



Note du 11/04/2024 relative à un questionnement autour des répercussions de l'instabilité du système de santé sur les pratiques des professionnels

Préambule

L'Espace de Réflexion Éthique Bourgogne – Franche-Comté met à la disposition de tous les professionnels de santé et associations de la région une Cellule de Soutien Éthique (CSE)¹.

Dans ce cas précis, la CSE apporte un éclairage éthique collégial et pluridisciplinaire à une professionnelle de santé dans le cadre d'un questionnement autour des répercussions de l'instabilité du système de santé sur les pratiques des professionnels.

Pour ce faire, une concertation par visio-conférence a eu lieu le 16.02.2024 en présence de la requérante et de l'une de ses collègues ainsi que des membres de la CSE² afin de proposer une aide à la réflexion autour de cette interrogation.

Note : La CSE n'a pas vocation à se substituer au travail des instances éthiques locales ou aux avis et décisions des équipes, ni aux initiatives déjà mises en place par des équipes mobiles locales ou régionales.

Le présent document ne tient pas lieu de référentiel pour des conduites à tenir.

¹ Pour en savoir plus sur les objectifs et le mode de fonctionnement de la CSE, rendez-vous sur notre site internet : <http://www.erebfc.fr/cellule-de-soutien-ethique/presentation-4/>

² Les membres de la CSE présents à la concertation recouvraient des professions diverses, permettant la pluridisciplinarité : Psychiatre, Psychologue, Gériatre, Médecin en Soins Palliatifs, Chirurgien, Infirmière retraitée, Orthophoniste, Professeur Emérite de Philosophie, Conseiller honoraire à la Cour de cassation, MCF-HDR en Droit public, Sociologue.

I. EXPOSITION DE LA SITUATION

Notre système de santé fait face à des crises répétées qui font supposer que nous ne sommes plus face à des crises mais que nous évoluons dans un système de santé dont l'instabilité s'inscrit dans la durée. Dans ce contexte, dans l'établissement de la requérante comme dans d'autres, les plans blancs s'enchaînent comme les « situations exceptionnelles ». L'afflux excessif de patients et le manque de professionnels de santé a conduit plusieurs fois la direction de son établissement à contraindre des médecins à prendre en charge des patients dans des unités provisoires "post-urgences". Certains médecins sont même sollicités alors qu'ils n'ont plus de pratique clinique ou qu'ils ont une activité clinique très spécialisée depuis de nombreuses années. Sous la contrainte et les pressions (sociale ? administrative ? conscience professionnelle ?), des médecins exercent ainsi en dehors de leur zone d'expertise et engagent leur responsabilité pour la prise en charge de ces patients. D'autres refusent d'exercer dans ces conditions et d'engager leur responsabilité personnelle.

Dans les années à venir, ces situations vont être de plus en plus fréquentes. Il sera peut-être préférable d'être pris en charge par un médecin quels que soient sa spécialité et son domaine de compétence, quelle que soit son expérience clinique, plutôt que de ne pas être pris en charge du tout. *Mais alors, qu'en est-il de la responsabilité médicale ? Le serment d'Hippocrate indique « je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences ». Aussi, vaut-il mieux ne rien faire que de faire moins bien dans une situation où nous allons manquer de professionnels de santé ? Le médecin et les professionnels de santé doivent-ils partager cette responsabilité vis à vis de la société ?*

Face à la crise de la Covid-19, le Président a déclaré que nous étions "en guerre". Cette métaphore, discutable, a toutefois permis une reconnaissance sociale d'un système de santé dépassé, avec des professionnels qui feront de leur mieux au-delà de leurs compétences, dans une situation inconnue. Cela pourrait avoir permis une certaine « dilution » de la responsabilité en « autorisant » des infirmières scolaires, des chirurgiens ou encore des professionnels retraités à exercer au-delà de leur domaine de compétence. *Aussi, la reconnaissance d'une responsabilité de l'Etat sur l'instabilité de notre système de santé actuel pourrait-elle permettre aux professionnels de santé de continuer à exercer dans des conditions dégradées voire parfois en dehors de leur domaine de compétence et ainsi limiter un conflit de valeur personnel ?*

II. DISCUSSION

L'hôpital public traverse actuellement une crise majeure, révélée entre autres par la pandémie de Covid-19. Aux défaillances et dysfonctionnements systémiques (manque de moyens et de personnel, gestion entrepreneuriale de l'hôpital, contraintes administratives, etc.) s'ajoutent une augmentation de l'afflux de patients et une « crise morale »³, cause et conséquence de la souffrance des professionnels de santé qui traversent une crise de sens. Leur travail, en tension, s'effectue dans des conditions sans cesse dégradées. Une partie du problème réside dans les sous-effectifs chroniques qui conduisent à un surinvestissement des professionnels présents⁴, parfois contraints d'exercer hors de leur domaine de compétence. Ces situations sont mal vécues par de nombreux professionnels, notamment les médecins, qui engagent leur responsabilité vis-à-vis de la prise en charge des patients.

Aussi, les tensions actuelles sur notre système de santé subies par les médecins doivent-elles mener à questionner leur responsabilité dans la prise en charge des patients ?

Repères juridiques

D'un point de vue juridique, on ne parle de responsabilité des médecins qu'en cas de faute. Comme l'indique l'article L1142 1 du Code de la Santé Publique⁵ « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.* ».

En droit administratif, deux types de fautes sont distinguées : la faute de service et la faute personnelle. Dans le cas présenté, c'est-à-dire la situation de médecins qui interviennent en dehors de leur spécialité, cela relève d'une faute de service dans la mesure où cela résulte d'un problème d'organisation du service. La faute personnelle commise dans le cadre du service doit être détachable du service avec une intention de nuire de la part du professionnel. Ici, il s'agit davantage d'une faute de service qui engage la responsabilité de la personne publique et non la responsabilité individuelle de l'agent.

Si l'on parle de responsabilité individuelle dans le cadre d'un exercice libéral, au sein du service public, la responsabilité médicale incombe à l'institution et non au praticien. Selon l'article L1142 1-1 du Code de la Santé Publique : « *ouvrent droit à réparation, au titre de la solidarité nationale : [...] 2° Les dommages résultant de l'intervention, en cas de circonstance exceptionnelle, d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme en dehors du champ de son activité de prévention, de diagnostic ou de soins.* »

Ces éléments juridiques n'enlèvent toutefois pas la question de la **responsabilité morale et des tensions éthiques ressenties**.

³ CCNE, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », avis n°140, octobre 2022, p.11.

⁴ A. MALTIS, S. LAGRANGE, « Partir ou rester ? Le vacillement de l'engagement des médecins envers le service public hospitalier », EREBFC, février 2024.

⁵ Article consultable à l'URL suivante :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171014/#LEGISCTA000006171014

1. La responsabilité morale des soignants, source de souffrance

S'il est inscrit dans le serment d'Hippocrate le devoir de répondre aux besoins des patients, l'engagement, éthique et moral, du médecin se porte envers un patient en particulier. L'obligation de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population revient quant à elle au système de santé. Cependant, face aux sollicitations de plus en plus croissantes et envahissantes du système dans un contexte de coupes budgétaires et de manque d'effectifs, la réponse aux besoins de santé finit par reposer sur les professionnels qui sont amenés à se surinvestir. Une situation qui ne cesse de s'aggraver à mesure des départs massifs de nombre d'entre eux. Cela les expose à « *un épuisement caractérisé en particulier par un déficit de reconnaissance de la pénibilité au travail, une détérioration de la relation avec les personnes malades due à l'augmentation des contraintes administratives et procédurales, et le sentiment de devoir en permanence pallier les carences structurelles du système de soins.* »⁶. Ils vivent alors un conflit intérieur entre des principes et valeurs qui leur sont propres : souci de protection personnelle vs valeurs d'altruisme et de don de soi inhérentes à leur engagement au sein du service public ; sentiment de ne pas être à la hauteur des soins attendus pour les patients vs valeurs de solidarité et de justice poussant à ne pas laisser tomber confrères et patients. Cela peut se caractériser par : **jusqu'où dois-je donner de ma personne ?** Un conflit qui est très difficile à vivre.

Dans la situation exposée, cette sur-sollicitation concerne encore plus les cas où la direction de l'établissement demande aux praticiens d'exercer en dehors de leur domaine de compétence pour pallier le manque de professionnels. Cette notion de compétence revêt plusieurs sens – à la fois l'acquisition d'un savoir, d'une expérience mais aussi un ressenti. Ces situations induisent alors un coût moral important lorsque le professionnel ne se sent pas compétent pour assurer une consultation. Même si sa responsabilité individuelle n'est pas engagée sur un plan juridique, cela n'est pas suffisant pour lui permettre d'accepter de vivre ce genre de situation. Les responsabilités professionnelles et morales s'enchevêtrent et occasionnent un conflit de valeurs autour de ce dilemme : **Faute de mieux, doit-on accepter d'exercer à la limite de ses compétences ou au nom de principes éthiques ou de valeurs morales peut-on refuser ?**

Les professionnels éprouvent alors une tension entre :

- Le principe de **solidarité** avec leurs collègues – ici pallier l'absence de l'un d'entre eux ;
- Leurs valeurs d'**altruisme** – que l'on pourrait définir comme leur dévouement pour les autres et dans ce cas, la volonté de ne pas laisser un patient sans réponse à son besoin de soins ;
- Le principe de **non-malfaisance** envers le patient – caractérisé par la crainte de faire plus de mal que de bien en raison des limites de ses compétences ;
- La notion de **respect du patient**, avec une obligation morale à délivrer une information honnête, ici ne pas mentir sur ses propres capacités/compétences à répondre au besoin de soins ;
- La notion de **sécurité**, pour soi-même et pour les autres, dans sa pratique médicale caractérisée par un niveau d'attention et d'exigence maximal.

⁶ CCNE, *op. cit.*, p.13.

Ces situations nécessiteraient pour les praticiens d'arbitrer pour eux-mêmes entre mise en retrait ou exercice en mode « dégradé ». Toutefois, il semble qu'il s'agisse bien souvent d'une « obligation imposée » dont l'exigence est la continuité des soins. La direction générale effectue un arbitrage lors d'une réunion de crise et impose l'exercice hors de son domaine au praticien ; le choix n'a donc plus sa place. Les professionnels de santé se retrouvent alors dans une situation de **souffrance éthique**, c'est-à-dire qu'ils « *sont contraints d'agir en opposition avec leurs valeurs sociales, professionnelles ou personnelles, sans qu'ils puissent s'exprimer ouvertement sur ces tensions et les sentiments qu'elles génèrent* »⁷. L'absence d'espaces de paroles, le manque de temps et la crainte d'aggraver la situation de l'établissement de santé conduisent bien souvent à un **silence éthique**, c'est-à-dire : « *une situation dans laquelle une personne reconnaît une tension éthique qu'elle choisit de taire par crainte de conflit ou de représailles.* »⁸. Les valeurs soignantes sont alors mises à mal. Cela conduit, en plus d'une souffrance éthique à une souffrance psychique. Comme l'indique le dernier rapport d'étude de l'EREBFC consacré au vacillement de l'engagement des médecins du service public, les carences structurelles et les contraintes imposées par la gestion hospitalière poussent les praticiens à s'adapter toujours plus et ainsi, entrer en conflit avec leurs propres valeurs et principes, occasionnant des tensions à la fois internes (dissonance cognitive) et externes (pression de la direction)⁹.

Ce conflit de valeurs, auquel sont confrontés les professionnels, semble toutefois « utilisé » par la direction. Il est possible que les responsables politiques aient connaissance du profil d'engagement singulier des professionnels médicaux ou paramédicaux au sein du service public. En effet, celui-ci ne repose pas uniquement sur la responsabilité professionnelle mais traduit une certaine vision du soin et une disposition au désintéressement et au don de soi¹⁰. La forte valeur de « sollicitude » du *care* des soignants n'est-elle pas alors instrumentalisée pour assurer la continuité des soins, sans pour autant envisager une réorganisation du système de santé ?

*Aussi, « les médecins, marqués habituellement par une certaine autonomie relative à leur pratique, se retrouvent dépossédés de toute possibilité de manœuvre et les valeurs qu'ils défendent ne peuvent plus faire partie intégrante de leur exercice au sein de l'hôpital. Ces différentes atteintes à l'intégrité de leur profession de médecin engendrent une importante souffrance, les menant parfois au burn out et au désengagement du service public hospitalier. »*¹¹.

2. Un enjeu de reconnaissance

a. Entre pairs

Aux conflits de valeurs rencontrés dans le cadre de leur exercice s'ajoutent les craintes de jugement des pairs par rapport à leur investissement et/ou compétence au sein de leur travail. Dans un système qui repose majoritairement sur l'investissement de ses professionnels, les évolutions du rapport au travail ont un impact non négligeable. Si les anciennes générations avaient un modèle d'engagement professionnel total, les jeunes générations sont davantage à la recherche d'un équilibre vie professionnelle/vie privée, tentant au mieux de se protéger des risques professionnels. Le sentiment

⁷ L. LANGLOIS et al., (2010), « Les dilemmes éthiques vécus par les infirmières aux soins intensifs », Revue d'éthique publique, 11, 2 : 20-30 cité dans : CCNE, *op. cit.*, p.14.

⁸ F. B. BIRD, J. A. WATERS, (1989), « The moral muteness of managers », California Management Review, 32(1), p. 73-88 cité dans : CCNE, *op. cit.*, p.14.

⁹ A. MALTIS, S. LAGRANGE, *op. cit.*, p.33.

¹⁰ Cf. Résultats de l'étude relative au vacillement de l'engagement des médecins envers le service public hospitalier : A. MALTIS, S. LAGRANGE, *op. cit.*

¹¹ *Ibid*, p.51.

de responsabilité dans la continuité des soins reste bien présent mais la dimension sacrificielle pour pallier le manque de personnel est toutefois moins marquée pour les jeunes générations¹². Le surinvestissement auquel pousse le système est donc propre à chacun.

Il en est de même pour la question du sentiment de compétence ; certains professionnels se sentant particulièrement à l'aise avec le fait d'exercer dans d'autres champs que le leur et d'autres non. Aussi, il apparaît important de reconnaître entre pairs cette différence de ressenti afin de ne pas stigmatiser les professionnels réticents en assimilant leur refus comme un choix égoïste de privilégier leur confort. Cette reconnaissance permettrait peut-être d'alléger la tension qui règne autour ces situations.

b. Citoyenne

L'hôpital public, initialement un lieu d'hospice, c'est-à-dire un lieu recevant des personnes démunies, est progressivement devenu un lieu de tensions interpersonnelles, éthiques, politiques. Les conditions actuelles mettent à mal toutes les valeurs soignantes : l'humanité, la bienveillance, le respect de la dignité mais aussi le respect de l'intégrité physique et morale, tant pour les patients que pour les soignants.

Malgré les différents messages passés dans les médias, cette image d'un lieu d'accueil, ouvert à n'importe quelle heure du jour ou de nuit, où toutes les souffrances sont posées, reste présente dans l'esprit d'un grand nombre de citoyens. Pourtant, la réalité est toute autre : manque de lits, de ressources humaines avec un personnel mis à mal car ne pouvant pas exercer son travail à la hauteur de ses aspirations. Et le fait de ne pas partager cela avec le public malade fait défaut, occasionnant un manque de reconnaissance citoyenne en raison d'une incompréhension de la situation.

La relation de soin se retrouve ainsi fragilisée, chacune des parties étant particulièrement vulnérable. Les souffrances se croisent, à la fois celle des soignants qui souffrent d'une organisation du travail délétère et celle des patients qui pointent un manque d'écoute et de temps consacré. Cela entraîne une « crise du respect »¹³ envers les soignants avec, entre autres, de plus en plus de violences à leur égard. A cet effet, l'Assemblée Nationale a adopté le 14 mars dernier, un texte de loi réprimant davantage les violences contre les soignants¹⁴. La problématique réside dans le fait que même si l'utilisateur a conscience des dysfonctionnements du système, il est aussi le patient qui a besoin de « bons soins ». Un travail entre la direction de l'établissement et les représentants d'utilisateurs permettrait d'éviter les points de friction.

Qu'en est-il de la question de l'exercice du médecin en dehors de son champ de compétence habituel? S'il est inscrit dans la loi la nécessité d'une information éclairée donnée au patient, jusqu'où aller dans l'information des limites de ses compétences? La transparence permettrait d'éclairer les responsabilités institutionnelles. Pourtant, elle rendrait parfois insécure la relation thérapeutique en fragilisant la confiance entre le patient et le soignant, ce qui n'est pas sans soulever d'importantes questions éthiques. Reste la piste des associations de patients et de la commission des usagers de l'établissement, l'objectif étant de remonter les informations afin qu'elles soient connues des

¹² A. MALTIS, S. LAGRANGE, *op. cit.*, pp.33-37.

¹³ CCNE, *op. cit.*

¹⁴ B. DECOTTIGNIES, « Violences contre les professionnels de santé: l'Assemblée nationale adopte un texte légèrement enrichi », APM News, 14 mars 2024.

Proposition de loi n°2093 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé, Site de l'Assemblée Nationale [consulté le 21 mars 2024], disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2093_proposition-loi

politiques. Le fait pour un patient d'être pris en charge par un professionnel qui ne se sentirait pas en capacité complète de le faire induit davantage de vulnérabilité et nuit à la qualité des soins. Se taire reviendrait en quelque sorte à cautionner la mise en danger des patients.

3. Vers une alliance éthique ?

L'hôpital est de plus en plus organisé sur le modèle entrepreneurial avec une vision de la « performance technique » (T2A, budget contraint). L'objectif est de « positionner chaque acteur de santé sur les actes pour lesquels il a la plus forte valeur ajoutée »¹⁵. Cette logique crée de fait une tension entre administratifs, attachés à la plus juste répartition des ressources que ce soit en termes de temps ou de compétence, et soignants, attachés à l'attention et à l'adaptation à chaque situation singulière. Dans ce modèle de gestion, les réorganisations s'opèrent ainsi souvent à défaut de personnel et non sur la base des compétences de chacun, accentuant la tension éthique entre les principes de Justice et de Care.

D'une part, les notions de compétences ne sont pas forcément partagées. Leur sens diffère si on les appréhende du côté du soin, prenant notamment en compte le ressenti du professionnel, ou d'une direction qui doit faire en sorte que la continuité des soins soit assurée et qui entrevoit les capacités des professionnels au regard de leur titre, les considérant comme « interchangeables ». Cela crée des incompréhensions entre les professionnels de santé et la direction. Se trouvant dans une situation d'urgence, le moment de la discussion est souvent dépassé et une décision arbitraire est prise pour désigner le professionnel amené à assurer la consultation. L'hypothèse est émise d'une possible conscience de la direction du risque de désengagement des professionnels, qui ne se reconnaissent plus dans les rôles assignés, puisqu'elle envoie quasi-systématiquement des médecins seniors qui oseront certainement moins refuser. C'est là que le problème éthique émerge. Il y a quelque chose qui ne fonctionne plus et qui va s'abîmer si le système repose sur une éthique individuelle. Quid de l'avenir du système quand on fait reposer l'avenir du collectif sur des valeurs morales individuelles ? Et au-delà, quand il y a une instrumentalisation de ces valeurs ?

D'autre part, il y a un défaut d'écoute et de reconnaissance de la détresse des soignants générée par ces décisions. Que penser d'une institution qui reste sourde à la souffrance et aux besoins de ceux sur qui la pérennité du système repose ?¹⁶ Il pourrait être envisagé une **alliance éthique**, c'est-à-dire « une responsabilité assumée collectivement en vue de favoriser un climat de travail de solidarité et de soutien. Il s'agit de montrer que la souffrance éthique, qui vient de dilemmes éthiques, aussi bien dans le soin que dans l'organisation du système de soins, voire dans les politiques de santé publique, ne repose pas entièrement sur les individus »¹⁷. A cet effet, il existe une « Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière »¹⁸ qui promeut les bonnes pratiques en matière d'éthique et de responsabilité pour les directeurs d'établissement, ces derniers devant concilier l'accroissement des besoins de la population, l'exigence de qualité et de sécurité dans l'accompagnement des patients et la gestion des ressources humaines. Elle invite à reconnaître les individus au-delà de leurs fonctions dans une juste considération, de favoriser la qualité de vie au travail (environnement de travail sécurisé, conciliation de la vie professionnelle et personnelle,

¹⁵ CCNE, *op. cit.*, p.31.

¹⁶ A. MALTIS, S. LAGRANGE, *op. cit.*

¹⁷ *Ibid.*, p.36.

¹⁸ CNG et Ministère des Solidarités et de la Santé, *Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière*, 2017. Consultable sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Charte_ethique_directeurs_FPH.pdf

conditions d'exercice respectueuses des personnes, etc.), s'engager dans un dialogue ouvert, constructif et responsabiliser les professionnels. L'idée est d'écouter, analyser, évaluer les compétences et les limites des professionnels pour concourir à un projet collectif. Autrement dit, développer une culture de la concertation, de la co-construction de l'organisation du travail sur le modèle de « l'hôpital magnétique », un concept qui a émergé dans les années 1980 aux Etats-Unis et qui repose sur un management participatif. Ces dynamiques de gestion participative permettraient de redonner du sens aux professionnels de santé.

Ainsi, il serait intéressant de permettre des espaces de créativité autour de la réorganisation afin que chacun puisse s'y investir à mesure de ses compétences. Si la pandémie de Covid-19 a sur-sollicité les soignants pendant une période relativement restreinte, la crise actuelle perdure et les professionnels ont le souhait de réaliser leur travail comme il se doit, c'est-à-dire en rapport avec la vulnérabilité des patients, et d'agir en accord avec leurs valeurs. Développer des espaces de créativité semble être une piste intéressante mais cette responsabilité à être créatif ne doit pas uniquement reposer sur les individus et doit être partagée par les responsabilités politiques.

Comme l'indique le dernier rapport d'étude de l'EREBFC, *« l'épuisement professionnel au sein de l'hôpital public semble découler de sa propre organisation. Ce que les gestionnaires considèrent comme une qualité des soins ne semble pas correspondre à la même définition que s'en font les soignants. Plus exposés à la souffrance des soignés du fait d'un cadre de pratique bouleversé par les restructurations en tout genre, les médecins ne peuvent plus exercer leur métier comme ils le souhaitent et se sentent impuissants, vulnérables, et surtout ne se sentent plus en accord avec leurs propres valeurs, valeurs qui ont été fondatrices de leur engagement au sein de cette profession médicale mais surtout au sein du service public hospitalier. »*¹⁹. Par conséquent, comme le préconise l'avis 140 du CCNE, il semble qu'une *« réflexion doit être menée sur l'ensemble du système de santé pour assurer à ses acteurs des conditions de travail dignes, permettre à chacun de développer ses compétences, activer des leviers favorisant l'écoute et la souplesse, indispensables pour créer des conditions de bien-être au travail, notamment pour les personnels hospitaliers. »*²⁰.

Références bibliographiques

Textes législatifs

- Article L 1142-1 du Code de la Santé Publique. Consultable à l'URL suivante : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171014/#LEGISCTA000006171014
- Proposition de loi n°2093 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé, Site de l'Assemblée Nationale [consulté le 21 mars 2024], disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2093_proposition-loi

¹⁹ A. MALTIS, S. LAGRANGE, *op. cit.*, p.47.

²⁰ CCNE, *op. cit.*, p.50.

Autres ressources

- A. MALTIS, S. LAGRANGE, « Partir ou rester ? Le vacillement de l'engagement des médecins envers le service public hospitalier », EREBFC, février 2024.
- B. DECOTTIGNIES, « Violences contre les professionnels de santé: l'Assemblée nationale adopte un texte légèrement enrichi », APM News, 14 mars 2024
- CCNE, « Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives », avis n°140, octobre 2022.
- CNG et Ministère des Solidarités et de la Santé, *Charte de l'éthique et de la responsabilité des directeurs de la Fonction Publique Hospitalière*, 2017. Consultable sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/Charte_ethique_directeurs_FPH.pdf