



Contre la casse du système de santé : construisons les alternatives, ne cédonons rien !

Dans les publications destinées aux médecins, l'actualité du mois de juin semble marquée par le projet de loi Valletoux sur l'accès aux soins, dont la vacuité ne résiste même pas à la première lecture, et le débat sur un sujet que certains lisent comme une atteinte à la « liberté », d'autres comme une réponse très insuffisante à une désertification médicale créée et amplifiée par les politiques des gouvernements successifs depuis cinquante ans... ; il est probable que le vieux modèle de la médecine libérale, reposant sur le paiement à l'acte et la liberté d'installation, ait fait son temps et les jeunes semblent plébisciter un salariat et un rythme de travail choisis ; mais ce qui semble être l'étiologie de la crise de santé du gouvernement ne sert-elle pas surtout à cacher le refus ou l'absence de propositions sur une quantité de sujets qui conditionnent l'avenir de notre système de santé, pendant que l'hôpital public continue de s'enfoncer dans la crise ?

Les médecins pourraient sembler peu concernés par le choix du report de l'âge de la retraite à 64 ans pour garantir la pérennité de nos systèmes de retraites, qui fait porter sur les seuls salariés, le poids de cette réforme ; mais ces deux années, ajoutées aux précédentes réformes, pénalisent les plus précaires, dont l'espérance de vie est inférieure au reste de la population, et diminue depuis 2014, et au premier chef renforcent les inégalités femmes/hommes ; cette réforme, qui n'a rien d'une nécessité économique, mise en place aux forceps au prix de dénis de démocratie répétés et d'une violence répressive face à une mobilisation inédite, s'oppose directement aux efforts de prévention et de prise en charge de

la santé au travail, qui réclamerait au contraire d'accentuer justice sociale et prise en compte de la pénibilité. Les retraites souffrent du même mal que la Santé et les hôpitaux : un financement volontairement insuffisant, pour les retraites par refus d'augmenter les taux de prélèvement, pour la Santé par un ONDAM délibérément sous-estimé chaque année, et des objectifs de retour à l'équilibre drastiques.

Le rapport Ville, qui préconise la fermeture de cent maternités, à l'activité jugée insuffisante, risque là aussi de précariser les populations les plus fragiles. Mais cette activité est évidemment corrélée, non aux besoins des bassins de population, qui restent réels, mais à l'effectif soignant, dont la fuite est directement conséquence de leurs conditions de travail. Rappelons que la France est actuellement au 20^e rang sur 33 en Europe en ce qui concerne la mortalité périnatale, et un collègue nous explique ici comment la mortalité périnatale peut être un marqueur des politiques sociales.

C'est la même logique qui a conduit à la réduction du nombre de services d'urgences en France, avec désormais plus de 10 % de la population qui vit à plus de 30 minutes d'un service d'urgences, et une situation que le ministère ne semble plus capable de contrôler, avec dans plus de 150 villes des fermetures

SOMMAIRE

- Sortir du management : construire une alternative dans l'organisation du travail **p.3**
- Pénuries et peines de la psychiatrie **p.4-5**
- Mortalité périnatale et infantile **p.5-6**
- Témoignage d'un harcèlement ordinaire ou comment je suis arrivée à la CGT **p.6-7**

sans cesse plus nombreuses et plus longues.

La réforme annoncée de l'Aide Médicale État (AME), qu'un courant xénophobe souhaite utiliser comme politique migratoire en la limitant aux soins urgents, après la mise en place il y a quelques années du délai de trois mois, annonce une catastrophe à la fois humaine, éthique et sanitaire, directement pour les populations les plus précaires, indirectement pour tous, induisant in fine un coût supérieur au bénéfice annoncé pour le système de santé, comme concluait en 2019 le rapport de l'IGAS.

Les assistants médicaux et les IPA, sont-ils une réponse à la désertification médicale et infirmière ? Invité au collectif médecins de Fevrier, Vincent Porteous, IADE, nous a montré que les IPA ne sont pas la réforme attendue pour la revalorisation du statut et de la formation des infirmières, et pas plus une réponse efficace aux problématiques d'effectifs qui gangrènent l'hôpital public.

Les nouveaux statuts des médecins hospitaliers sont-ils une réponse à la carence d'attractivité de l'hôpital public pour les médecins ? Difficile de croire que la possibilité d'un exercice conjoint public et libéral va inciter les jeunes médecins à rejoindre l'hôpital public ; difficile de croire que la limitation dans le temps des statuts d'attaché, sans vraie revalorisation salariale, profitera à l'hôpital public ; quant aux médecins à diplôme étranger hors UE, qui représentent les gros bataillons des postes les moins attractifs de nos hôpitaux, la réforme récente écarte une majorité de ceux qui se sont trouvés en première ligne lors de la crise sanitaire, avec le risque d'expulsion, et nous luttons avec eux et leurs syndicats pour la correction de cette injustice.

Dans les périodes de crise, la tentation est grande d'utiliser contre les personnels revendicatifs le harcèlement comme technique de management ; une collègue témoigne ici de sa propre expérience, de la nécessité d'une action collective dans ces situations, et de l'aide expérimentée que peuvent apporter nos structures syndicales.

Enfin, la question de la gouvernance hospitalière est souvent citée comme un sujet majeur ; un collègue directeur nous invite à réfléchir sur les intérêts communs des directeurs et des médecins face à la désorganisation et la destruction progressive de notre hôpital public, et sur la nécessité de les exprimer ensemble.

La déchéance du système de santé n'est pas une fatalité ; mais valoriser l'exercice à l'hôpital public ou en centre de santé, c'est aussi ne pas se limiter aux revendications purement salariales, ou très catégorielles : les médecins CGT ont fait le choix d'un syndicat de lutte, mais surtout d'un syndicat prenant en compte tous les personnels, sans oublier leurs spécificités, tant il est évident que nos intérêts sont communs ; nous développerons au fil du temps dans ces newsletters nos propositions concernant la politique salariale, la reconnaissance de la pénibilité, les statuts hospitaliers, la mesure et l'encadrement du temps de travail, les conditions de travail, la lutte pour la parité et contre les comportements sexistes et les discriminations, la misère de la psychiatrie, la valorisation des activités non cliniques, le déroulement de carrière, mais aussi le calcul des effectifs, la valorisation des collectifs de travail pluriprofessionnels, la structure et la gouvernance des établissements de santé, la formation des médecins et des autres personnels, la prévention des conflits d'intérêts, la santé au travail, la transition écologique dans le domaine de la santé, l'exercice en ville et à l'hôpital, etc...

Vous souhaitez participer à ces réflexions et aux actions qui permettront de les mettre en pratique ? Le Collectif Médecins UFMICT-CGT organise prochainement une journée de discussions et de réflexion destinée aux professions de santé... et vous invite à sa prochaine réunion, ce samedi 23 septembre à 10h (en visio ou en présence au siège de la Fédération de la Santé CGT, 263 rue de Paris à Montreuil).

*Dr Christian GUY-COICHARD
Collectif médecins*

Fédération CGT de la santé et de l'action sociale



Bulletin de contact et de syndicalisation
Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.



Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail :@.....

► **Sortir du management :** **construire une alternative dans l'organisation du travail**

Point de vue d'un directeur d'hôpital UFMICT-CGT, Eric ROQUE, Membre du Collectif national des Directeur-ric-e-s FPH, UFMICT - CGT, 13 janvier 2023

La maîtrise des dépenses est l'objectif prioritaire réel du management des établissements de santé et médico-sociaux publics. Le libéralisme s'y est imposé. Par objectif budgétaire, les établissements publics ont vécu une réorganisation territoriale et pyramidale autour des GHT. Cela a supprimé les directeur-rices de proximité, diminué l'autonomie. Des pratiques de management issues du privé sont imposées. Dans ce contexte, la violence managériale s'est accrue avec un hôpital devenu une entreprise.

Or, la campagne pour les élections professionnelles 2022 a permis au Collectif National des Directeurs-rices UFMICT-CGT de proposer une alternative dans l'organisation du travail. Aujourd'hui la CGT, pour une directeur-ric-e, c'est le moyen de dire NON aux politiques libérales dont l'effondrement du système sanitaire et médico-social en est l'aboutissement. Nous avons eu un résultat encourageant.

Ainsi, nous avons fait 130 propositions dans une plateforme revendicative ; donnant une autre vision managériale, fondée sur la prise en charge sanitaire et sociale de la population sur l'ensemble du territoire. Nous voulons une organisation du travail fondée sur le service public, avec des professionnel-le-s valorisé-e-s, bénéficiant de moyens ambitieux, engagé-e-s dans un collectif d'équipe. Retrouver le sens du travail. Remettre l'importance du soin et de l'accompagnement social à la personne humaine.

Nous voulons la fin de l'hôpital-entreprise, aussi bien dans l'organisation et les pouvoirs de direction de l'établissement, que dans son financement (T2A) et dans la prise en charge financière des usagers. Il est fondamental de contester la part du secteur privé et de ses pratiques commerciales, en particulier au regard du financement public direct ou indirect. Nous devons également avoir une organisation cohérente des services publics sur tout le territoire.

De plus, nous ne voulons plus réduire les professionnel-le-s de santé à de la masse salariale, impersonnelle, coûteuse, et corvéable sans limites. Mais redonner la place à la personne humaine dans un système bureaucratique déshumanisé. Nous devons recruter des compétences et des expériences,

les valoriser, les promouvoir, les former, les payer correctement et également, leur faire confiance en respectant une marge d'autonomie dans leur travail. Nous avons également besoin d'investissements massifs dans nos établissements publics (plus de 70 milliards d'euros).

Nous voulons également organiser un collectif d'équipe au service de l'utilisateur. En effet, le rôle d'une directeur-ric-e serait de remettre son établissement autour des valeurs du service public, notamment du respect de la personne humaine, de l'organisation des soins sur tout le territoire, de l'égalité de tous, de la liberté de l'utilisateur, de la neutralité de l'établissement et des professionnel-le-s... Ainsi, les professionnel-le-s reverraient un sens à leur travail: soigner et prendre en charge les patient-e-s. Et ce sens du travail motive les professionnel-le-s, les valorise dans leurs actions quotidiennes, justifie leurs efforts. Les dirigeant-e-s contribueraient ainsi au collectif d'équipe.

Cela passe aussi par le respect des Lois de la République. La violence doit cesser. Des enquêtes administratives doivent être menées par les ARS et le CNG. La justice doit être saisie pour tous les cas de violence, de discrimination, de harcèlement. Les lanceurs d'alerte doivent être protégés.

Par ailleurs, nous voulons une reconnaissance de la pluralité et de la complémentarité des connaissances et des compétences de nos établissements et de leurs professionnel-le-s. Non plus manipuler les uns par les autres, c'est l'étymologie de la « main » du « management », mais organiser et motiver un collectif en équipe, tous ensemble. Être un-e directeur-ric-e à l'écoute des acteurs du terrain, prenant en compte nos expertises plurielles. Nos professionnel-le-s ont besoin d'une autonomie de leurs actions ; ainsi que du temps et des moyens de concertation et de coordination.

Enfin, le soutien de la hiérarchie et l'apport institutionnel aux acteurs du terrain est nécessaire. Cela inclut la remontée des réalités des conditions de travail et la recherche de solutions par la hiérarchie. C'est pourquoi nous devons soutenir l'existence et le retour des directeur-ric-e-s de proximité sur le terrain.

► Pénuries et peines de la psychiatrie

On ne s'intéresse guère à la psychiatrie que lorsqu'il y a des drames, c'est aussi le cas souvent pour les urgences.

Drames dont on finit toujours par trouver la cause unique dans la folie d'un sujet. Cette ontologie pathologique du drame permet de dédouaner les incuries institutionnelles et politiques qui y ont contribué. Un malade qui meurt faute de soins est de toute façon un malade atteint d'une pathologie potentiellement mortelle. Les décideurs ne sont ni coupables ni même responsables, car l'imputabilité des drames humains aux décisions politiques est rarement directe. Les logiques gestionnaires s'évaluent toujours à court terme alors que leur impact sur les soins est à long terme. La vie réelle se déroule dans une autre temporalité ; c'est vrai de la vie des institutions de soins comme de celle des patients.

Malgré le maintien d'un savoir-faire relationnel de beaucoup d'équipes, l'organisation de la psychiatrie actuelle doit s'adapter à la pénurie et aux dogmes réifiant les pratiques. L'idéologie managériale dominante est régulièrement dénoncée sans en être le moins du monde affectée. La déshumanisation du service public de santé n'est pas une conséquence secondaire indésirable de l'organisation gestionnaire, mais elle à son principe. Les soignants qui portent par essence l'humanité des soins n'ont plus leur mot à dire dans leur organisation, ce dogme s'apprend dans les écoles de management et a même été théorisé. Les adeptes de cette idéologie sont dès lors autant insensibles à la souffrance qu'elle entraîne qu'inébranlables et inflexibles dans son application. Une psychopathologie du management reste à écrire.

Si cette déshumanisation de principe déstructure la relation de soins dans toutes les disciplines, ses conséquences sont particulièrement graves en psychiatrie, car se trouvent remis en question les fondamentaux thérapeutiques collectifs mais aussi individuels.

La première conséquence concerne le suivi des patients dans les prises en charge de longue durée. À moyens limités, ceux-ci ont tendance à se concentrer sur l'urgence ou l'aigu.

Les réponses médicales nécessaires ne sont pas suffisantes quand le suivi se limite à un contrôle pharmacologique de loin en loin. La continuité des soins, pilier de la psychiatrie de secteur implique le maintien dans le temps d'un lien tissé avec le patient renouant avec sa propre histoire souvent marquée par les ruptures et les discontinuités. Une écoute réelle est la condition de ce tissage. Elle ne peut se réduire au remplissage de questionnaires ou à des pointages espacés.

À l'opposé de la continuité des soins, la politique de santé, aujourd'hui, privilégie des « parcours » qui reposent sur un découpage séquentiel des prises en charge. Les étapes du dépistage, du diagnostic, de la prescription et du suivi sont éclatées sur des acteurs et des dispositifs souvent différents.

La traçabilité des soins remplace la continuité des soins.

La pédopsychiatrie moderne qui s'est développée parallèlement à la politique de secteur est sans doute particulièrement sensible à cette dimension. Son histoire moins tributaire du passé asilaire a été contemporaine de la prise de conscience de l'importance de la continuité du soin dans le développement et la construction du sujet humain depuis l'enfance. La remise en question du secteur comme tisseur d'histoire l'affecte donc particulièrement. Le secteur, à son origine, ne séparait d'ailleurs pas dans son principe d'organisation l'enfant de l'adulte. Le secteur ne s'est jamais limité à une simple organisation territoriale, il portait un vrai projet clinique, ce qui a tendance à être oublié.

Quand un patient de la psychiatrie commet un crime, on peut se demander quel enfant mal traité/maltraité, cet adulte souffrant garde en lui ?

Peut-on ignorer de même la souffrance de la société qui se révèle dans ces moments où la violence de patients est l'occasion attendue par certains pour les livrer tous à la vindicte publique ? La rareté de cette violence ne réduit pas l'émotion qu'elle provoque quand elle est dirigée contre des soignants ou des enfants.

Winnicott rappelait le droit de la société de se protéger contre les actes antisociaux, « car la

société elle aussi a besoin d'être soignée, car elle a été blessée. »*

La psychiatrie de secteur ne peut soigner la folie sans prendre en compte son rapport à la société. La peur de la folie pourrait se dire comme la peur d'une violence, à la fois intime et étrangère, qui existe d'ailleurs chez le malade lui-même et dont il est le plus souvent victime. Les réponses sécuritaires ont un écho d'autant plus fort que le sujet est lui-même fragile.

Il est important d'écouter aussi la société précisément pour éviter que les réponses émotives et réactionnelles ne deviennent répressives et réactionnaires. Et que la psychiatrie de secteur soit, comme la voulait Bonnafé, une psychiatrie populaire.

Stéphane BARBAS
Juin 2023

*Winnicott - Compte-rendu : rapport sur les châtiments dans les prisons et les maisons de redressement in Déprivation et délinquance. 1961

► Mortalité périnatale et infantile

Il est communément admis que les mortalités périnatale (survenant dans le premier mois de vie) et infantile (survenant dans la première année de vie) sont un bon reflet de l'efficacité des politiques de santé d'un pays. Leur importance dépend de multiples facteurs sociaux, sanitaires, éducatifs et de la qualité du maillage territorial en offre de soin.

Un rapport de l'INSERM¹ publié en mars 2023 fait état d'une augmentation de la mortalité infantile de 3,25 à 3,56 pour 1000 naissances en France entre 2012 et 2019, renvoyant notre pays de la 5^e à la 26^e place européenne sur 33. Que dit ce chiffre en données brutes ? Ce sont, chaque année en France, 1 200 enfants de plus qui décèdent dans leur première année de vie dont 575 la première semaine de vie. Dans cet intervalle, le taux de mortalité maternelle stagne² à près de 9/100 000 accouchements y compris en métropole malgré de grandes disparités, bien sûr entre les territoires (le taux de mortalité infantile et maternelle en post-partum est quatre fois plus élevé en Outre Mer, la Guyane et Mayotte étant les départements les plus préoccupants).

Quelles sont les pistes dont nous disposons pour tenter d'expliquer ces chiffres ?

En ce qui concerne la mortalité infantile, on peut avancer plusieurs explications sans trop prendre de risque... le nombre de maternités en France est

divisé par 3 depuis 1975 passant ainsi de 1 369 à 814 en 1996, 750 en 2010 et 450 aujourd'hui. Parallèlement, le nombre de lits dans ces établissements est logiquement passé de 32 000 en 1975 à 13 000 en 2021.

Un rapport rendu public et établi en mars 2023 par le Pr Yves Ville, chef de service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Necker, fait état de la « nécessité » de fermeture de 111 maternités supplémentaires dites de niveau 1 et pratiquant moins de 1 000 accouchements par an.

Il faut tout de même se souvenir, que la médecine pratiquée par cet éminent confrère s'adresse à une patientèle aisée puisqu'il pratique les honoraires libres n'hésitant pas à proposer la consultation à 100 €, des échographies du 2^e et 3^e trimestre à 300 € et un accouchement simple à 2 000 € (tarifs APHP 2016). Il semble bien exister un fossé de classe entre cette pratique et celle que l'on peut trouver dans les territoires et en régions où l'immense majorité des praticiens a à cœur le maintien d'un service public de qualité et surtout de proximité. Or la fermeture récurrente et épidémique des services d'urgence des hôpitaux périphériques prend des proportions inquiétantes ne favorisant pas l'accès au soin des populations dans bon nombre de territoires.

« On ne fait bien que ce qu'on fait souvent » nous rétorque-t-on ? Qu'à cela ne tienne, supprimons donc les cellules d'intervention en milieu périlleux

¹ Augmentation significative de la mortalité infantile en France. Martin Chalumeau Unité INSERM 1153 EPOPé. Mars 2023

² Santé Publique France Septembre 2022

chez les Sapeurs Pompiers sous prétexte qu'ils n'interviennent que quelques fois par mois, fermons les cellules NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) des SMUR puisque, heureusement, ces accidents sont rarissimes...

Non, il ne doit pas y avoir de considération financière dans les décisions de maintien ou de fermeture de tel ou tel service. Seule la considération de maillage territorial d'un service public doit être prise en compte. Et si l'activité est modeste, organisons le maintien à niveau des compétences des personnels grâce à des exercices de simulation comme c'est le cas pour les Sapeurs Pompiers et les Smur impliqués dans les accidents graves.

Par ailleurs, la situation sanitaire des femmes enceintes ne va pas en s'améliorant : le taux d'hypertension artérielle augmente atteignant près de 20 % dans certains territoires (première cause de retard de croissance intra-utérin, de prématurité et de petit poids de naissance), le diabète gestationnel, mais aussi le diabète hors grossesse progressent, l'obésité touche une femme enceinte sur 10 en 2022. 17 % des femmes enceintes continuent l'intoxication tabagique. Le recours à l'Aide médicale d'Etat est passée de 1,6 % en 2010 à 2,5 % en 2019. Les femmes sans abri ont vu leur nombre exploser puisqu'en Île de France par exemple, on est passé de 0,6 % en 2015 à 2,3 % en 2019.

On sait que cette précarité sociale, cet accroissement des pathologies chroniques ont un effet de levier très important sur la survenue d'une grossesse à risque et que parallèlement le suivi est dégradé. En effet, depuis 2016, l'OMS recommande 8 visites médicales ou par sage-femme, la première

ayant lieu idéalement avant la 12^e semaine d'aménorrhée. Or, 72 % seulement des futures mamans y ont accès, faute de professionnel de santé qualifié disponible.

Ces chiffres sont éloquentes et expliquent probablement les mauvais résultats de la France. En effet, imposer un transport en catastrophe en ambulance à une parturiente ou pire, à un nouveau-né avec tous les risques que cela suppose, hémorragie, hypothermie, immaturité pulmonaire chez les prématurés, tout cela n'est pas acceptable et s'apparente à un défaut d'assistance à personne en danger avec perte de chance pour le patient ou la patiente. Il vaut mieux accoucher dans une maternité de niveau 1 avec une grossesse pathologique (même si la structure n'est pas totalement équipée pour ça) plutôt que prendre la route en ambulance par tous les temps en espérant arriver à la maternité de niveau 2 ou 3 avant la naissance... Malheureusement, les grossesses qui attendent le plus le dernier moment sont souvent celles les moins suivies et donc les plus à risque...

En ce qui concerne, enfin, les moyens d'éducation à la santé, le réseau préventif reste un chantier d'importance. Il passe sans doute par une lutte contre les déserts médicaux notamment en créant massivement des Centres de Santé où sont salariés de façon attractive, des praticiens et des auxiliaires médicaux, où le conflit d'intérêt entre qualité du travail et rémunération est aboli et qui, de ce fait offre la possibilité de donner à la prévention ses lettres de noblesse.

*Dr Pierre Fieuzal
Poitiers, Avril 2023*

➤ **Témoignage d'un harcèlement ordinaire ou comment je suis arrivée à la CGT**

Le matin de mon premier jour d'arrêt-maladie, je me disais : ce qu'on m'a fait là est interdit par la loi – mais impossible à prouver. Je savais que c'était grave : je sentais un poids peser sur ma poitrine, je sentais mon cœur qui battait, jour et nuit.

Cela faisait 4 mois pendant lesquels je n'avais pas mis de mot sur la chose. Mais je me souvenais que, 4 mois plus tôt, je l'avais tout de suite soupçonné. À ma collègue qui venait d'arriver en renfort, j'avais dit : « *Ils veulent se débarrasser de moi !* » Pourtant, je ne pouvais pas le croire : j'accomplissais ma tâche

avec engagement, je les avais sauvés. Pendant les 8 mois précédant l'arrivée de ma collègue, avec mon petit temps partiel, j'avais été le seul médecin dans l'EHPAD, coordonnateur et prescripteur. Lors de la visite surprise de l'ARS, j'étais là. Pendant 8 mois, ma vigilance de chaque instant avait empêché ce bateau de couler. Je me voyais en héroïne.

C'était ma première candidature après plusieurs mois passés à guetter les annonces. J'avais choisi cet établissement à statut public, géré par un centre hospitalier qui à mes yeux avait bonne réputation. Je

connaissais et j'appréciais le travail de son équipe de gériatres – un gage de qualité. J'étais venue pour rester des années.

Mais très vite, j'ai été obligée de constater l'état de délabrement de l'établissement, témoignant d'une négligence de longue date, une défaillance de l'équipement contrastant avec une équipe de soignants très volontaires et accueillants.

Devant ce constat, on m'a fait miroiter un avenir meilleur, me faisant croire à l'opportunité de participer, un jour, à la grande reconstruction.

Huit mois plus tard donc, peu après l'arrivée du renfort et de manière paradoxale, j'ai appelé mes collègues gériatres et je n'ai rien trouvé d'autre à dire que : « *Je suis en difficulté* ». À partir de là, j'ai fait tout mon possible pour trouver une solution. Je suis allée voir mon référent médical, dont jusque-là, j'ignorais l'existence. J'ai rencontré la direction de l'EHPAD pour demander d'arrêter les pressions exercées sur moi et qu'on me fasse confiance. Quand on m'a répondu qu'on avait bien remarqué ma « fragilité », j'ai répliqué avec fougue que, au contraire, je pensais faire preuve d'une grande solidité.

À moitié par plaisanterie, j'ai proposé de signaler comme événement indésirable les deux mois précédant mon arrivée, où l'établissement s'était retrouvé sans médecin. Visiblement, ça n'amusait que moi. La réponse fut « *pénurie de médecins* ». J'ai reformulé : « *Pourquoi sont-ils partis ?* » Les yeux dans les yeux, on m'a répondu « *pour des raisons personnelles* ».

J'étais persuadée d'avoir été convaincante. Je me sentais forte et j'ai continué à assurer, comme si de rien n'était, souvent en prenant sur moi, parfois en ayant la tête qui tournait. Je pense être restée maîtresse de moi quand, environ un mois après l'entretien avec la direction, j'ai protesté ouvertement pour la première fois. Mais ça n'a pas empêché le « *gaslighting* » qui a suivi – un procédé connu, comme je l'ai appris plus tard, consistant à faire passer pour coupable celui ou celle qui dénonce un mauvais traitement.

Me voyant en difficulté, des personnes bienveillantes sont venues m'encourager, par un petit geste, un regard. Allant jusqu'aux confidences et aux mises en garde. Ces personnes ne se rendent probablement pas compte à quel point elles m'ont fait du bien. Possible qu'elles aient fait la différence entre moi détruite et moi restée debout.

J'ai des raisons de croire que l'établissement n'en est pas à son premier harcèlement, voire que d'autres ont eu lieu en ma présence. Ce qui me motive à vouloir laisser une trace, c'est qu'on ne puisse pas dire de moi : « *partie pour des raisons personnelles* ».

Deux semaines avant mon arrêt-maladie, le jour de l'anniversaire de mes fils (parce que la vie continue), j'ai subi ce que quelqu'un, plus tard, a appelé « *un discours sans réplique* » sous le thème « *il faut vite remplir la maison* », les places inoccupées depuis des années étaient subitement devenues insupportables. Concentrée sur mon effort de garder le contrôle sur moi-même, je n'ai en effet pas répliqué.



C'est l'annonce de ma convocation devant la direction de l'hôpital, survenue ce même jour, qui ne m'a plus laissé le choix : il fallait que je me fasse accompagner. Mais par qui ? Je ne voulais pas entraîner mes collègues gériatres dans ce borborygme. Une amie m'avait demandé : « *Il y a des syndicats ?* ». Les syndicats de médecins n'avaient jamais réussi à me convaincre. Je savais qu'une autre amie, médecin, avait fait appel à la CGT.

Me voilà au téléphone avec la CGT : « *Non, on ne fait pas les médecins.* » Et derrière, j'entends : « *Si, si !* » Le lendemain, j'avais mon rendez-vous, en pleine préparation de grève et de manifs. C'est là que j'ai prononcé pour la première fois le mot « *harcèlement* », il fallait bien expliquer pourquoi j'étais là. Et une personne, qui ne me connaissait pas et dont l'intention première n'était pas de me prouver que j'étais faible et incompétente, m'a écouté.

La veille de mon arrêt-maladie, j'ai ainsi réussi à tenir tête lors de la réunion où mes harceleurs ont franchi les bornes. J'ai même, cette fois-ci, trouvé la force de répliquer. Ainsi, le matin de mon premier jour d'arrêt-maladie, j'en avais la certitude : il s'agissait bel et bien de harcèlement. J'étais contente d'avoir tenu suffisamment longtemps pour en avoir le cœur net.

Longtemps, j'ai cherché le « *pourquoi* ». Qu'est-ce qu'ils voulaient obtenir ? Et ça m'a empêché de reconnaître le harcèlement en tant que tel. Aujourd'hui, je me dis, c'est simple, c'était pour me rendre maniable. Aujourd'hui, je me demande : comment se fait-il qu'ils n'aient pas vu que je ne pouvais pas rester dans ces conditions ?

