

## Notre système de santé est malade *et les soignants vont mal !*

**D**epuis des années, nous dénonçons les attaques multiples et répétées visant à déstructurer notre système de santé pour ouvrir le « marché » de la santé à des investisseurs dont l'objectif est de maximiser leurs profits.

La récente épidémie de grippe a mis en lumière un état de délabrement qui s'aggrave d'année en année. Alors que ce type d'événement est prévisible, se produit régulièrement tous les 4 à 5 ans, le manque cruel de généralistes et de lits hospitaliers oblige les pouvoirs publics à quasiment déclarer une situation de catastrophe.



Dans ce contexte, les patient.e.s souffrent mais c'est aussi le cas des soignant.e.s. Les conditions de travail se dégradent, l'épuisement guette et la perte du sens de son travail est de plus en plus présente. Quand cela se conjugue à l'hôpital avec la priorisation des objectifs de productivité et d'atteinte d'objectifs financiers sans cesse plus contraignants, nous nous trouvons face à un mélange explosif.

Dans les établissements, les syndicats CGT sont de plus en plus sollicités par des médecins – malheureusement souvent trop tardivement – qui sont en grande difficulté et recherchent de l'aide pour pouvoir simplement retrouver des conditions de travail normales. En effet, sous couvert de la loi Bachelot et renforcé par la loi Touraine, le système a concentré les pouvoirs dans les mains du directeur de l'établissement

et de quelques médecins, sans véritable contre-pouvoirs permettant de gérer les conflits. Trop souvent alors, il s'agit du « pot de terre contre le « pot de fer » et, sans soutien, le praticien commence souvent une véritable descente aux enfers.

Il est donc essentiel, en cas de difficultés, de ne pas rester isolé.e et de rechercher des soutiens pour opposer le poids du collectif des soignant.e.s contre les tenants des techniques de management autoritaire calquées sur celles existant dans les pires entreprises.

Le meilleur outil de réponse est le syndicat qui est là pour organiser la défense des salarié.e.s de l'établissement, dont les médecins font partie intégrante.

Christophe Prudhomme,  
Hôpital Avicenne, Bobigny.

### SOMMAIRE

Souffrance professionnelle et harcèlement au travail chez les médecins : l'exemple de l'AP-HP.

p.2

Le harcèlement : une stratégie de destruction de l'individu.

p.3

Classer pour soigner ?

Savoirs d'État, idéologie préventive, raisons pratiques. Enquête sociologique sur le dépistage du sida.

p.4-5

## Souffrance professionnelle et harcèlement au travail chez les médecins : *l'exemple de l'AP-HP*

⋯ Sous l'impulsion de quelques médecins militants, un long travail de reconnaissance et de prise en compte des situations de souffrance et de harcèlement au travail s'est mis en place à l'AP-HP depuis cinq ans.

Ce travail a progressivement intégré des réflexions sur la spécificité des risques psychosociaux dans le personnel médical, puis sur l'évolution défavorable de la médecine du travail, puis sur la nécessité de rendre visibles des situations de harcèlement ou de conflit le plus souvent étouffées par un corps médical fonctionnant en vase clos, aboutissant à la mise en place d'une cellule centrale d'appui aux praticiens en difficulté, et enfin par la rédaction d'items spécifiques dans le volet social et professionnel du plan stratégique 2015/2019. Ce travail de fond a surtout permis de mettre en évidence que les situations de souffrance professionnelle et de harcèlement étaient loin d'être rares, et pouvaient avoir des conséquences majeures, tant sur les praticiens que sur le fonctionnement des services.

Quelques « affaires », en particulier le suicide du Pr Megnier, largement médiatisé, ont suffisamment mis en difficulté la direction générale de l'AP-HP pour obliger à la mise en route en 2016 d'un plan de travail paritaire entre la direction de l'AP-HP et la commission spécialisée de la CME chargée des conditions de vie au travail.

Ce travail a récemment abouti à la validation par le Directoire, puis la CME, d'un double objectif : prévention et signalement/traitement des situations conflictuelles et des risques psycho-sociaux des personnels médicaux ; développement d'une véritable gestion des ressources humaines médicales. Cela s'est concrétisé par la publication de deux textes (qu'il est possible de consulter sur le site de la CME de l'APHP) :

➔ *Une charte du management médical, cahier des charges des responsables de services, d'unités ou de pôles, comprenant une ébauche de consignes pour un entretien annuel entre les praticiens et leur responsable.*

➔ *Un document RH, fixant une conduite à tenir et des objectifs dans trois domaines : la nomination des chefs de service (comprenant l'obligation d'un volet management dans les projets de service) ; la prévention et la gestion des « situations complexes » ; le développement et le soutien de la médecine du travail.*

Enfin, des commissions paritaires de suivi et de prévention sont mises en place dans tous les groupes hospitaliers de l'AP-HP, et centralement, pour gérer ces problématiques, en ayant la possibilité de les transférer aux Commissions paritaires régionales.

### Les limites de cet exemple

Si cette démarche a le mérite d'exister, elle le doit au



travail opiniâtre de quelques individus, mais aussi à une lame de fond qui interroge davantage les directions hospitalières que les castes médicales installées ; le déficit d'attractivité de l'hôpital public, si souvent remis sur le tapis, est bien-sûr également lié à une absence complète de politique managériale contrôlée, à la remise en selle du mandarinate par l'intermédiaire de la création des pôles, à l'anormal pouvoir accordé au couple président de CME/directeur d'hôpital, à l'étouffement systématique des affaires de harcèlement, à l'utilisation fréquente du harcèlement comme politique de management et à la non-prise en compte des situations de souffrance professionnelle, qui finissent par déstabiliser des équipes déjà fragilisées par les injonctions paradoxales sur la nécessaire qualité, l'augmentation de l'activité et la réduction des moyens.

Mais certaines limites de cette démarche témoignent aussi de l'extraordinaire résistance des pouvoirs en place dans nos hôpitaux, particulièrement dans un CHU ; ce n'est évidemment pas par hasard que le terme « situations complexes » a été choisi pour désigner ce que nous aurions voulu tout bonnement appeler : situations de harcèlement, de conflit, d'insuffisance managériale, d'incapacité aussi à traiter de certaines incompétences professionnelles. Ce n'est pas non plus par hasard qu'a été systématiquement et violemment écartée la proposition d'une élection des chefs de service par les praticiens, ou d'un vote sur le projet de service ; de même que la référence à une structure pourtant définie par la loi, les CHSCT, dont l'écartement du corps médical reste une anomalie préhistorique.

Il n'en demeure pas moins que les praticiens peuvent désormais s'appuyer sur des textes, sur une référence en termes de management du corps médical, sur des structures, pour donner visibilité et résonance à ces problématiques, et faire avancer les choses. Les syndicats CGT, et leur Fédération de la Santé, sauront les y aider.

Christian GUY-COICHARD,  
Hôpital Saint-Antoine, Paris.

## Le harcèlement : une stratégie de destruction de l'individu

Le collectif des médecins CGT reçoit de plus en plus de collègues médecins qui se plaignent de graves détériorations de leurs conditions de travail et de situations de harcèlement.

Dans l'hôpital-entreprise, le médecin est un employé comme les autres, soumis à une stratégie managériale parfois brutale où peuvent sévir d'authentiques systèmes de harcèlement institutionnel et stratégique. Dans un collectif de travail attaqué, éclaté et individualisé, les uns vont pleinement participer pour tirer leur épingle du jeu, d'autres vont tenter de résister et une large majorité va tenter de s'adapter tant bien que mal, parfois au prix de conflits éthiques délétères.

Notre syndicat apporte son aide et son expertise socioprofessionnelle, mais nous avons vite constaté qu'il fallait également et simultanément prendre en compte les éventuels effets psychopathologiques que produisent ces situations complexes et douloureuses.

### Nous décrivons ici quelques phénomènes psycho-pathologiques que l'on peut rencontrer en pareilles situations.

Rappelons que le médecin est humain comme les autres (eh oui !). Embourbé dans une situation de stress, de maltraitance ou de harcèlement, il peut voir ses mécanismes de défense débordés et sa santé physique et mentale rapidement se détériorer.

Premièrement, nous avons constaté que nos collègues tardent à demander de l'aide. Dans un premier temps ils ont tenté de « tenir bon », ils ont pu se lancer dans une hyperactivité et un surinvestissement professionnel, espérant ainsi échapper à toute critique.

Les premiers signes cliniques sont aspécifiques mais doivent nous alerter. On peut observer des insomnies, de la fatigue, de la tristesse, de l'irritabilité, des ruminations anxieuses concernant la situation vécue, un désengagement social progressif, voire un repli sur soi, des manifestations somatiques diverses, une consommation de psychotropes ou de toxiques. Ce processus peut évoluer vers un état dépressif, associant une souffrance morale intense, une perte d'énergie, une perte de ses intérêts, une baisse de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité et de honte. Les atteintes cognitives telles que des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire sont fréquentes.

Si le processus de harcèlement perdure et si un réseau de coopération ne s'organise pas, on peut observer la constitution d'un véritable stress post traumatique ou

névrose traumatique caractérisé par l'angoisse, la peur d'aller travailler, des ruminations en boucles et des flash-backs des scènes de brimades et d'humiliation, des cauchemars récurrents accompagnés d'insomnies réactionnelles avec la crainte de s'endormir, des stratégies d'évitement et un cortège de manifestations physiques.

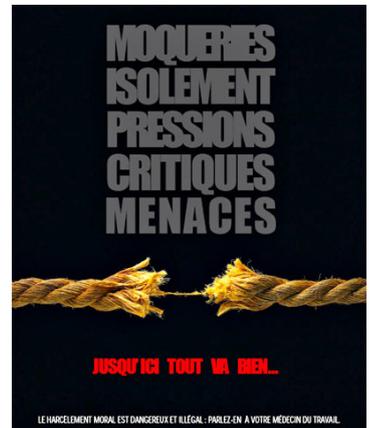
Dans les cas les plus graves, on peut observer des décompensations psychiatriques révélant une profonde déstructuration de la personnalité : épisode psychotiques aigu, paranoïa, dépression sévère, trouble psychosomatique qui pourront se chroniciser et évoluer bien au-delà du traumatisme. Ainsi il arrive qu'une issue favorable sur le plan socioprofessionnel et la fin de la situation de harcèlement ne suffisent pas à se sortir de cet effondrement traumatique.

Un élément auquel il faut être particulièrement vigilant est l'apparition d'idéations suicidaires. Elles peuvent apparaître précocement et tout au long du processus, avec un risque majeur de passages à l'acte, comme l'a dramatiquement montré la récente actualité.

S'il n'y a pas de personnalité prédisposant à être « victime de harcèlement » et que nous sommes tous vulnérables, la personnalité et l'histoire du sujet influencera le mode de réaction à la situation de stress, les modalités de défense mises en œuvre et les modalités de décompensation psychique.

Dans les situations de harcèlement, il est primordial d'extraire le sujet de la situation harcelante et de prendre en charge les effets psychologiques qui apparaissent.

Enfin, il nous paraît important de ne pas réduire le harcèlement à un simple conflit entre « une victime innocente » et « un pervers narcissique ». Les situations de harcèlement se produisent le plus souvent dans un système plus complexe, où le collectif de travail est souvent dégradé et où se mettent en place des stratégies personnelles et de groupes pour « s'adapter » et « tenir bon ». Ces mécanismes réactionnels de défense peuvent entretenir et aggraver le système harceleur.



Thierry DOBLER  
Hôpital Les Murets, La Queue-en-Brie.

## Classer pour soigner ?

### *Savoirs d'État, idéologie préventive, raisons pratiques*

### Enquête sociologique sur le dépistage du sida

Résumé de la thèse de sociologie de Maud Gelly, soutenue le 14 décembre 2016.

Comment le travail de santé fabrique-t-il de l'inégalité ? Sur le terrain du dépistage du sida, les individus consultent tous pour le même motif, dans un cadre de consultation anonyme et gratuit. Celui-ci permet d'observer comment des soignant.e.s classent les usager.e.s des services de santé dans des catégories sociales/genrées/sexuelles/raciales, et différencient leur offre de biens de santé face à une demande identique, en l'absence de contrainte budgétaire. Il s'agit ainsi de rendre compte de pratiques de classement des agents de santé publique et de leurs effets sociaux.

L'enquête combine des matériaux variés : archives directes ; analyse quantitative ; 53 entretiens semi-directifs approfondis avec des témoins de l'évolution du dispositif de dépistage, avec les médecins et les infirmier.e.s des CDAG investigués et avec des salarié.e.s non-professionnel.le.s de santé des associations enquêtées ; observation directe de 214 interactions entre prestataires et destinataires du dépistage entre 2012 et 2014 dans deux types de centres de dépistage, publics accueillant la population générale (trois hospitaliers et un municipal) et associatifs accueillant des populations ciblées (deux locaux de AIDES et le Kiosque Infos Sida).

Mis en œuvre par des médecins, infirmières et infirmiers, et des salarié.e.s d'associations non-professionnel.le.s de santé, le dépistage du sida permet de faire la part des effets de la socialisation professionnelle, de la position et de la trajectoire sociales des agents sur leurs pratiques de classement, qui se déploient entre reprise des catégories du sens commun et imposition de catégories savantes. Les matériaux ethnographiques permettent de mettre au jour des opérations de classement, objectivées dans des dossiers médicaux ou restant de l'ordre de l'implicite.

Les pratiques de classement des publics par les différents agents du dépistage varient avec leurs trajectoires sociales et leur socialisation professionnelle : les agents les plus éloignés du pôle dominant du champ médical (salarié.e.s d'associations) classent très finement les usager.e.s dont ils sont les plus proches par leurs appartenances

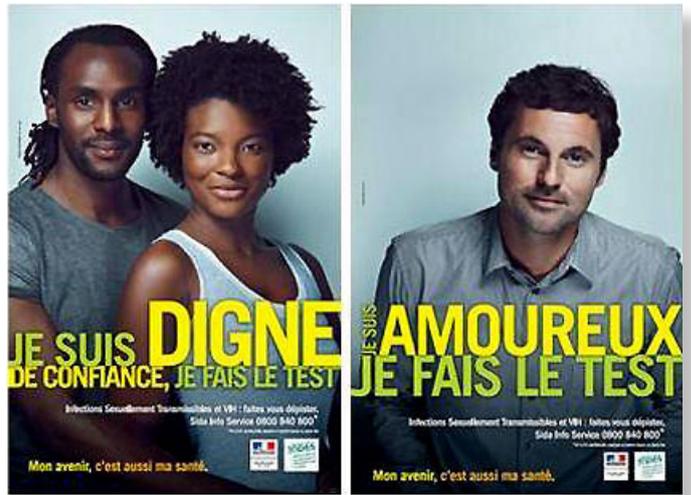
sociales, et moins finement les autres ; les infirmières et infirmiers manifestent une plus grande hésitation à classer les individus, et font usage de catégories descriptives plus variées (migration, sexualité, statut social, caractéristiques psychologiques, type de relation conjugale) ; le classement des publics par les médecins est déterminé par des nomenclatures épidémiologiques auxquelles ils sont acculturés par leur socialisation professionnelle.



Campagne mondiale contre le sida 2002-2003. Stigmatisation et discrimination – tel est le thème de la Campagne mondiale contre le SIDA pour les deux années 2002 et 2003. © ONUSIDA

Mais l'observation des interactions met en évidence, en dépit de ces variations, l'origine d'un traitement différencié des usager.e.s : les agents de santé publique apportent davantage d'explications à celles et ceux qui les comprennent le mieux, sauf dans les cas où une connaissance plus fine des appartenances sociales et des pratiques des usager.e.s (acquise lors de rares interactions plus longues) permet aux agents du dépistage d'apporter des informations préventives adaptées aux situations individuelles. L'observation des interactions met en évidence une faible prise en compte des appartenances de genre et de classe, et une racialisation des catégories sexuelles : seuls les hommes blancs sont interrogés sur leur (homo)sexualité et reçoivent des informations plus personnalisées, quand les femmes et hommes non-blancs sont supposés hétérosexuels, et reçoivent dès lors des conseils plus standardisés.

Or l'analyse quantitative de données brutes sur 44 666 décès liés au sida entre 1987 et 2011, par catégorie socioprofessionnelle, sexe et nationalité, montre que les femmes et les étranger.e.s décèdent plus jeunes. Depuis la commercialisation de traitements efficaces en 1996, la probabilité de décès des malades du sida diminue moins parmi les employé.e.s et ouvrier.e.s que parmi les autres actifs et actives. Les données sur la mortalité font donc apparaître de fortes inégalités sociales, ici de classe, de genre et de nationalité. Or elles sont invisibles dans les données qui mettent en évidence le caractère déterminant de l'homosexualité et de la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne pour le risque de contamination. L'analyse d'archives associatives et de documents institutionnels et réglementaires produits entre 1997 et 2011, ainsi que les entretiens menés auprès des témoins des évolutions du dispositif entre 1997 et 2014, montrent en effet comment la mise sur le marché de traitements efficaces à partir de 1996 a réorienté l'action publique vers le ciblage des groupes les plus exposés à l'infection (hommes homosexuels et personnes migrantes d'Afrique subsaharienne). La délégation aux associations du dépistage de ces groupes et le financement public de l'action associative sont conditionnés à l'efficacité du ciblage. Ce sont donc les données sur les nouvelles contaminations, et non sur les décès précoces, qui orientent l'action publique depuis les années 2000 en matière de lutte contre le sida, orientée vers un horizon éradicateur : la « fin du sida ». L'option éradicatrice produit des effets sur le dispositif de dépistage, qui se concentre sur la circulation du virus. La mortalité précoce des femmes, des étranger.e.s, des employé.e.s et des ouvrier.e.s,



Campagne destinée à la communauté originaire d'Afrique subsaharienne durant la Coupe d'Afrique des Nations (CAN) 2012 © SantéPubliqueFrance.

de même que l'entrée plus tardive dans les soins et l'interruption plus fréquente des soins chez les femmes étrangères n'entrent pas en ligne de compte dans l'organisation du dépistage, ni dans les catégories de pensée et d'action des agents du dépistage.

Le cas du dépistage du sida permet donc de comprendre comment des savoirs d'État désignent des cibles prioritaires et, ce faisant, produisent des effets sur le travail des agents de santé publique.

Quand bien même l'enquête montre que les agents sont équipés pour prendre en compte les appartenances sociales dans leur travail, l'accent mis sur la prévention et l'éradication de la maladie les empêche de penser les inégalités sociales entre les malades et, ce faisant, contribue à les reproduire.



Campagne 2016 © AIDES



## Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact  me syndiquer

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email : .....@.....

Fédération CGT Santé et Action Sociale Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX  
ufmict@sante.cgt.fr - Tel : 01 55 82 87 57

