sont pas dupes de leurs turpitudes quand ils en font. Cette injonction au silence, au secret les aurait mis ou remis dans une situation connue de l'observation des choses que très souvent on préfère ne pas voir. Les interroger aurait constitué une torture supplémentaire dont les conversations informelles que j'avais eu avec eux ne me posaient aucun doute. Je reste admiratif de leur stoïcisme mais qui est souvent mâtiné d'un cynisme bien légitime. La maturité de cette profession sera obtenue quand ils prendront suffisamment confiance dans leur groupe professionnel et bloquer la réalisation de soins inadéquats.

Je n'ai pas interrogé non plus de possibles petites tricheries, mensonges ou cachoteries, vénales ou pas, où les conflits de loyauté ou conflits de valeurs méritent d'autres investigations que celle que j'ai menée ici. Les stratégies défensives sont là pour masquer ou nier les petits arrangements avec le travail et permettre la réalisation des objectifs qu'on se fixe.

Le choix de travailler sur les affects plutôt que de rentrer dans le détail des faits m'a évité, je l'espère, de trahir la confidentialité de tous les participants. Bien sûr, ceux qui ont été en interaction avec moi au cours des ces mois douloureux, et plus tard quand je suis revenu vers eux se reconnaîtront. Je leur dédis les vers de René Char en fin de ce texte. J'ai adoré travailler et rire avec eux et je ne renie rien de ce que j'ai fait. Je pense qu'on a fait du bon boulot ensemble. Je remercie aussi tous ceux qui ont accepté de m'écouter dans les doutes de cette enquête.

V. Conclusion :

Au terme de ce travail, la violence des refus et défauts de soins par les conséquences qu'elle a sur les psychismes et sur les soins altère non seulement la santé des patients mais aussi celle des soignants et de l'organisation du travail. Si les patients sont mal soignés et que les soignants le savent, ils en souffriront et l'organisation des soins qui repose sur eux également.

Si la colère a été ressentie, elle a conduit principalement à la frustration, l'impuissance et à la sidération. Nous n'avons pas été collectivement en mesure de faire cesser les agissements d'une personnalité dysfonctionnelle. Pourtant, au terme de ce travail, je reste persuadé qu'il y a un chemin possible pour travailler sur les conflits autour des objectifs de travail. Accepter d'en parler est accepter de reconnaître qu'ils nous affectent, c'est un peu se mettre à nu. C'est hélas souvent considéré comme un aveu de faiblesse dans notre société patriarcale et masculiniste.

Parmi les différentes propositions que j'ai insérées dans le texte, certaines dépendront de moi, et bien d'autres n'en dépendront pas²⁷. Celles qui dépendront de moi me rendront heureux dans la mise en œuvre que je pourrais en faire.

Si les modalités de la formation et de la sélection tiennent dans l'ambiance actuelle du vœu pieux, elles mériteraient néanmoins une comparaison européenne avant d'être rejetée.

Reconnaître la part cruciale du travail invisible, qui ne transparait ni dans ce qui est prescrit ni dans ce qui peut être observé sans la conscience de sa finalité, ramènerait un peu d'humilité dans les rapports sociaux dans les établissements de soins.

La demande de clarification d'une stratégie ouvrant le couvercle d'une insuffisance professionnelle provenant du conseil de l'ordre transparait clairement dans l'expérience. Elle tranche, actuellement, par l'absence de sollicitation du conseil de l'ordre comme instance légitime pour aborder les conflits professionnels. Des précisions sur les modalités de saisine par les acteurs de terrain du conseil de l'ordre ou du directeur de l'Agence Régionale de Santé pourrait permettre de tranquilliser les inquiétudes des acteurs médicaux ou administratifs mis face à une personnalité dysfonctionnelle. L'injonction brandie de la disqualification du point de vue par l'absence de connaissance du domaine de compétence est ici encore une stratégie de défense au service du travail, coûte que coûte ! Ne négligeons pas que la médecine est d'abord une affaire d'humains et que nous ressentons beaucoup plus de choses que nous n'en acceptons.

« J'ai repris ma liberté voici [quelques] mois, sans éprouver en revanche le besoin de cracher sur ce qui durant cinq ans avait été pour moi tout au monde »

René Char, *Dans l'atelier du poète*

VI. Annexe 1 : questionnaire

<https://docs.google.com/forms/d/1YiV8VryVwIwS4UirIMRqWtdI-tM52cFTUeagM5xrChA/edit#responses>

VII. Bibliographie

- ¹ Complicité silence in medical malpractice. Editorial. Lancet 2020;395 : 467.
- ² MA Dujarier, Le management désincarné. La Découverte Ed. 2017 ; introduction et p 135 et suivantes.
- ³ Oughetto P. La qualité de vie au travail au risque de sa transformation en process. In Le Garrec S (sous la direction de) Les servitudes du bien-être au travail. Eres Ed 2021 ; p169-188.
- ⁴ Foucault M. Naissance de la biopolitique Ed EHESS, Gallimard Seuil, 2004
- ⁵ Dejours C Travail Usure Mentale. Ed Bayard 2000, p 91 et suivantes.
- ⁶ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_soins_ann_ids_env_sb_1106_av_140610-2.pdf.
- ⁷ <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2008-3-page-85.htm>
- ⁸ <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-07/dir152/2017-alarm-commentaire.pdf>.
- ⁹ Yves Clot, Le travail à cœur, Ed La Découverte. 2010. P 39 et suivantes.
- ¹⁰ <https://www.souffrance-et-travail.com/guides-pratiques/guide-pratique-medecins-travail/prevention-primaire-secondaire-tertiaire/>
- ¹¹ Wikipedia, consultation le 2021 10 18
- ¹² Thacker PD. BMJ 2021;375:n2635, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n2635>
- ¹³ <https://inspection-du-travail.com/licencierement/insuffisance/>, consultation le 01/11/2021
- ¹⁴ Ogien A. Désacraliser le chiffre dans l'évaluation du secteur public. Quae ed, 2013.
- ¹⁵ Kardiner A. L'individu dans sa société Essais d'anthropologie psychanalytique. Ed Gallimard NRF 1969, p
- ¹⁶ C Dejours Travail Usure Mentale p105 et suivantes.
- ¹⁷ Thébaud Mony A. Travailler peut nuire gravement à votre santé. Ed La Découverte, 2007. p 83 et suivantes.
- ¹⁸ Gazoni et al. The impact of perioperative catastrophe on anesthesiologists : a national survey. Anesth Analg. 2012 Mar;114(3):596-603.
- ¹⁹ Girard R. Le bouc émissaire. rééd. Livre de Poche Biblio Essais, Paris, 2015, p 69-75.
- ²⁰ Spire N. Le mépris de classe dans le monde du travail. Retour du refoulé ou impossible dissimulation. In Renahy N, Sorignet PE (dir.) p 55 et suivantes- In Mépris de Classe, l'exercer, le ressentir, y faire face. Ed du Croquant 2021.
- ²¹ Dejours C, Le choix. Ed Bayard 2015, p 10
- ²² Albert O. Hirschmann. Exit, Voice, Loyalty. Défection et prise de parole. Université de Bruxelles Ed 2017.
- ²³ Bajoit G . Exit, voice, loyalty... and apathy. Les réactions individuelles au mécontentement. In: Revue française de sociologie, 1988, 29-2. pp. 325-345
- ²⁴ Benasayag M , Del Rey A. Éloge du conflit. Ed La Découverte 2007
- ²⁵ Flottes A. Travailler, quel boulot ! Ed Syllepse 2013. P99 et suivantes
- ²⁶ E Hart, J Hazelgrove. Understanding the organisational context for adverse events in the health services: the role of cultural censorship. Quality in Health Care 2001;10:257-262

²⁷ Le Manuel d'Épictète : <https://philosophie.cegeptr.qc.ca/wp-content/documents/Le-Manuel-d%C3%89pict%C3%A8te.pdf>