



— Espace de —  
**Réflexion Éthique**  
Bourgogne — Franche-Comté

## **PARTIR OU RESTER ?**

# Le vacillement de l'engagement des médecins envers le service public hospitalier

— Etude 2022-2023 de l'Observatoire —



©DavidCesbron



## TABLE DES MATIERES

---

<b>Auteurs, encadrement, comité scientifique .....</b>	<b>3</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>4</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>7</b>
<b>Limites de l'étude.....</b>	<b>12</b>
<b>I. VALEURS ET PRINCIPES ÉTHIQUES LIÉS A LA PRATIQUE MÉDICALE .....</b>	<b>13</b>
Le métier de médecin.....	14
Héritage des valeurs : entre transmissions familiales et professionnelles .....	17
L'engagement hospitalier : don de soi au service du bien commun.....	21
<b>II. ÉMERGENCE DE TENSIONS ÉTHIQUES AU SEIN DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER .....</b>	<b>26</b>
Administration hospitalière et équipe soignante : la rupture.....	27
Génération de médecins.....	31
Principes éthiques en tension .....	36
<i>Bienfaisance et autonomie : nouvelle génération de patients.....</i>	<i>36</i>
<i>Tension justice - care : une instrumentalisation des soignants ? .....</i>	<i>37</i>
<b>III. QUAND LES TENSIONS ÉTHIQUES AMÈNENT AU VACILLEMENT DE L'ENGAGEMENT.....</b>	<b>40</b>
Du manque de reconnaissance au burn out .....	41
Le désengagement .....	45
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>49</b>
Principaux résultats.....	49
Ouverture .....	50
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>55</b>
ANNEXE 1 : Recrutement des enquêtés – mail diffusé à l'ensemble des médecins des CHU de Dijon et de Besançon.....	55
ANNEXE 2 : Grille d'entretiens .....	56

## AUTEURS, ENCADREMENT, COMITE SCIENTIFIQUE

---

### REALISATION DE L'ETUDE

**Sophie Andréa LAGRANGE**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté et doctorante en sociologie à l'Université de Bourgogne.

### REDACTION DU RAPPORT D'ETUDE

**Aurore MALTIS**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté.

**Delphine BALIZET**, Psychologue clinicienne - Unité de Soins Palliatifs, Equipe Ressource Régionale Soins palliatifs Pédiatriques, membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

**Sophie Andréa LAGRANGE**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté et doctorante en sociologie à l'Université de Bourgogne.

### ENCADREMENT DE L'ETUDE

**Delphine BALIZET**, Psychologue clinicienne - Unité de Soins Palliatifs, Equipe Ressource Régionale Soins palliatifs Pédiatriques, membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

**Sandra FRACHE**, Médecin des Hôpitaux, Responsable de l'Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques, Co-directrice de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

**Aurélié GENG**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire, Coordinatrice de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté.

### RELECTURE DU RAPPORT D'ETUDE

**Delphine BALIZET**, Psychologue clinicienne - Unité de Soins Palliatifs, Equipe Ressource Régionale Soins palliatifs Pédiatriques, membre du Conseil d'Orientation de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

**Sandra FRACHE**, Médecin des Hôpitaux, Responsable de l'Equipe Ressource Régionale de Soins Palliatifs Pédiatriques, Co-directrice de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté.

**Aurélie GENG**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire, Coordinatrice de l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté.

**Anaïs SAMPERS**, Ingénieure de recherche hospitalier au CHU de Dijon, Chargée de mission Observatoire et Cellule de Soutien Ethique à l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté.

## REMERCIEMENTS

---

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements à l'ensemble des médecins, qui par la confiance et le temps accordés, ont soutenu cette recherche. Nous remercions également l'ensemble des personnes qui par un mail, un appel, quelques mots échangés, ont témoigné de leur intérêt pour l'étude. Enfin, nous souhaitons remercier toutes les personnes ressources mobilisées dans le cadre de cette étude pour leurs apports.

## INTRODUCTION

---

Dire de l'hôpital public qu'il traverse une crise majeure n'a plus rien d'original. La plainte est désormais connue de tous : les manques pluriels de moyens sont la conséquence d'une rationalisation des coûts consistant à minimiser les dépenses et maximiser les recettes, se traduisant généralement par des coupes budgétaires. Ces nouveaux modes d'organisation ont notamment conduit à l'introduction de la Tarification À l'Activité (T2A) en 2004 ainsi qu'à l'instauration d'une gestion hospitalière plus entrepreneuriale à la suite notamment, de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire ». Concernant la T2A, elle est définie comme un mode de financement qui rémunère les établissements hospitaliers en fonction des diagnostics et actes médicaux pratiqués, certains valant plus que d'autres<sup>1</sup>. Cette loi, qui signera l'avènement de l'intronisation de logiques managériales héritées de l'entrepreneuriat depuis la fin des années 1970, aura notamment pour effet de valoriser les actes plus que les compétences, à l'aune des coûts<sup>2</sup>. En somme, l'architecture du système de santé, rendue friable par l'accumulation progressive des vulnérabilités, révèle une fragilité alarmante. Dans ce contexte de dégradation déjà forte de l'institution hospitalière, la pandémie de Covid-19 a agi comme révélateur des difficultés structurelles qu'elle rencontre. L'importante tension dans les hôpitaux a jeté la lumière sur la question des manques et a introduit de « profonds débats éthiques sur le sens du soin et de la santé dont les acceptions classiques ont été bouleversées par la crise de la Covid-19 »<sup>3</sup>. Plus particulièrement, aux crises de moyens s'ajoute donc une « crise morale »<sup>4</sup> de l'hôpital public – cause et conséquences des souffrances des professionnels de santé<sup>5</sup> –, qui se traduit notamment par la difficulté à faire vivre un référentiel supposé commun de valeurs du service public telles que l'intérêt général, le principe d'égalité de traitement et la continuité de service<sup>6</sup>. Les mois qui ont suivi l'apparition de la pandémie ont par conséquent vu des milliers de blouses raccrochées sans espoir d'être de nouveau vêtues, inquiétant ainsi professionnels et usagers du service public. Le paradoxe réside dans le fait que les services publics se sont réduits au moment où la demande explose<sup>7</sup>. Parmi les professions les plus touchées, sont déplorées les démissions

---

<sup>1</sup> Bras, P.-L. (2017). Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 35(6), 245-263.

<sup>2</sup> Gervais, J., Lemerrier, C., Pelletier, W. (2021). *La valeur du service public*, Paris, La Découverte.

<sup>3</sup> Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). (2022, octobre). *Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives*.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> Maugan, M-E. (2022, mars). *La souffrance des soignants : quels enjeux éthiques ?*. Doc'éthique. EREBFC.

<sup>6</sup> Potier, V. (2012, juillet). *Valeurs du service public*. Portail de la Fonction Publique, Site Internet du Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques.

<sup>7</sup> Vezinat, N. (2019). *Le Crépuscule des services publics*. *La Vie des Idées* [Consulté le 25 octobre 2022]. Disponible : <https://laviedesidees.fr/Le-crepuscule-des-services-publics.html>

massives des infirmier.es et aides-soignant.es largement étudiées<sup>8</sup> et médiatisées<sup>9</sup>. En outre, la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS), dans un rapport publié en décembre 2021, présente les résultats d'une étude menée en octobre et novembre 2021 auprès de 1 155 établissements de santé (publics, privés non lucratifs et privés lucratifs), soit près de deux tiers des établissements de santé<sup>10</sup>. Elle recensait alors 2 112 démissions en un mois parmi lesquels 1 245 infirmiers, 511 aides-soignants et 42 sages-femmes. Leur départ met notamment en exergue les multiples motifs de leur abdication et signe un point final à leurs principales revendications<sup>11</sup>: lutter contre les logiques de distinction des actes et des compétences, améliorer les conditions de travail, revaloriser leur rémunération, restaurer la désirabilité de leur fonction pour leur permettre de retrouver de leur sens et œuvrer à l'opérationnalisation des valeurs du service public.

Parmi les démissions comptabilisées, l'enquête réalisée par la DGOS dénombre également 314 démissions de médecins en ce même laps de temps<sup>12</sup>. Aussi, dans le cadre de sa mission Observatoire, l'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne – Franche-Comté (EREBFC) a choisi de s'intéresser à cette population soignante, population peu étudiée et pourtant touchée par cette vague de démission.

Nous sommes ainsi partis à la rencontre de celles et ceux qui questionnent leur avenir au sein de l'institution hospitalière mais aussi de celles et ceux qui restent attachés à l'exercice de leur fonction au sein du service public, en questionnant la place relative des valeurs du service public dans leur engagement. *Pourquoi ces médecins se sont-ils engagés dans l'hôpital public ? Quelles sont les valeurs du service public centrales à leur engagement et comment se manifestent-elles dans leur exercice ?* Autant de questions que nous tenterons d'éclairer.

---

<sup>8</sup> Les données relatives aux nombres de professionnels de santé qui ont démissionné ces derniers mois divergent. Une étude menée en 2020 par la Fédération hospitalière de France (FHF) auprès de 300 établissements faisait état de 12 189 départs (qu'il s'agisse de démissions, de départs en retraites ou de fins de contrat) d'infirmiers et d'aides-soignants laissant ainsi près de 2000 postes vacants. Ce chiffre représente environ 2% de postes vacants en plus par rapport à 2019 (FHF, 2020). En octobre 2021, le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI) révèle quant à lui que 10 à 20 % des postes infirmiers dans les hôpitaux étaient vacants et 10 % des effectifs étaient en « maladie, *burn-out* ou dépression » (SNPI, 2021).

<sup>9</sup> Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES). (2022, octobre). La France vit-elle une « Grande Démission » ?.

<sup>10</sup> Ferney, J. (2021, décembre). Lits fermés à l'hôpital : une nouvelle étude relance la bataille des chiffres. La Croix.

<sup>11</sup> Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). (2022, octobre). Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives.

<sup>12</sup> Ferney, J. (2021, décembre). Lits fermés à l'hôpital : une nouvelle étude relance la bataille des chiffres. La Croix.

## METHODOLOGIE

---

### OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est de comprendre les fondements de l'engagement des médecins au sein de l'institution hospitalière, éclairés par la compréhension des motifs de désengagement.

### PHASE EXPLORATOIRE, D'OCTOBRE À DECEMBRE 2022

#### REVUE DE LITTÉRATURE

L'étude a débuté par une revue de la littérature du sujet traité. Il nous a fallu ainsi balayer l'histoire du service public français et plus spécifiquement le système hospitalier. Dans un second temps, nous nous sommes référés à la littérature contemporaine au sujet du vacillement de l'engagement des agents du service public et plus largement du sens du travail.

#### IDENTIFICATION DE LA POPULATION ENQUETÉE

Aux prémices de l'étude, nous avons envisagé de rencontrer :

- Des médecins qui exercent au sein de l'hôpital public ;
- Des médecins qui se sont désengagés du service public ;
- Des médecins qui ont demandé une mise en disponibilité ;
- Des internes en médecine ;
- Des médecins intérimaires.

La faiblesse du nombre de réponses de la part des internes en médecine comparativement aux autres catégories nous a conduit à abandonner cette catégorie de la population telle qu'initialement définie. Nous avons également abandonné la possibilité de rencontrer des médecins intérimaires pour ce même motif. Il nous est apparu plus pertinent de nous concentrer sur l'objectif premier de cette étude, en investissant plus particulièrement la population des médecins engagés au sein du service public. Les médecins désengagés ainsi que celles et ceux en disponibilité permettant de mettre en lumière les motifs de l'engagement par la compréhension des motifs du désengagement.



## PHASE DE RECRUTEMENT DES ENQUETES, DE FEVRIER A MARS 2023

### TERRAIN ETUDIE

Les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) de Dijon et de Besançon.

### POPULATION D'ENQUETE

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- *Toutes spécialités confondues* :
  - Médecins qui exercent au sein de l'un des deux CHU de la région et qui ont pensé à se désengager.
- *Dans une perspective comparatiste* :
  - Médecins qui se sont désengagés de l'un des deux CHU de la région ;
  - Médecins qui ont demandé une mise en disponibilité.

### LES OUTILS

Pour le recrutement des enquêtés, nous avons fait le choix de lancer un appel à témoignages par un mail adressé à l'ensemble des médecins des deux CHU de la région. Nous avons pour cela bénéficié de l'appui des services de communication de ces établissements. Ce mail (*annexe 1*) présentait l'étude et ses objectifs, les modalités de participation ainsi que la personne référente de cette étude à contacter. Nous avons également sollicité l'aide des médecins contactés pour diffusion du mail auprès des médecins qui ont quitté le service public.

## ETUDE QUALITATIVE, DE MARS A AVRIL 2023

Nous avons fait le choix de procéder à des **entretiens individuels** pouvant se dérouler par rencontre physique au sein des locaux de l'EREBFC, par téléphone ou par visioconférence. Ces entretiens ont été **semi-dirigés** afin de conduire les informateurs à aborder certaines thématiques préalablement définies et consignées dans un guide d'entretien (*annexe 2*). La semi-direction des entretiens permet toutefois aux informateurs de s'exprimer librement sur des sujets annexes à la thématique traitée en réhabilitant la spontanéité de l'échange.

## GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien réalisé pour conduire ces échanges a été nourri des lectures effectuées lors de la phase exploratoire de cette étude, ainsi que par les quelques échanges réalisés avec les médecins rencontrés lors de la phase exploratoire avant d'être validé par le comité scientifique de l'étude. L'entretien débutait par la présentation de l'enquêteur, permettant ainsi de mettre l'enquêté en confiance et d'établir une symétrie dans l'échange. Il était ensuite suggéré aux enquêtés de présenter leur parcours professionnel ainsi que le poste qu'ils occupent actuellement avant d'aborder leur engagement au sein du service public et questionner les valeurs centrales à cet engagement. Les entretiens ont enfin été conclus par l'interrogation des représentations de l'avenir professionnel des agents, que celui-ci soit envisagé au sein du service public ou non.

## INTERROGATIONS

Une fois les contours de l'étude dessinés avec davantage de précisions, nous avons pu émettre un certain nombre d'interrogations :

- Dans un contexte de démission<sup>13</sup> des professionnels de santé, quels sont les éléments structurants de l'engagement des médecins du service public ?
- Quelles sont les valeurs centrales à cet engagement ?
- Comment ces valeurs se manifestent-elles quotidiennement ?
- Quel avenir pour ces valeurs ?

## ANALYSE DES DONNEES

Les entretiens ont été enregistrés après accord des participants. La retranscription a été effectuée informatiquement et toutes les données ont été anonymisées. Aux différentes étapes de progression de l'étude, les réunions pluridisciplinaires réalisées avec le comité scientifique (médecin, psychologue, sociologues) ont permis de définir la direction à donner à cette étude et puis faire émerger les principaux résultats de l'étude, organisés en arborescence. Enfin, l'analyse de contenu a été assistée par le logiciel de traitement de données qualitatives Nvivo 1.5 (2015).

---

<sup>13</sup> Le mouvement de démission est à relativiser, nous le verrons plus avant dans la partie discussion de ce rapport d'étude.

## REALISATION DES ENTRETIENS

En décembre et janvier 2023, **4 entretiens exploratoires** ont été réalisés. L'objectif de ces entretiens était d'obtenir des premiers renseignements sur le sujet traité par l'étude en vue de l'élaboration d'un guide d'entretien plus abouti.

De février à mai 2023, 21 entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec la population d'enquête. Parmi ces 21 entretiens, 4 n'ont finalement pas été comptabilisés dans l'échantillon (internes et intérimaires car sous représentés dans notre population), portant ainsi **le nombre d'entretiens individuels semi-dirigés finalement retenus à 17**. La durée de ces entretiens varie de 45 minutes à 2h30, la moyenne étant 1h23 et la médiane 1h18.

Modalité de réalisation des entretiens	Effectif
Entretiens réalisés au sein des locaux de l'EREBFC	7
Entretiens réalisés par visioconférence	7
Entretiens réalisés par téléphone	3
<b>Total</b>	<b>17</b>

## PROFILS DES ENQUETES

- Répartition de la population étudiée par catégories :

Catégories de la population d'enquête	Effectif
Médecins en activités au sein de l'un des deux CHU	12
Médecins désengagés de l'un des deux CHU	4
Médecins en disponibilité	1
<b>Total</b>	<b>17</b>

- La moyenne et la médiane d'âge des enquêtés sont respectivement de 46 ans et de 50 ans. Les âges varient de 31 à 68 ans.
- La répartition par genre de l'échantillon est de 8 femmes et 9 hommes.
- L'échantillon est constitué de 8 médecins du CHU de Dijon et 9 médecins du CHU de Besançon.

- L'échantillon est constitué de médecins aux spécialités hétérogènes :

Spécialités des médecins rencontrés	Effectif
Cardiologie	1
Endocrinologie/diabétologie	1
Gastro-entérologie	1
Gériatrie	2
ORL	1
Pédiatrie	3
Pédopsychiatrie	1
Psychiatrie	1
Réanimation	2
Soins palliatifs	1
Urgences/ SAMU	3
<b>Total</b>	<b>17</b>

Par souci d'anonymat des professionnels que nous avons rencontrés, nous avons fait le choix dans la suite de ce rapport de ne pas croiser l'ensemble de ces données dans la présentation des médecins. Figureront seulement :

- ✓ La variable du genre, par ailleurs peu investiguée dans ce travail, pouvant hypothétiquement donner à voir un rapport différencié à l'exercice du métier de médecin par exemple ;
- ✓ La variable de l'âge, permettant, peu ou prou, d'indiquer l'ancienneté de leur engagement dans la profession. Précisons que l'ensemble des médecins rencontrés ont commencé à exercer dans les mois qui ont suivi la fin de leurs études. Cette approximation, en dépit de la précision, est ici un choix déontologique.

## LIMITES DE L'ETUDE

---

- *Un biais d'auto-sélection.* Le recrutement des enquêtés s'est déroulé par « auto-sélection » : les soignants rencontrés se sont librement portés volontaires pour participer à cette étude. Méthodologiquement, ce choix comporte un biais : se porter volontaire pour la participation d'une étude ayant pour but de recenser une opinion sur une situation implique de juger sa parole légitime et ne pas craindre un éventuel jugement.
- *La difficulté à rencontrer les médecins qui ont quitté le service public.* L'appel à témoignage que nous avons réalisé a été diffusé via les listes de diffusion par mails internes au sein des deux CHU. Ainsi, bien que ce mail invitait les professionnels de santé à transférer l'information aux médecins qui ont quitté le service public, nous avons reçu peu de sollicitation de la part de cette population. Nous pouvons également prolonger cette réflexion en émettant l'hypothèse que prendre part à cette étude puisse ne pas intéresser celles et ceux qui ont déjà tourné la page du service public.
- *La restriction du terrain d'étude.* Nous avons fait le choix pour cette étude de limiter le terrain d'étude aux deux CHU de la région, tout en prenant en compte les spécificités de ce type d'établissement dans l'analyse. Il serait pertinent de prolonger ce travail dans les Centres Hospitaliers (CH) de la région.
- *La prise en compte du statut des médecins.* En émettant l'hypothèse que cela fasse sens relativement à la question de l'engagement, il serait pertinent de prolonger cette étude en prenant en compte le statut des médecins (praticien hospitalier ou praticien hospitalier – professeur des universités).
- *La spécialité des médecins.* Nous avons fait le choix de diversifier les spécialités d'exercice des médecins rencontrés. Nous ne pouvons donc pas apporter d'éléments d'analyse relatifs à l'engagement des médecins en fonction des spécialités.

Partie I

# VALEURS ET PRINCIPES ÉTHIQUES LIÉS A LA PRATIQUE MÉDICALE



©DavidCesbron

Devenir médecin, c'est effectuer à minima neuf années d'études en faculté, acquérir une pluralité de connaissances fondamentales sur le corps humain à la fois sain et malade, apprendre par cœur les différents symptômes liés aux pathologies, connaître les différents parcours thérapeutiques, etc. Parler de choix de carrière et des motivations sous-jacentes à la pratique de la médecine revient à se poser les questions suivantes : *pourquoi devient-on médecin ? Quelles sont les motivations primaires qui orientent les individus vers la médecine ?*

Pour tenter de répondre à cette question, nous sommes allés à la rencontre de 17 médecins. Interrogés dans le cadre de cette étude, chacun d'entre eux a essayé de nous partager les raisons qui les ont orientés vers une carrière de médecin.

————— “ —————  
*D'aussi loin que je me souviens, j'ai toujours voulu être médecin<sup>14</sup>...*

————— ” —————

Dans la littérature, nous pouvons lire que les motifs qui orienteraient un individu à devenir médecin sont multiples. Ils peuvent être attirés vers la médecine par goût pour « l'altruisme, le care, le désir de soigner, d'être utile aux malades, de soulager la souffrance, de se dévouer »<sup>15</sup>. Dans notre étude, les réponses à cette question semblent être en accord avec l'idée que les motivations premières seraient tournées vers autrui et notamment le besoin d'être utile aux autres car même si certains ont choisi cette voie par attrait intellectuel :

“ *Il y a eu l'intérêt intellectuel, pour le fonctionnement du corps humain.* ”

*(Femme, 39 ans, en activité au sein du service public)*

La majorité des médecins que nous avons interrogés se sont tournés vers la médecine pour « *aider les autres* » :

“ *Je trouvais ça tellement beau d'aider les gens en souffrance, c'est ça qui m'a donné l'envie de faire médecine. Rendre service aux gens est un facteur motivationnel important.* ”

*(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)*

---

<sup>14</sup> Homme, 34 ans, en activité au sein du service public.

<sup>15</sup> Poirier, J. & Derouesné, C. (2017). Chapitre 23. Les mécanismes intimes de l'apprentissage de la médecine. Dans : J. Poirier & C. Derouesné (Dir), L'éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours (pp. 265-273). Paris: Hermann.

Cet altruisme pourrait être expliqué par l'interrogation contemporaine du sens du travail qui réside en son lien avec l'utilité sociale (subjective) de l'activité exercée. Il semblerait que les professionnels du soin « trouvent globalement beaucoup de sens à leur travail, car leur sentiment d'utilité sociale est très fort » comparativement à d'autres professions<sup>16</sup>. L'utilité sociale du médecin n'est pas à démontrer autant dans sa dimension interpersonnelle stricte que dans sa dimension macro sociétale. Ce sentiment d'utilité lié à l'exercice de la médecine provient entre autre, du fait qu'à travers ce métier basé sur l'inter personnalité, le résultat de ce qui est entrepris est directement visible via l'impact du travail du médecin sur son patient, et par extension, sur le monde.

Le sentiment d'utilité va de pair avec le sentiment d'accomplissement de soi. Le sentiment d'utilité serait un facteur central dans l'équilibre personnel des médecins que nous avons interrogé :

“ *Même en dehors de la médecine, le sens de ma vie ou pourquoi je me lève le matin, c'est rendre service aux autres et essayer d'améliorer les choses.* ”

*(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)*

“ *Je vais faire un travail où je vais aider les autres.* ”

*(Homme, 39 ans, en activité au sein du service public)*

Ces témoignages semblent mettre en relief certaines valeurs morales reliées au travail. Ce sont elles qui semblent être moteur dans la recherche du sentiment d'utilité des médecins et qui sont d'abord des facteurs personnels (comme l'altruisme ou l'équité par exemple), poussant le médecin à choisir un métier qu'il juge d'emblée utile.

————— “ —————  
***C'était tellement inconscient que c'était évident comme ça<sup>17</sup>.***

————— ” —————

La question des valeurs est centrale dans le monde professionnel de la santé. Les soignants sont confrontés au quotidien à des problèmes d'ordre moraux, éthiques, déontologiques, impliquant la vie, la mort, la souffrance... La majorité de nos enquêtés ont évoqué les valeurs qui font partie de leur identité et qui semblent être en adéquation avec les valeurs dominantes du domaine du soin (altruisme, dignité, équité, etc.).

---

<sup>16</sup> Coutrot, T., Perez, C. (2023). Les travailleurs en quête de sens. Sciences Humaines, 357, 27-31. <https://doi.org/10.3917/sh.357.0027>

<sup>17</sup> Homme, 39 ans, en activité au sein de service public



“ Des valeurs de besoin d’aider, d’être au service de l’autre qui sont très fortes et qui sont dans ma nature. ”

(Femme, 59 ans, désengagée du service public)

“ On parle beaucoup de bienveillance, de non malveillance, d’autonomie. Mais on parle très peu du côté égalité, équité et je trouve que c’est un pilier. ”

(Femme 33 ans, en disponibilité)

Parfois, certains médecins interrogés ont éprouvé des difficultés à définir les raisons qui les avaient poussés à rejoindre la faculté de médecine :

“ Alors je ferai probablement un très mauvais étudiant en entretien motivationnel parce que je ne saurais pas expliquer pourquoi je voulais faire ça. Je pense que c’était comme ça. Je ne dirais pas un ADN mais je voyais pas ce que je ce que j’aurais pu faire d’autre que de la médecine. ”

(Homme, 51 ans, en activité au sein du service public)

“ C’était ma vocation, il fallait que je fasse ça, je ne me suis pas posé la question des conditions. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

La vocation est un concept faisant souvent l’objet de controverses en sociologie. Cependant, si nous tentons de la définir dans sa dimension la plus simple, nous pouvons citer un passage rédigé par Bernard Lahire : « la vocation correspond à un penchant ou à une disposition qui anime la personne indépendamment de sa volonté et qui n’est aucunement le produit d’un choix délibéré. Prédestination ou force intérieure incontrôlable qui pousse l’individu dans une voie donnée, la vocation souligne la correspondance parfaite ou l’adéquation totale entre la personne et l’activité, le métier ou la fonction. »<sup>18</sup>

Sans détailler davantage les aspects liés à la vocation, l’attrait presque « inconscient » attribué à un domaine d’activité pourrait être expliqué par le fait que les valeurs propres aux individus peuvent être difficiles à définir par eux-mêmes, faisant partie intégrante de leurs personnalités. Ce choix de métier entrerait donc en adéquation avec « qui ils sont » sans pour autant pouvoir le définir davantage.

Évoquer les valeurs individuelles et professionnelles revient à parler de création identitaire, processus long et complexe qui débute dès l’enfance. S’intéresser aux fondements de l’identité des médecins interrogés questionne donc sur l’héritage de ces valeurs.

---

<sup>18</sup> Lahire, B. (2018). Avoir la vocation. Sciences sociales et sport, 12, 143-150, <https://doi.org/10.3917/rsss.012.0143>



*Il y a probablement dans la famille, la volonté d'être utile aux autres<sup>19</sup>...*



Au cœur de ce travail se trouve la thématique de l'engagement, c'est-à-dire les motivations premières des soignants dans leur engagement, non pas seulement dans la profession soignante mais également leur engagement au sein du service public.

Comme constaté précédemment, le facteur dominant concernant le choix de la profession soignante serait la recherche du sentiment d'utilité, ancré dans leur identité personnelle. « Le concept d'identité se présente, en psychologie sociale, comme une idée synthèse qui montre l'articulation du psychologique et du social chez un individu : il s'agit d'une notion qui exprime la résultante des interactions complexes entre l'individu, les autres et la société<sup>20</sup>. »

La sphère familiale constitue les premières interactions sociales d'un individu. Pour un certain nombre de médecins rencontrés, les valeurs reconnues au sein de la sphère familiale précèdent leur engagement au sein de leur profession et plus globalement au sein du service public.

“ Je partage l'idée que ces valeurs sont d'abord familiales. [...] Je pense qu'elles sont en grande partie transmises. ”

*(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)*

“ Pour moi, ça allait de soi [de s'orienter vers le service public]. Je pense que c'est mon éducation. Parce que mon père a travaillé dans le service public. Il a été médecin à l'hôpital durant toute sa carrière. Et ma mère est prof dans le public. Donc je suis très attachée au service public par l'éducation que j'ai reçue. ”

*(Femme, 33 ans, en disponibilité)*

L'identité est une structure en constante évolution, elle serait la somme de traits et caractéristiques transmis durant l'enfance et l'adolescence, et constituerait l'identité de l'adulte<sup>21</sup>. Pour comprendre les mécanismes de la création identitaire, il est nécessaire de revenir sur la transmission familiale. « Pour que quelque chose soit véritablement transmis, puis acquis par l'enfant, il faut l'entremise de tiers auxquels l'enfant va pouvoir s'identifier,

<sup>19</sup> Homme, 39 ans, en activité au sein du service public.

<sup>20</sup> Fischer, G. (2020). Chapitre 7. L'identité sociale. Dans : G. Fischer, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale (pp. 237-266). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.01.0237>

<sup>21</sup> Piret, B. (2019). Transmission familiale, identité et appartenance. Sud/Nord, 28, 211-232. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/sn.028.0211>

mais aussi contre lesquels il va pouvoir être en conflit. »<sup>22</sup>. La famille serait donc le point de départ de la création identitaire, par le biais d'identification et de réaction à des figures d'attachement.

Dans le cas des médecins, nous pouvons également évoquer la reproduction sociale chez certains de nos enquêtés :

“ Mon père était prof au CHU. Il a fait une carrière de professeur au CHU. ”

(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

En sociologie, la reproduction sociale désigne la transmission d'une position sociale d'une génération à une autre. En d'autres termes, cela signifie qu'un enfant de professeur (pour reprendre l'exemple cité plus haut) se tournera plus volontiers vers un métier avec la même position sociale que celle de son aîné.

“ Il y a beaucoup de reproduction sociale. Mes parents étaient scientifiques et mon père était dentiste. Donc j'ai toujours baigné dans un milieu scientifique. ”

(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)

Par ailleurs, Bourdieu a également évoqué la notion de transmission de capital culturel dans la reproduction sociale. « Au travers de leur socialisation familiale, les étudiants issus des catégories favorisées héritent ainsi d'une certaine familiarité avec la culture savante. »<sup>23</sup> Il ne serait donc ici pas question de position hiérarchique au sein de la société, mais de transmission culturelle au sein de la famille. Ces prédispositions à une culture scientifique par exemple, orienteraient le futur adulte vers une carrière liée à ce domaine.

Le choix de se tourner vers le métier de médecin et plus largement vers le service public hospitalier serait donc la somme de différentes transmissions effectuées au sein de la famille et participant à la création identitaire de nos enquêtés.

---

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Jourdain, A. & Naulin, S. (2011). Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. *Idées économiques et sociales*, 166, 6-14. <https://doi.org/10.3917/idee.166.0006>

————— “ —————

*J’ai appris énormément de mes chefs, par des heures et des heures de discussions informelles.* <sup>24</sup>

————— ” —————

Mais même si l’identité se crée à partir de l’enfance, elle est également susceptible d’évoluer et de changer au cours de sa vie. Ce phénomène est d’ailleurs observable durant l’apprentissage professionnel :

“ *On est tous une mosaïque des rencontres qu’on a fait dans nos vies. Il y a untel, tu aimes bien comme il parle aux patients, puis tu as vu untel et c’était horrible, tu ne veux pas reproduire la même chose. C’est une construction de plein de modèles et d’anti modèles qu’on a rencontré dans la vie.* ”

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

Ce que décrit ce médecin peut être expliqué par le rôle de l’imitation lors de l’acquisition des connaissances et compétences médicales. Cet apprentissage par imitation a d’ailleurs été décrit par le neurologue Giacomo Rizzolatto<sup>25</sup>, qui montre que le système des neurones miroirs induit la reproduction d’un comportement qui a été observé chez un autre individu. A l’inverse, lors de l’observation d’un modèle critiqué, l’apprenant tentera de ne pas reproduire ce comportement dans sa pratique. « C’est, en effet, au contact de ses enseignants cliniciens, de façon explicite (observation et réflexion) comme implicite, que l’étudiant apprend à se comporter en reproduisant, mais aussi rejetant ou modifiant les attitudes de ses aînés »<sup>26</sup>. Poirier et Derouesné ont également décrit la place des modèles de rôles dans l’apprentissage médical comme « fondamental et, qu’il en soit conscient ou non, l’étudiant sera marqué à vie, dans sa pratique de la médecine, par l’influence de ses modèles de rôle »<sup>27</sup>.

Dans le domaine de la santé, la culture du soin dépasse l’apprentissage de la technicité. La relation soignant/soigné ne peut être uniquement basé sur des savoirs et gestes techniques. Il s’agit là d’une interaction humaine, et cette notion de soin implique de replacer au premier plan des préoccupations professionnelles, l’humain et la relation interpersonnelle<sup>28</sup>. Cette

---

<sup>24</sup> Femme, 51 ans, en activité au sein du service public.

<sup>25</sup> Gallese V., Fadiga L., Fogassi L. et Rizzolatti G., “Action recognition in the premotor cortex”, Brain, 1996, n° 119, p. 593–609.

<sup>26</sup> Poirier, J. & Derouesné, C. (2017). Chapitre 21. La formation à la relation médecin-malade, à l’éthique médicale et au professionnalisme. Dans : J. Poirier & C. Derouesné (Dir), L’éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours (pp. 245-255). Paris: Hermann.

<sup>27</sup> Poirier, J. & Derouesné, C. (2017). Chapitre 23. Les mécanismes intimes de l’apprentissage de la médecine. Dans : J. Poirier & C. Derouesné (Dir), L’éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours (pp. 265-273). Paris: Hermann.

<sup>28</sup> Higgins, R. (2010). Le soin, un défi de culture. Esprit, 130-152. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/espri.1007.0130>

culture du soin, colorée de valeurs soignantes, est apprise de façon implicite par les étudiants en médecine dès leur entrée dans le monde professionnel, lors de l'externat et de l'internat. « Chaque identité se nourrit de la rencontre des autres et en cela elle est en perpétuelle évolution. [...] L'identité est liée à la culture. »<sup>29</sup>.

Aux trajectoires de développement psycho sociale s'ajoute cette mosaïque de rencontres - pour reprendre les termes d'un de nos enquêtés - qui participe à la création identitaire de nos médecins. Ces canevas de valeurs, reconnues ou critiquées au sein de la famille, de l'environnement social, du cadre socio culturel, des figures d'autorités rencontrées durant le parcours de formation initiale constituent des cadres conceptuels constitutifs de traits identitaires individuels. Ceux-ci agissent ensuite comme des points d'ancrages, des repères personnels qui seront moteur dans l'engagement et l'orientation des choix professionnels des médecins ainsi que dans leurs postures vis à vis de leur établissement.

Dans une autre mesure, ce seront également ces valeurs qui pourront être source de souffrance lorsqu'elles ne pourront plus être exprimées au travers de leur pratique, d'autant plus lorsque pratique professionnelle dans le domaine de la santé est synonyme de don de soi.

---

<sup>29</sup> Nitschelm, E. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 123, 47-54. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.123.0047>



*La santé, c'est un bien commun. Pour moi, l'hôpital public représente ça<sup>30</sup>...*



Comme nous avons pu le constater, le choix de devenir médecin serait lié à des fondements identitaires forts, sous-tendus par des valeurs personnelles, transmises familialement et professionnellement. C'est dans ce contexte que le travail au sein d'un service public peut se montrer cohérent avec les trajectoires individuelles de nos médecins :

*“ Les valeurs qu'on partage... C'est évident pour nous quand on prête le serment d'Hippocrate. C'est un vrai serment finalement dans le sens où on s'engage par rapport à un certain nombre de valeurs. Ces valeurs-là, elles sont bien ancrées en nous. Ce n'est pas juste un texte qu'on lit comme ça. Ces valeurs on les retrouve à l'hôpital et on les décline en permanence. ”*

*(Homme, 56 ans, en activité au sein du service public)*

Le serment d'Hippocrate, considéré comme l'un des textes fondateurs de la déontologie médicale<sup>31</sup>, est prêté par les médecins avant de commencer à exercer. Cette tradition de longue date repose sur un serment proposant une ligne directrice pour les entrants dans la profession médicale<sup>32</sup>. Bien que certains passages puissent être obsolètes de nos jours, d'autres semblent toujours d'actualité concernant les valeurs morales et principes éthiques liés à l'exercice de la médecine<sup>33</sup>. Ces valeurs professionnelles du monde du soin, ancrées dans l'identité du soignant, sont tournées principalement vers autrui et engagent le praticien à se mettre à disposition des patients, revêtant ainsi une certaine forme de don de soi.

*“ Dans le serment d'Hippocrate on dit : "je prêterai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera". Et pour moi il y a cette notion d'être à disposition de tout le monde. [...] C'est quelque chose qui est important. ”*

*(Homme, 56 ans, en activité au sein du service public)*

*“ J'entends la médecine comme "se mettre au service de". ”*

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

<sup>30</sup> Femme, 59 ans, désengagée du service public.

<sup>31</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Le serment d'Hippocrate », Mars 2019.

<sup>32</sup> Hervé, C., & Wolf, M. (2013). Actualité du serment d'Hippocrate. La revue de médecine légale, 4(1), 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2013.01.002>

<sup>33</sup> Par exemple, le passage « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. » peut être interprété en éthique comme le respect des principes de bienfaisance et de non malfaisance.

Nous pouvons donc penser la relation médecin-patient comme une relation de don, ou du moins observable sous l'angle du don<sup>34</sup>. Selon Hénaff, le don met en jeu l'identité, car « Le don ne se réduit pas à donner quelque chose à quelqu'un. [...] Il consiste à se donner à quelqu'un par la médiation de quelque chose »<sup>35</sup>.

“ On est là pour offrir des compétences que l'on a acquis par le service public et on rend quelque chose à la nation, au collectif, aux citoyens etc. Pour moi, le poste que j'occupe à l'hôpital public, avant moi quelqu'un l'occupait et après moi, quelqu'un l'occupera. Il ne m'appartient pas, il appartient à l'Etat. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

Hamburger évoque le don comme principe central de la relation soignant-soigné, dans le sens où le patient « donne » sa vie, à voir ici comme confiée aux mains du médecin, et le praticien donnera à son tour son expertise en vue de la guérison de son patient<sup>36</sup>. Paul Ricœur aborde également cette relation sous l'angle du don, en évoquant le pacte de soins. En effet, la souffrance du patient induit une forme de relation singulière entre le médecin et le malade, faisant appel à un pacte tacite entre ceux-ci, basé sur la confiance. Ensemble, ils formeraient une alliance contre la maladie<sup>37</sup>. Cette dimension est intrinsèquement liée à l'identité du médecin mais également à son engagement envers l'hôpital public, incarnant des valeurs d'altruisme et d'équité, lui permettant d'exercer ce don :

“ Je trouve qu'égalité et fraternité, c'est les deux principales caractéristiques que je voudrai appliquer et je partage en travaillant dans un service public quoi. [...] On est tous égaux devant la maladie d'accord, et du coup, que vous soyez riches, pauvres, jeunes, vieux, si vous êtes malades, vous êtes malades, on a tous les mêmes caractéristiques. ”

(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)

La question de l'égal accès aux soins pour toutes et tous dans le service public, sans condition discriminatoire est consensuelle et a été mentionnée dans l'intégralité des entretiens. Cela semble mettre en lumière le principe éthique de justice sociale, qui fait écho aux valeurs individuelles de nos médecins qui les auraient orientés vers l'hôpital public.

Le secteur public peut également être synonyme de don de soi dans sa dimension symbolique, induite entre autre, dans son versant institutionnel par la gratuité des soins :

“ Il y avait aussi un attachement au service public, au fait de pouvoir soigner tout le monde sans demander d'argent. ”

(Femme, 38 ans, désengagée du service public)

---

<sup>34</sup> Bourgeon, D. (2007). Le don et la relation de soin : historique et perspectives .... Recherche en soins infirmiers, 89, 4-14. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0004>

<sup>35</sup> Hénaff M. 2002, Le Prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie, Paris, Seuil.p.171.

<sup>36</sup> Hamburger, J. L'aventure humaine. Champs Flammarion. 1992.

<sup>37</sup> Ricœur, P. Le juste. Tome 2. Editions Esprit. 2001.

Le don induit donc une absence de contractualisation. Ceci semble parfaitement répondre au besoin de déploiement et de valorisation des valeurs identitaires personnelles pour les médecins interrogés. Ces dispositions au désintéressement valorisées par les médecins ont trouvé un cadre adapté dans la structuration de l'hôpital public en France<sup>38</sup>. Son fonctionnement s'est élaboré autour de cette base de principe, à savoir un système équitable pour tous, où l'altruisme amène à se mettre au service de tous les vulnérables donnant alors aux individus qui s'engagent dans ce système d'aide un cadre pour la reconnaissance de marqueurs identitaires individuels forts.

“ Le service public c'était être à disposition : il n'y a pas d'horaires, on est dans le don. ”

(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)

Pour Mauss<sup>39</sup>, le pur don est impossible et s'accompagne toujours d'un contre-don. Si le don apparaît d'emblée comme volontaire et libre, il est en fait une forme d'échange tacite. Et si le don est engagé au nom des valeurs identitaires du médecin, comme l'évoque Hénaff, une absence de contre don ou un appauvrissement de ce dernier, pourrait déséquilibrer ses fondements identitaires et ainsi ébranler son engagement envers l'institution ou les patients. Le don pourrait donc être vécu comme la dimension sacrificielle imputée au rôle du soignant.

“  
Tous dans la même mouvance<sup>40</sup> ...  
”

Travailler dans un établissement de santé est synonyme de travail en équipe. Les valeurs décrites précédemment, peuvent être d'autant plus engageantes lorsqu'elles sont partagées entre collègues :

“ On a la chance d'avoir une équipe... On s'entend tous très bien. On a l'impression d'être un peu tous dans le même bateau pour le coup mais de ramer tous dans le même sens. [...] Le travail en équipe, c'est hyper stimulant. ”

(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)

“ [La valeur du collectif] C'est un des points qui me motive à rester à l'heure actuelle sur l'hôpital. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

<sup>38</sup> Hondeghe, A. & Vandenabeele, W. (2005). Valeurs et motivations dans le service public: Perspective comparative. Revue française d'administration publique, 463-479. <https://doi.org/10.3917/rfap.115.0463>

<sup>39</sup> Mauss, M. L'essai sur le don. 1922. (Sociologie et anthropologie, PUF, 1950, 7e édition).

<sup>40</sup> Femme, 52 ans, en activité au sein du service public.



La cohésion groupale est souvent considérée comme l'un des stimulants permettant d'augmenter la performance.

“ *Quand on arrive à travailler au sein d'un hôpital avec plusieurs équipes au sein de différents services qui se coordonnent autour de la prise en charge, et bien là on a un vrai travail que représente cette notion d'équipe hospitalière. ”*

*(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)*

Ces verbatims nous montrent que le travail en équipe hospitalière permet de mobiliser un groupe pour parvenir à un but commun. Bien évidemment notre échantillon ne peut être représentatif de toutes les équipes soignantes du service public hospitalier, mais cela met en lumière les valeurs collectives défendues au niveau identitaire qui viennent consolider l'identité globale et donc la mise en sens du sentiment d'existence.

“ *Je pense que c'est des valeurs qui perdurent et qui font partie vraiment de la façon que l'on a tous de travailler. Parce qu'on a appris comme ça et on a appris à nos internes. [...] C'est ce qui fait les valeurs d'un service. ”*

*(Homme, 56 ans, en activité au sein du service public)*

Dans le monde du soin, les médecins ne travaillent pas seuls, mais en équipe avec des membres possédant chacun leurs propres valeurs. Ainsi, les valeurs morales subjectives, une fois investies dans la dynamique interpersonnelle qu'exige le monde du travail, imposent d'être guidées par des principes éthiques. Les principes éthiques, transposés au monde du soin sont « ce qui ordonne la vie relationnelle au sein d'un établissement hospitalier et l'étalon de mesure au nom duquel sont jugées louables ou blâmables certaines formes de relations au patient<sup>41</sup> ». Trois grands principes concrétisent l'exigence primordiale de justice<sup>42</sup> (la justice étant vue ici comme un principe d'équité, une justice distributive qui permet l'égal accès aux soins, convoquant le praticien mais également le politique et la société<sup>43</sup>) :

- *Le principe d'autonomie* : le praticien valorise les capacités du patient à prendre une décision pour lui-même, en se basant sur le consentement libre et éclairé et le droit à l'information ;
- *Le principe de bienfaisance* : le praticien agit dans le bien du patient et réfléchit aux bénéfices possibles dans sa prise en charge ;
- *Le principe de non malfaisance* : le praticien n'expose pas le patient au risque de subir un mal qui ne serait pas la contrepartie du rétablissement de sa santé.

---

<sup>41</sup> Le Coz, P. Petit traité de la décision médicale, Editions Le Seuil, 2007, p.56

<sup>42</sup> *Ibid.*

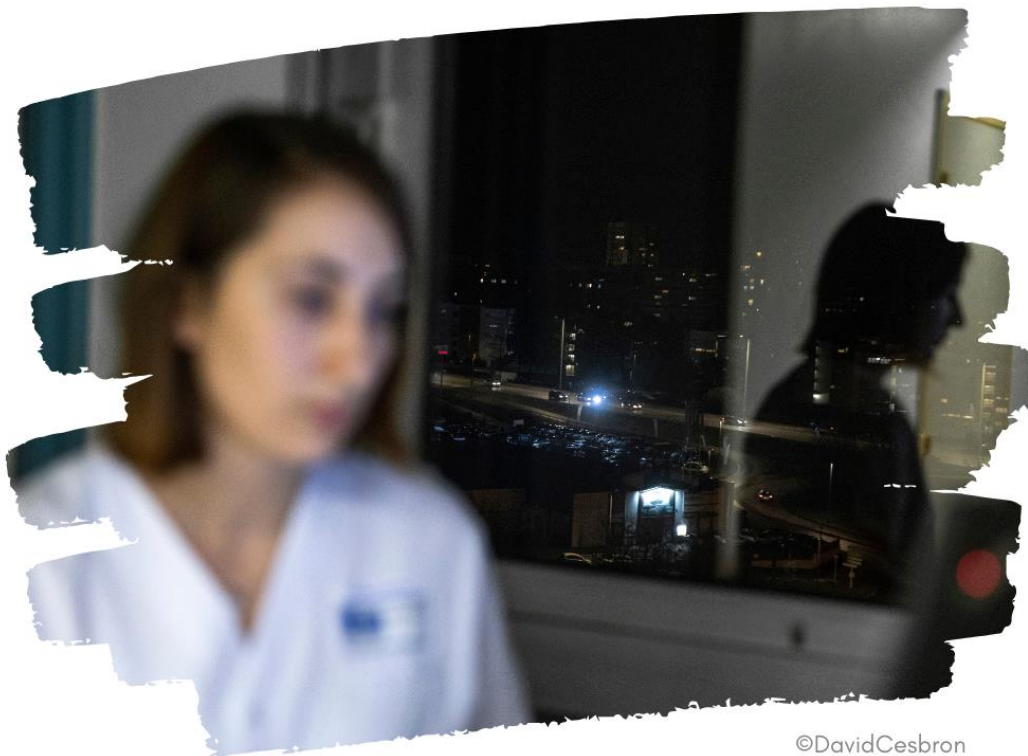
<sup>43</sup> Beauchamp, T, Childress, J. Les principes de l'éthique biomédicale, Editions Les Belles Lettres, deuxième tirage, 2020

Les professionnels de santé, en fonction de leurs valeurs et de leur identité, incarneront parfois certains principes éthiques plus que d'autres, mais ces derniers seront toujours en faveur du patient.

Ce premier chapitre met en évidence les valeurs individuelles et les principes éthiques qui fondent l'identité, autant personnelle que sociale, des médecins de l'hôpital public. Ainsi l'énergie investie par les individus pour se réaliser dans une activité professionnelle s'exerce en fonction des singularités personnelles de chacun et du cadre socio culturel qu'il a connu lors de son développement. De cela dépend notre rapport au monde et la manière dont chacun pense sa place au sein de la société. Sur le plan psychique, il s'agit donc de trouver un équilibre entre le Soi personnel et le Soi social, l'un doit pouvoir reconnaître l'autre pour parvenir à un équilibre satisfaisant. En ce sens, les représentations qu'ils se font du service public étroitement liées à leurs valeurs semblent être cohérentes avec leur orientation de carrière et la force de leur engagement comme élément à part entière de l'équilibre psychique subjectif. *Mais alors pourquoi faisons-nous face à un désengagement de plus en plus important des professionnels de santé envers le service public ?*

Partie II

# ÉMERGENCE DE TENSIONS ÉTHIQUES AU SEIN DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER



©DavidCesbron

Les valeurs inscrites chez les professionnels du service public apparaissent comme l'essence du service public hospitalier : soigner tous les vulnérables, quels que soient leurs revenus, leurs cultures ou encore leurs pathologies est la devise même des hôpitaux publics. Ce cadre conceptuel offre aux soignants un terrain propice au déploiement de leur engagement professionnel en conformité avec leurs attentes identitaires subjectives, dans une dimension décrite comme sacrificielle au service du bien commun. Cependant, des tensions semblent émerger depuis une dizaine d'années en ce qui concerne la gestion administrative des établissements de santé et la pratique soignante.



*Ils gèrent ça comme une entreprise de production automobile<sup>44</sup>...*



En 2008, la Tarification A l'Activité (couramment appelée T2A) entre pleinement en application. Cette nouvelle réforme impose aux établissements de santé une obligation de résultats financiers, fondée sur le suivi budgétaire. La mesure et l'évaluation des activités de l'établissement déterminent donc les ressources qui lui seront allouées. Ce mode de fonctionnement est incarné par l'équipe de direction et se diffuse également au sein de l'organisation via les chefs de pôles. Cependant, ce modèle semble mal vécu du côté des professionnels de santé, et serait perçu comme l'intrusion d'un monde industriel dans le monde médical<sup>45</sup>.

“ Je ne comprends pas la gouvernance qui veut qu'on fasse une tarification à l'activité, qu'on fasse une rémunération, selon l'atteinte de tel ou tel objectif, mais surtout à l'activité. [...] On est dans un raisonnement tout à fait entreprise, tout à fait libéral, c'est le raisonnement entreprise qui a envahi la gouvernance de l'hôpital public. ”

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

“ On est obligé de remplir 17 fois les mêmes dossiers de la même manière. Et toute cette surcharge administrative, elle est monstrueuse et elle vient grossir l'activité clinique. ”

*(Homme, 51 ans, en activité au sein du service public)*

<sup>44</sup> Homme, 50 ans, en activité au sein du service public.

<sup>45</sup> Pepin M., Moisdon J-C. CGS École des Mines (2020, octobre). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. Dossiers solidarité et santé (1998-2016), 16.

“ La paperasserie a pris le dessus, l’informatisation ça nous a démultiplié. Ce qu’on mettrait en 3 lignes dans un dossier papier, maintenant c’est en 5 clics et 70 lignes pour arriver à le mettre. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

Les contraintes administratives précédemment mentionnées tendent à complexifier la pratique clinique au sein du service public hospitalier. Le temps alloué aux tâches administratives prend le pas sur le temps consacré à la pratique clinique, mettant en tension les praticiens dans leurs organisations et les confrontant à de nouvelles limites.

“  
On est rentré dans un système où on doit rendre rentable quelque chose qui a priori ne devrait pas l’être<sup>46</sup>.  
”

Dans le premier chapitre, nous évoquons le don de soi exprimé par les médecins, lié à la gratuité des soins et à la notion de désintéressement. Ce principe semble être mis en déséquilibre face aux injonctions administratives :

“ Tout est ramené à l’argent, tout est ramené à une cotation, tout est ramené à une activité qui doit finalement s’équilibrer sur des comptes qui sont complètement fallacieux. ”

(Homme, 51 ans, en activité au sein du service public)

De fait, l’ensemble des valeurs incarnées par le service public semblent être mise à mal avec l’objectif de recherche d’efficacité liée aux réformes en santé ainsi qu’à la mise en place d’une rationalisation des coûts. L’aspect médical est progressivement orienté vers un aspect économique et remet en question les valeurs fondatrices du service public hospitalier comme l’équité et l’altruisme<sup>47</sup>.

“ Ça a dévié dans une logique de rendements financiers qui a d’une certaine façon clairement dénaturé une partie des soins. [...] Donc dans la mission originelle du service public de soigner les gens sans compter... Oui, clairement ça a dénaturé cette mission. ”

(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

“ J’ai un peu de mal à rentrer dans le moule de ces fonctionnements qui n’ont pas beaucoup de sens pour moi. ”

(Femme, 52 ans, en activité au sein du service public)

<sup>46</sup> Homme, 51 ans, en activité au sein du service public.

<sup>47</sup> Angelé-Halgand, N. & Garrot, T. (2014). Les biens communs à l’hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. Comptabilité Contrôle Audit, 20, 15-41. <https://doi.org/10.3917/cca.203.0015>

Par ailleurs, l'attention particulière liée aux frais en santé ont conduit à minimiser les dépenses et maximiser les recettes, conduisant à des manques pluriels au sein de l'hôpital. Ce mode de fonctionnement conduit les professionnels de santé, restreints en nombre et donc restreints en lits, à « trier » les patients :

“ En fait, on joue à Tetris avec les patients... ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

“ Ça déborde complètement aux urgences, on n'a pas du tout la capacité. On a des gens âgés qui souffrent plus de 24h et il n'y a pas la volonté d'aller chercher des intérimaires, d'ouvrir des lits, trouver des solutions. ”

(Femme, 52 ans, en activité au sein du service public)

Cette façon de pratiquer la médecine dénature le sens de leur engagement. Guidés par les exigences des réformes en santé des années 2000, leur volonté « d'aider les autres » est ébranlée. Pour exemple, la T2A incite les établissements à préférer des pratiques moins onéreuses dans le domaine du soin, au détriment du patient, ce qui renforce d'autant plus le sentiment d'impuissance chez les médecins.

“ L'aspect financier est omniprésent maintenant et on le prend de plein fouet dans toute sa dimension négative. [...] Rien n'est valorisé, rien, mais à l'inverse, quand on veut améliorer nos pratiques, on nous répond « démontrez que ça rapportera de l'argent. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

“ A chaque fois que j'ai essayé d'améliorer les choses, tout est figé à l'hôpital, tout est très figé par l'administration, qui est très loin de voir ce qui se passe au quotidien dans les services. ”

(Femme, 38 ans, désengagée du service public)

Ces verbatim témoignent de la nécessité de faire évoluer les réformes de santé qui régissent les établissements de santé et qui de fait, créent des effets pervers sur le service public hospitalier.

Ces problématiques engendrent des dilemmes d'ordre éthique dans la profession soignante. Les équipes soignantes se sont tournées vers le service public hospitalier et plus globalement vers un métier dans le domaine de la santé pour pouvoir être utile aux autres, « rendre service », soigner les plus vulnérables et « améliorer les choses ». Les médecins rencontrés au cours de cette étude sont désireux de faire le bien pour leurs patients. Leur moteur serait le principe de bienfaisance voire de non malfeasance, principes qui semblent très forts dans leurs identités individuelles et collectives. Mais les moyens octroyés par le service public sont trop faibles pour pouvoir mener à bien leur exercice. Et comme le rappelle Pierre Le Coz, « Même si le facteur économique prend de plus en plus d'importance, il paraît contraire à l'éthique médicale, telle que notre culture du soin l'a conçue jusqu'à ce jour, de le hisser au rang des

principes éthiques qui régissent le colloque singulier. [...] Lorsqu'un nouveau-né se retrouve en détresse respiratoire, il ne vient à l'esprit de personne de mettre sur un pied d'égalité le souci de bienfaisance à l'égard de l'enfant et le coût de sa prise en charge par la collectivité<sup>48</sup> ». Ces contraintes – précédemment citées - obligent les praticiens à devoir s'adapter toujours plus et entrer en conflit avec les valeurs et principes qui leurs sont propres. Cette accumulation de tensions à la fois internes (dissonance cognitive) et externes (pression de la direction administrative/économique que prend le système de santé) peuvent les mener à se désengager du service public.

Mais avant de parler d'un possible désengagement des médecins envers le service public hospitalier, abordons d'autres tensions qui semblent émerger entre les médecins eux-mêmes. En effet, les médecins d'hier ne sont plus les mêmes qu'aujourd'hui. Les évolutions sociétales, économiques et politiques ont conduit à une nouvelle génération de travailleurs impliquant un nouveau rapport au travail, pouvant être synonyme de conflit.

---

<sup>48</sup> Le Coz, P. Petit traité de la décision médicale, Editions du Seuil, 2007, p.64.

Bien que l'évolution générationnelle des organisations liées au travail ne s'applique pas uniquement à l'institution hospitalière, il nous semblait nécessaire de revenir sur ce point, cité majoritairement par les médecins que nous avons interrogés. Comme le disait Bourdieu : « la jeunesse n'est qu'un mot »<sup>49</sup>. Si nous évoquons les jeunes et moins jeunes médecins et leur rapport au travail, nous devons d'abord détailler brièvement les générations qui sont actuellement dans le monde du travail.

Pour simplifier le concept de génération, nous pouvons partir de sa définition sociologique la plus courante, initiée par Karl Mannheim, indiquant qu'une génération est un ensemble de personnes ayant à peu près le même âge et ayant une vision similaire du monde<sup>50</sup>. Les générations se différencient entre elles par des marqueurs culturels et idéologiques propres, issus de faits historiques marquants vécus dans leur jeunesse ou au début de leur vie active.

Actuellement, nous pouvons distinguer trois générations faisant parties du monde du travail (les années de naissance sont indiquées à titre approximatif<sup>51</sup>, variant d'une étude à l'autre) :

- La génération X : entre 1960 et 1979
- La génération Y : entre 1980 et 1999
- La génération Z : à partir de l'an 2000

Les médecins étant la population qui nous intéresse et les études de médecine étant longues, nous retrouvons principalement dans notre recherche les générations X et Y qui cohabitent dans le monde du travail. La génération Z étant encore aujourd'hui étudiante.

Nous tenterons de définir les caractéristiques observées dans chacune des générations tout en manipulant ces données avec précaution, car l'approche générationnelle ne peut pas à elle seule prédire les comportements des individus et les études se montrent parfois contradictoires. Dans la revue de littérature sur le sujet<sup>52 53</sup>, la génération X semble marquée par un besoin d'autonomie, d'indépendance et manifesterait un esprit d'entreprise assez fort. « En somme, ils semblent vouloir contribuer d'une manière importante au rendement de l'organisation, et ce, immédiatement; ils souhaitent être entendus, participer et ne pas être

---

<sup>49</sup> Bourdieu, P. (1984). La jeunesse n'est qu'un mot. *Questions de sociologie*, 143-154.

<sup>50</sup> Mannheim K. *Le problème des générations*, Armand Colin, Paris, 201.

<sup>51</sup> Lavallard, J. (2019). Génération Y : les millenials. *Raison présente*, 211, 107-115. <https://doi.org/10.3917/rpre.211.0107>

<sup>52</sup> Brillet, F., Coutelle, P. & Hulin, A. (2012). Quelles trajectoires professionnelles pour la génération Y ? *Management & Prospective*, 29, 69-88. <https://doi.org/10.3917/g2000.295.0069>

<sup>53</sup> Saba, T. (2009). Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. *Gestion*, 34, 25-37. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/riges.343.0025>



écartés »<sup>54</sup>. La génération Y serait quant à elle plus flexible et peu vulnérable au changement, et serait à la recherche d'un équilibre entre vie personnelle et professionnelle<sup>55</sup>.

————— “ —————  
***Etre médecin ça impliquait de faire des gardes, ça impliquait d'être disponible, ça impliquait de pas compter ses heures et on se posait même pas la question.***<sup>56</sup>  
————— ” —————

Les différents entretiens menés au cours de cette étude révèlent un écart de représentations de la pratique médicale entre les générations, qui ne semble pas trouver un cadre adapté au sein du service public. L'exercice de la médecine a longtemps été associé à un engagement professionnel total : être médecin imposait notamment le fait de ne pas fixer de limite temporelle à leur travail et une disponibilité permanente pour l'hôpital et les patients.

Il semblerait que la question des temporalités (temps passé sur le lieu de travail) soit remise en cause par les nouvelles générations de travailleurs (notamment Y) favorisant une meilleure conciliation des sphères professionnelles et privées<sup>57</sup>.

“ *Je me rends compte qu'il y a un changement de génération, un changement de mentalité. [...] Ils (les jeunes) ont de très belles motivations, mais ils ne sont pas prêts à la même hiérarchie de valeurs. [...] Les valeurs de la fin des années 60 et aujourd'hui en 2023, les valeurs ont changé, la société a changé, et si quelqu'un ne prend pas au sérieux l'idée de changer le service public pour qu'il s'adapte à ces nouvelles valeurs, et bien on est dans un modèle qui est obsolète.* ”

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

Même s'il apparaît que le temps de travail ne soit pas remis en cause<sup>58</sup>, la différence serait liée à la hiérarchisation de leurs priorités, effaçant ainsi la disponibilité permanente dont témoignaient leurs aînés.

---

<sup>54</sup> Saba, T. (2009). Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. *Gestion*, 34, 25-37. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/riges.343.0025>

<sup>55</sup> Fray, A., Morin, L. & Renaud, S. (2015). L'attraction des salariés de la génération Y : Analyse des attentes selon le genre et le niveau de poste. *Management & Prospective*, 32, 117-132. <https://doi.org/10.3917/g2000.321.0117>

<sup>56</sup> Femme, 51 ans, en activité au sein du service public.

<sup>57</sup> Brillet, F., Coutelle, P. & Hulin, A. (2012). Quelles trajectoires professionnelles pour la génération Y ? *Management & Prospective*, 29, 69-88. <https://doi.org/10.3917/g2000.295.0069>

<sup>58</sup> Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., Villa, A. & Lehucher-Michel, M. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout.... *Santé Publique*, 31, 113-123. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0113>

“ Ceux qui veulent bien bosser à l’hôpital, ils ne veulent pas bosser comme nous on a bossé. [...] A l’époque, échanger une garde, c’est sans problème, parce que personne n’avait rien à faire à côté. Là maintenant, on prévoit des trucs pendant nos weekends, donc échanger un weekend c’est juste l’enfer. ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

“ J’appartiens à une génération qui n’a pas envie de tout mettre dans le travail. Après je pense aussi que certains vieux médecins se survalorisent peut-être un peu et ont profité d’une période dorée. [...] Peut-être qu’il y a un conflit de génération mais je pense que les choses évoluent. ”

(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

Certains des médecins interrogés expliquent ce changement par la féminisation de la profession de médecin :

“ On a dans les facultés de médecine maintenant 2/3 de filles, par rapport aux garçons. Alors elles ne veulent pas toutes faire un bébé demain matin, mais ça nécessite évidemment de repenser le service public. ”

(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)

Cette hypothèse peut être étayée par la revue de littérature existante sur la féminisation des professions médicales. Nous pouvons notamment lire que la proportion de femmes sur les bancs des facultés de médecine en France atteindrait les 40 % contre 15 % il y a une trentaine d’années<sup>59</sup>. De même, une étude de 2022 du Conseil de l’Ordre des Médecins nous renseigne sur la féminisation de la profession en indiquant : « Pour la première fois de l’histoire de la Médecine en France, désormais une majorité de médecins en exercice régulier sont du genre féminin (50,5%), conséquence d’une féminisation progressive des études médicales ces dernières décennies »<sup>60</sup>.

Ce désir de changement de l’organisation du temps de travail dans la pratique médicale pourrait être expliqué en partie par la féminisation de la profession, mais comment expliquer la généralisation de ce rapport au travail autant chez les hommes que les femmes des dernières générations ?

“ J’ai besoin de voir mes enfants, j’ai besoin de souffler de temps en temps, voilà. Ça ils ne comprennent pas du tout. Et ma vie c’est pas le boulot en fait, c’est ça le paradoxe. ”

(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)

---

<sup>59</sup> Lévy, D. (2011). Le métier de médecin aujourd’hui. Revue française des affaires sociales, 297-309. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/rfas.112.0297>

<sup>60</sup> Atlas de la démographie médicale en France, Ordre National des Médecins, Juillet 2022.

Comme nous l'évoquions précédemment, l'éthos professionnel de la médecine serait lié à « une valorisation de la "vocation", une légitimité forte accordée à la disponibilité permanente pour les patients et une difficile séparation entre sphères professionnelle et familiale »<sup>61</sup>. Si l'accroissement de la féminisation peut expliquer partiellement la mutation organisationnelle du travail, il s'avère également que certaines générations d'hommes médecins semblent se tourner vers une rupture de cet éthos, probablement impulsé par ces nouvelles possibilités de manœuvre<sup>62</sup>. En somme, nous ne ferions aujourd'hui pas tant face à une diminution de l'importance du travail, qu'à un effet concurrentiel des autres sphères de la vie dans lesquelles il importe de se réaliser.

Pour clore ce second sous-chapitre, il semblerait qu'un certain nombre de médecins rencontrés mettent en exergue un engagement différent des plus jeunes générations de médecins. Cette différence est imputable à un rapport au travail qui évolue mais aussi au fait que les plus jeunes se protègent davantage face aux risques professionnels.

“ C'est des choses qui semblent totalement légitimes (un meilleur équilibre vie personnelle et professionnelle), mais ces changements nécessitent que l'hôpital public s'adapte. Sans compter sur la féminisation de la profession. Il va falloir repenser la copie et je trouve que le CHU ne s'est pas adapté. Ce qui m'inquiète le plus c'est que je ne vois pas de réflexion en ce sens. ”

(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)

Ces écarts générationnels peuvent ainsi conduire à une forme d'incompréhension des aînés à l'égard des jeunes médecins et réciproquement. Ce changement de rapport au travail des médecins impliquant ainsi que l'organisation du travail et la nature du lien professionnel en soit modifiées. En effet, anciennes et nouvelles générations ne semblent pas s'accorder sur la responsabilité dans la continuité des soins due au malade. La dimension sacrificielle, en tant que valeur individuelle, a longtemps été incarnée par les médecins (« *on est dans le don, on ne compte pas nos heures* »). Cet engagement moral dans le rapport au travail ne semble pas faire écho aux nouvelles générations de médecins. Le principal problème qui demeure au sein du service public hospitalier serait alors lié au fait que l'institution repose sur le don et le sacrifice de ses professionnels de santé. Cependant, les « nouveaux » médecins auraient un sentiment de responsabilité concernant la continuité des soins équivalent à leurs aînés mais ne justifiant pas pour autant la dimension sacrificielle que leur demanderait la structure pour pallier au manque d'effectif. La responsabilité serait alors à imputer à l'institution et non pas à l'engagement des médecins.

---

<sup>61</sup> Lapeyre, N. & Robelet, M. (2007). Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Sociologies pratiques*, 14, 19-30. <https://doi.org/10.3917/sopr.014.0019>

<sup>62</sup> Ibid

Cette tension intergénérationnelle s'ajoute à celle identifiée dans le sous chapitre précédent qui mentionnait le fait que l'institution publique hospitalière ne semble pas à l'écoute des besoins de ses praticiens. De ce constat émerge une interrogation sur le plan éthique : *que penser d'une autorité fonctionnelle qui reste sourde aux besoins identifiés par et pour ceux sur qui la pérennité du système institutionnel repose ?*

### BIENFAISANCE ET AUTONOMIE : NOUVELLE GENERATION DE PATIENTS



*On ne vous demande pas du tout la même chose, les patients ne sont pas du tout les mêmes<sup>63</sup>.*



Outre les différentes générations de médecin, une nouvelle génération de patient a également fait son apparition depuis quelques années voire une ou deux décennies. La pratique médicale s'est fondée depuis l'antiquité sur une relation bilatérale entre le médecin et le patient, le médecin étant au cœur du système de santé. Cependant, depuis quelques années, nous avons pu observer l'émergence des renforcements des droits des patients, l'évolution de l'accès à l'information ainsi que des transformations sociétales<sup>64</sup>. La médecine dite paternaliste a donc dû laisser place à une nouvelle forme de médecine, plus égalitaire dans la relation médecin-malade.

“ *L'exercice hospitalier aujourd'hui n'est absolument pas le même que celui d'il y a quinze ans, même 20 ans. [...] C'est ça que les générations d'avant de médecins ont du mal à comprendre, la patientèle c'est pas la même.* ”

*(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)*

Le médecin se retrouve donc face à des patients plus actifs qu'auparavant. Les patients devenus usagers, sont en mesure de réduire l'asymétrie de la relation médecin-malade, notamment par une autonomisation collective (décision partagée) ou par une autonomisation individuelle (recherche d'informations sur sa maladie, par l'intermédiaire des nouvelles technologies d'information et de communications)<sup>65</sup>. La préséance du principe de bienfaisance dans la pratique médicale a donc été mise à mal, laissant place -au premier plan- au respect de l'autonomie du patient. Pierre Le Coz rappelle que « la suprématie jadis accordée au principe de bienfaisance a été dénoncée au cours de ces dernières années comme abus du pouvoir médical. Le médecin « paternaliste » s'autorisait trop souvent à dicter au patient ce qui est le mieux pour lui <sup>66</sup> ». Cependant, les nouvelles formes de relations médecin-malade tendent à faire coexister des principes éthiques parfois contradictoires : le principe

<sup>63</sup> Homme, 42 ans, en activité au sein du service public.

<sup>64</sup> Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39, 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> Le Coz, P., *Petit traité de la décision médicale*, Editions Le Seuil, 2007, p.60.

d'autonomie et le principe de bienfaisance (vu ici comme le « devoir » de bienfaisance, mis en œuvre dans la médecine paternaliste, lorsque le praticien s'autorisait à dire au patient ce qui était le mieux pour lui). « La nouvelle figure du médecin résulte de la combinaison entre un apprentissage social à utiliser son « privilège thérapeutique » lui permettant de ne pas partager toutes les informations dont il dispose sur le malade, et l'obligation légale qu'il a d'informer son malade. Tandis que la nouvelle figure du patient résulte à la fois de son obligation de se soumettre à l'autorité médicale, et de son nouveau droit à affirmer son autonomie.<sup>67</sup> »

Cette dissonance éthique renvoie à une prise de décision quant à la meilleure attitude à adopter face au patient, ajoutant ainsi une nouvelle dimension dans la façon dont les soignants doivent penser la prise en charge des patients. Les médecins doivent donc s'adapter aux nouvelles « normes », favorisant les récentes générations formées à partir de ce nouveau modèle thérapeutique, et creusant un peu plus l'écart générationnel entre les médecins, créant de nouvelles tensions au sein de l'institution hospitalière.

### TENSION JUSTICE - CARE : UNE INSTRUMENTALISATION DES SOIGNANTS ?

---

Précédemment, nous avons pu observer que l'institution hospitalière reposait principalement sur l'engagement de ses professionnels de santé. Même s'il existe une différence intergénérationnelle, la pratique de la médecine a longtemps été fondée sur l'investissement total des médecins, au risque de leur santé et du sacrifice de leur vie privée. Par ailleurs, le pouvoir, auparavant incarné par les médecins a cédé progressivement sa place à une gestion plus administrative de l'hôpital, accentuant un peu plus le sentiment d'impuissance des soignants et les menant à s'interroger sur leur place au sein du service public hospitalier.

————— “ —————  
*Tu es soignant avant d'être une personne* <sup>68</sup>  
————— ” —————

La majorité des médecins que nous avons rencontré a jugé utile de nous parler de la crise liée à la pandémie de la Covid-19 comme l'illustration d'une absence de considération par l'institution hospitalière.

En 2020, les professionnels de santé ont été confrontés à une crise sanitaire de grande ampleur, engorgeant les services hospitaliers et notamment de réanimation pour pouvoir faire face à l'afflux de patients atteints de formes graves de la Covid-19. Les professionnels de santé travaillent « au front » et les discours politiques, teintés de termes de guerre, saluent la

---

<sup>67</sup> Fainzang, S. (2013). Champ-contrechamp: la relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes. *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 83-97.

<sup>68</sup> Homme, 50 ans, en activité au sein du service public.

bravoure des soignants qu'ils nomment « les héros de la pandémie ». En septembre 2021, pour tenter de faire face à la situation, le gouvernement encourage la vaccination des citoyens avant de la rendre obligatoire, notamment pour les professionnels de santé. Ces derniers se retrouvent donc contraints de cesser leurs activités s'ils refusent de se faire vacciner, provoquant le désarroi auprès de certains soignants<sup>69</sup>.

“ *Le fait de l'avoir posé comme une obligation du jour au lendemain (la vaccination), et en plus avec « si vous ne le faites pas, vous êtes éjectés », ça a montré aux gens à quel point on les utilisait et à quel point leur rôle était tu es soignant avant d'être une personne, avant d'être citoyen, je te considère par le rôle que tu fais, le service que tu rends, je te considère plus que par la personne que tu es. Donc les personnes normalement, ont le droit de refuser des traitements, de refuser de prendre des décisions concernant leur santé, et dans le cas des soignants, on leur a aliéné ce droit. ”*

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

Ce témoignage reflète un sentiment d'injustice et d'incompréhension lié à la vaccination obligatoire des soignants que nous ne développerons pas plus ici puisqu'elle a déjà fait l'objet d'une étude au sein de l'EREBFC<sup>70</sup>. Outre les répercussions liées au vaccin, si les difficultés déplorées par les médecins précédaient la crise de la Covid-19, celle-ci a agi comme révélateur des problématiques structurelles que rencontrent les établissements de santé publique.

“ *Il y a eu une espèce de dynamique positive au sein de l'établissement hospitalier qui était une émulation assez saine et ce qu'on avait envie de voir dans notre travail en fait, au quotidien. J'ai l'impression qu'on a un peu touché du doigt ce à quoi on rêvait. ”*

*(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)*

“ *Pendant cette période (Covid), on a été nombreux à espérer que le constat national de voir que la réponse au Covid avait fonctionné en redonnant la main sur l'organisation de l'hôpital aux soignants, ça allait peut-être induire une réflexion au niveau de l'Etat. Mais non, ça n'a pas été le cas. ”*

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

Les médecins rencontrés ont grandement déploré les désillusions provoquées par l'organisation structurelle lors des premières vagues liées à la pandémie : paradoxalement, la violence de la crise avait vu susciter des espoirs en voyant naître une plus grande marge de manœuvre pour les médecins, avant que la situation ne revienne à la normale lorsque l'épidémie a été davantage contrôlée. Ces témoignages viennent appuyer nos interrogations précédentes concernant la place des professionnels de santé dans la gestion hospitalière.

---

<sup>69</sup> Lagrange, S-A. (2022). L'hésitation des soignants à la vaccination contre la Covid-19 : Motifs de réticences et questionnements éthiques. EREBFC.

<sup>70</sup> *Ibid.*

“ Que les médecins ne soient pas des gestionnaires, mais qu'ils soient si peu consultés c'est compliqué. ”

*(Femme, 59 ans, désengagée du service public).*

Cette organisation était liée à la crise sanitaire, mais perd-elle sa pertinence aux lendemains de la pandémie Covid-19 ? Ne serait-il pas envisageable de repenser le système pour inclure un peu plus les professionnels de santé sur lesquels l'institution repose ?

Face au maintien des volontés politiques et managériales de réorganiser le système hospitalier malgré les critiques opposées par les professionnels --au nom de la défense d'un système de valeurs qui ne trouvent plus sa place dans cette restructuration--, nous pouvons interroger l'hypothèse d'une instrumentalisation par l'institution des dispositions au désintéressement et au don de soi, incarnés par les médecins.

Nous avons pu observer que les multiples coupures budgétaires, la réduction des effectifs, l'alourdissement chronique des démarches administratives, la rigidification des rapports hiérarchiques flirtant avec la soumission à l'autorité trahissaient les valeurs portées par les professionnels, et résonnaient comme des attaques à l'espace de créativité. A cela peuvent s'ajouter les écarts générationnels dans l'organisation des temps de travail, engendrant de nouveaux conflits imputés à une cristallisation du fonctionnement hospitalier. Ceci a pour conséquence directe une majoration de la pénibilité au travail et par ruissèlement, un sentiment de défaut de reconnaissance de plus en plus important. Si l'on se penche sur les contours symboliques du don de soi dans la relation de soin, on voit apparaître un paradoxe : le médecin pense la relation de soin comme un don, il se donne pour soulager la charge du vulnérable ce qui le soustrait alors automatiquement d'attendre un retour du soigné. Or, nous l'avons vu précédemment, symboliquement le don s'accompagne toujours d'une dette. D'autre part, ce qui est offert (le soin) n'est pas pour autant dénué de contrat pour le soignant puisque son don, est conditionné par la contractualisation de son statut de salarié de l'institution. Autrement dit, le médecin se trouve soumis à une dimension contractuelle de ce qu'il se représente offrir. Ceci induit alors de manière plus ou moins consciente une sorte de dissonance pour le donateur qui nourrit sur la même « scène relationnelle », à la fois l'esprit du don mais aussi une attente de réciprocité sous forme de reconnaissance induite par son statut salarial. Ainsi, l'institution devient alors celle qui doit assumer la reconnaissance de dette à travers un cadre de travail sécurisé qu'elle serait tenue de proposer aux soignants. Ce médecin, précédemment mentionné, insiste sur la nécessité que l'hôpital « revoie la copie », signifiant que jusqu'alors, l'organisation structurelle reposait sur ce qui est aujourd'hui perçu par certains médecins comme des sacrifices. Ces attaques du cadre ébranlent les fondements d'une enveloppe institutionnelle sécurisée, ne permettant plus la reconnaissance nécessaire à l'écho identitaire individuel, faisant ainsi vaciller les bases de l'engagement.



— Partie III —

# QUAND LES TENSIONS ÉTHIQUES AMÈNENT AU VACILLEMENT DE L'ENGAGEMENT



©DavidCesbron



*Je pense qu'on est allés trop loin sans reconnaissance. En fait, on a l'impression d'un manque de respect. On en est arrivés là.<sup>71</sup>*



Au-delà de la question du pouvoir et de la gestion de l'hôpital, les médecins rencontrés dans le cadre de cette étude ont pour certains mis en lumière la dimension sacrificielle qu'implique leur profession ainsi que l'engagement dans l'institution hospitalière. Mais cette dimension, auparavant valorisée dans leur métier semble source de souffrance dès lors qu'elle n'est pas ou plus accompagnée d'une reconnaissance ou d'une gratification.

“ *Ce qui était au départ un dévouement... Petit à petit, on a envie de recevoir une contrepartie de temps en temps : de la gratitude, un geste... Il ne faut pas que ce soit à sens unique. ”*  
(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

A l'origine, le don induit une absence de contractualisation, qui semblait répondre au besoin de déploiement et de valorisation des valeurs identitaires personnelles pour les médecins interrogés, à deux niveaux :

- Celui de l'engagement pris envers sa « fonction sociale » au moment de prononcer le serment d'Hippocrate (altruisme, humanisme) ;
- Celui du spectre de la relation permise par l'hôpital public (équité, solidarité) à l'œuvre entre le praticien hospitalier et son patient au profit de l'investissement et de l'engagement professionnel.

Cette mise en congruence offerte par la symbolique du don de soi entre identité personnelle et représentativité de celle-ci dans l'espace social collectif, est un facteur fort de sentiment de réalisation de soi. Le don, par sa définition originelle, n'implique pas un retour systématique en échange de son investissement. Cependant, cela ne signifie pas qu'il n'y aura pas de retour, mais cela signifie que le retour sera libre. Ainsi le don, par sa liberté de droit d'exigence d'un retour, impose alors une dette symbolique envers son émetteur<sup>72</sup>.

<sup>71</sup> Femme, 33 ans, en disponibilité.

<sup>72</sup> Godbout, J. (2006). Le don au-delà de la dette. Revue du MAUSS, pp.91-104.  
<https://doi.org/10.3917/rdm.027.0091>

Dans le domaine du travail, nous pouvons parler de rétribution pour définir ce qui est donné en échange d'un service. L'analyse des rétributions permet de comprendre l'engagement mais aussi le désengagement. Elle implique de comprendre ce qui encourage à supporter les coûts (physiques, psychologiques...) de l'engagement et expliquer ainsi la défection. Penser l'engagement suppose de penser ce qui permet sa pérennité. Il s'agit là de tout ce que le médecin perçoit – autre que son salaire – en retour de son investissement. Il peut, entre autre, s'agir de marques de reconnaissance et de gratitude, dont les médecins déplorent par ailleurs le manque. Si l'on considère l'engagement comme un point d'équilibre, la menace pourrait mécaniquement être expliquée par une baisse des rétributions ou bien une augmentation des coûts liés à l'engagement.

“ Cette sensation d'être débordé en permanence et ne de pas être forcément reconnu à sa juste valeur, je l'ai ressentie. Et psychologiquement... Ça peut expliquer ce désengagement que je comprends. Quand on s'engage au départ dans ce métier, on le fait en se disant qu'on va être présent pour les autres. Et cette sensation persiste et permet de tenir [...] On fonctionne à la récompense et il n'y a pas forcément besoin de grand-chose. La récompense parfois c'est au moins de montrer de la gratitude. ”

(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

L'investissement de la sphère professionnelle comporte une part de recherche de reconnaissance nécessaire à l'équilibre du sujet, à entendre ici comme un besoin de mise en sens entre identité personnelle et identité sociale au profit du déploiement des compétences du sujet dans ses dimensions intellectuelles, cognitives et affectives. Comme en témoignent les médecins interrogés, cette reconnaissance semble être mise en défaut par la dynamique d'entrepreneuriat qui régit la logique de rentabilité des soins de plus en plus solidement au cœur de l'organisation des soins du service public hospitalier, notamment de la part de la direction.

En dehors du manque de reconnaissance symbolique de la part de l'institution (manque de moyens, décisions arbitraires sans consultation préalable des médecins sur l'organisation du travail, exigence de rentabilité...), nous pouvons également interroger la place de la reconnaissance dans la nouvelle génération de patient. Nous pourrions émettre l'hypothèse que la reconnaissance des patients pourrait se substituer aux attentes institutionnelles auxquelles les soignants se résignent, et ainsi diminuer le manque de rétribution symbolique. Cependant, désireux d'une relation plus égalitaire, nous assistons à une diminution de la reconnaissance des patients exprimée envers le médecin, renforçant un peu plus le dilemme éthique justice-care cité dans le chapitre précédent.

Nous pouvons identifier une constante dans cette analyse par point d'équilibre des rétributions : lorsque la rétribution diminue ou que la valeur accordée aux rétributions réelles et/ou symbolique diminue, les coûts psychiques et sociaux majorent le sentiment de contrainte. Ces contraintes, souvent subies par les professionnels de santé engendrent des souffrances plus ou moins importantes pouvant alors menacer l'engagement.

La mise en insécurité des agents, à travers les modifications subies du cadre de travail et un niveau de contrainte qui augmente, désorganise les repères individuels des professionnels et impacte les processus psychiques « d'équilibrage » qui deviennent de plus en plus coûteux à maintenir. Survient alors le risque de la souffrance.

“ J'ai vu les conditions quand même qui se sont dégradées. Les conditions de travail des professionnels qui se sont dégradées, avec finalement des ratios de personnel qui ne sont pas adaptés à la charge qui est demandée. ”

(Homme, 56 ans, en activité au sein du service public)

La recherche d'une meilleure qualité de soins associée à une montée de la logique gestionnaire a mené le secteur hospitalier à modifier son fonctionnement, et ce faisant réduire son coût. L'actuel défi auquel les autorités publiques font face est celui de la pénurie de personnel, impliquant dans son sillon, entre autre, un surinvestissement des professionnels de santé présents <sup>73</sup> :

“ Je me sens très mal à l'aise, j'essaie de trouver des solutions, je devrais poser des congés normalement, mais je ne vais pas le faire, parce que si je le fais, c'est sur tous mes collègues que ça va se répercuter. ”

(Femme, 31 ans, désengagée du service public)

“ On a besoin de travailler dans des conditions correctes pour faire un boulot correct, et là, on ne fait pas un boulot correct. Il nous arrive souvent de rentrer à la maison en disant « bon, j'ai mis des patchs toute la journée, pourvu que je sois passé à côté de rien ». ”

(Femme, 51 ans, en activité au sein du service public)

Face à un environnement de travail qui peut être pathogène, les soignants ont un risque accru d'être confronté aux risques psychosociaux <sup>74</sup>. Anxiété, dépression, frustration sont des symptômes psychologiques liés aux troubles psychosociaux <sup>75</sup> (à la différence des « risques » psychosociaux qui signifient la probabilité d'apparition de signes d'atteinte à la santé, on parle de « troubles » psychosociaux lorsque ces derniers surviennent).

“ Comme je m'occupais de personnes vulnérables, je me disais que je devais être infailible. A chaque décès, je me suis posée plein de questions. J'ai été interne juste avant mes 24 ans et j'ai fait un burn-out à 55 ans. Pendant tout ce temps-là, j'en ai rêvé toutes les nuits, tous les week-ends. Ça m'a hanté, pendant toute ma vie. [...] C'est ce qu'on ressent quand on a sacrifié notre vie privée, notre vie de mère. Mais c'était impensable de faire autrement. ”

(Femme, 59 ans, désengagée du service public)

---

<sup>73</sup> Benallah, S., & Domin, J. P. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ? Travail et emploi, (152), 5-31.

<sup>74</sup> Lamy, S., de Gaudemaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A. & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. Santé Publique, 25, 389-397. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0389>

<sup>75</sup> Sévén, O., Les risques psychosociaux en milieu professionnel, Les guides pratiques Santé au travail, 2021.

“ Cet hiver, quand on avait plusieurs patients à hospitaliser mais un seul lit, il fallait choisir. Ça m’angoissait terriblement, et ça a entraîné un burn-out parce que j’appréhendais tout ça. ”

*(Femme, 38 ans, désengagée du service public)*

Désillusion, sentiment d’échec personnel... tout salarié peut être victime de burn-out, ou à moindre mesure, de troubles psychosociaux lorsque les conditions d’un travail très investi se dégradent<sup>76 77</sup>. L’OMS définit le burn-out comme « un syndrome conceptualisé résultant d’un stress chronique au travail qui n’a pas été géré avec succès<sup>78</sup>. » 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<sup>79</sup>. 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.

“ J’ai pas envie de devenir maltraitant envers mes patients, même si je pense que je le suis déjà indirectement avec les gens que je ne vois pas, ou qu’on refuse de prendre en charge, ou qui refusent de se faire soigner parce qu’il y a des délais. ”

*(Homme, 42 ans, en activité au sein du service public)*

“ J’ai l’impression que je les soigne moins bien à cause de l’hôpital que si j’étais toute seule. ”

*(Femme, 38 ans, désengagée du service public)*

La remise en question de leur travail au sein de l’institution hospitalière, empreinte d’un sentiment d’assujettissement, de manque de reconnaissance, de pouvoir et globalement de sens, contribue au désengagement des médecins envers le service public hospitalier.

---

<sup>76</sup> Lançon, J. & Vigneron, M. (2016). Les risques psychosociaux: Quand l’hôpital éclaire le social. Les Cahiers Dynamiques, 70, 47-54. <https://doi.org/10.3917/lcd.070.0047>

<sup>77</sup> Maugan, M-E. (2022, mars). La souffrance des soignants : quels enjeux éthiques ?. Doc’éthique. EREBFC.

<sup>78</sup> Le burn-out, un « phénomène professionnel » : Classification internationale des maladies, OMS, 2019 ; <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

<sup>79</sup> Molinier, P. (2006). Le care à l’épreuve du travail: savoir-faire discrets et vulnérabilités croisées. Le Souci des autres. Éthique et politique du care, ed. Patricia Paperman & Sandra Laugier, 299-316.

“  
*A un moment, je me suis dit que je ne pouvais plus exercer la médecine dans ces conditions.*<sup>80</sup>  
”

La souffrance des soignants au sein du service public - liée aux conditions de travail précédemment énumérées - tend à faire vaciller l'engagement des professionnels de santé au sein de l'institution hospitalière.

“  
*A mon avis, si ça continue comme ça, ça va finir par péter à un moment. Il va y avoir de la casse professionnelle et puis malheureusement peut-être de la casse aussi au niveau des gens soignés, parce que malheureusement quand les gens craquent, c'est difficile de continuer de travailler dans de bonnes conditions.* ”

*(Homme, 51 ans, en activité au sein du service public)*

Lorsque l'engagement d'un professionnel tend à vaciller, trois options se présentent alors communément à lui <sup>81</sup>. La première, peut-être la plus évidente : changer le travail de l'intérieur, en essayant d'avoir la main mise sur son organisation par exemple. Cela suppose toutefois une certaine capacité d'action, qui ne semble pas être à la portée des médecins que nous avons interrogés du fait même de l'organisation hiérarchique de l'institution (stratification du pouvoir décisionnel par le clivage management/terrain du soin). La seconde option : changer son rapport au travail pour l'appréhender différemment. Cela peut impliquer d'adopter un investissement moindre ou plus distant avec sa profession. Enfin, troisième option, plus radicale : la démission.

“  
*La question se pose de savoir si ce dispositif, j'ai envie de le cautionner. Est-ce que j'ai envie de continuer à me battre pour défendre ces valeurs et ces personnes ?* ”

*(Homme, 50 ans, en activité au sein du service public)*

“  
*C'est la richesse de l'hôpital d'avoir une équipe, parce que le regard de chacun va être différent et complémentaire. Et là, tout le monde court partout. Cette richesse là j'avais l'impression qu'on la perdait, et pour moi c'était les valeurs centrales de l'hôpital.* ”

*(Femme, 59 ans, désengagée du service public)*

<sup>80</sup> Homme, 42 ans, désengagé du service public.

<sup>81</sup> Lhéréte, H. (2023). Vivre en hamster ? Non merci !. Sciences Humaines, 357, 3-3. <https://doi.org/10.3917/sh.357.0003>

Nous tenterons ici de différencier l'engagement lié aux valeurs et l'engagement envers le service public hospitalier. Quand il s'agit de questionner l'engagement, il est toujours intéressant de se demander de quel engagement est-il précisément question. Il en va de même lorsqu'on parle de désengagement, car bien souvent lorsqu'on pense qu'il s'agit de désengagement, il peut en réalité s'agir de modifications de ses formes<sup>82</sup>. Si l'engagement des médecins est fondé sur des valeurs dont ils estiment qu'ils en sont toujours de fervents défenseurs – quand bien même leur engagement à l'hôpital s'amenuise par exemple – ont-ils l'impression d'être moins engagés pour les valeurs qu'ils défendent ? Il est possible que ces valeurs soient portées avec toujours autant d'intensité mais différemment, voire ailleurs, dans d'autres sphères de leur vie. Suite aux différents entretiens menés avec les médecins du service public, le vacillement ne semble donc pas être un vacillement des valeurs soignantes mais bien un vacillement de l'engagement au sein du service public.

Comme le témoignent certains médecins, le vacillement de cet engagement n'implique pas toujours un renoncement. C'est là un résultat majeur de cette étude qui donne à voir un fort attachement à l'exercice de la profession de médecin au sein du service public, malgré les doutes.

“ J'ai vraiment failli partir pas mal de fois. J'essaie de partir et puis en fait je repousse le moment parce que j'adore encore mon travail et je sais que je ne trouverais pas mieux. ”

(Femme, 52 ans, en activité au sein du service public)

“ Je me suis plusieurs fois posé la question de changer ou de continuer. Et notamment ces dernières années. J'y ai souvent pensé mais je revenais à cet engagement qui est dans ma personnalité. L'engagement dans le service public représente une grande partie de mon travail. Sortir de cette identité aurait été me trahir. ”

(Homme, 34 ans, en activité au sein du service public)

L'étude met en lumière cette notion de don de soi comme une valeur fondamentale de l'engagement des médecins au sein de l'hôpital public. Celui-ci est abordé dans une dimension sacrificielle des soignants au profit du vulnérable et de ses besoins. Cette quête de sens mue par des dimensions extérieures aux individus est aujourd'hui fragilisée par la réorganisation progressive des grandes institutions publiques dont l'hôpital fait partie. Néanmoins, la dimension sacrificielle sous tendue par le principe moral altruiste que semblent encore partager les médecins comme héritage collectif reste une valeur forte dans leur engagement personnel envers l'instruction hospitalière et ce, alors même que la restructuration progressive de l'hôpital public met à mal les conditions nécessaires à la mise en sens de cet engagement sacrificiel.

---

<sup>82</sup> Gateau, M. (2012). Engagement. Dans : Vivien Blanchet éd., Dictionnaire du commerce équitable (pp. 103-112). Versailles: Éditions Quæ. <https://doi.org/10.3917/quae.blanc.2012.01.0103>

Cependant, lorsque la souffrance est trop importante, que le sentiment d'impuissance est trop fort, et que les praticiens ne peuvent plus être en adéquation avec eux-mêmes, l'option la plus radicale qui s'impose est le désengagement.

“ C'est ce que je me suis dit à un moment donné : soit je m'écroule avec l'hôpital, soit je vais ailleurs. En fait, je pars pour moi, mais aussi, je pense pouvoir soigner mieux mes patients maintenant hors de l'hôpital. ”

(Femme, 38 ans, désengagée du service public)

Les professionnels vivent un tiraillement entre un besoin de protection personnel vécu au détriment du sentiment d'appartenance collectif. Au-delà du sociologique et du psychique, il s'agit d'un véritable conflit éthique pour l'individu qui se retrouve tiraillé entre deux besoins qui se retrouvent en contradiction. Le contrat moral initial se voit donc modifié et le principe de non malfeasance personnelle vient s'opposer au principe de bienfaisance collectif. Sur le plan identitaire et symbolique, cela équivaut à un conflit entre soi et soi-même du fait de facteurs externes à soi.

Sur le plan psychique, ce conflit est très inconfortable et source de souffrance structurelle (perte de repère, perte de sens). Il contraint le sujet à un travail de remaniement psychique profond et répété entre négociation et renoncement. Ce processus trouve deux issues possibles :

- L'individu investit son énergie dans la recherche de ressources personnelles suffisantes lui permettant de renégocier ses attentes et son rapport au collectif changeant (causalité interne) ;
- L'individu investit son énergie à lutter contre les transformations du collectif dans l'espoir de voir se maintenir le cadre connu (causalité externe).

Dans les deux cas il s'agit d'une recherche de congruence interne qui vise à réduire la dissonance cognitive et affective produite par les modifications du cadre institutionnel *et in fine*, le retour à une harmonie structurelle du fonctionnement psychique, visant à faire diminuer le niveau de souffrance perçue.

Si ce processus n'est pas engagé ou échoue, c'est la mise en sens qui est menacée. Dans les deux cas c'est la résilience individuelle qui est mise à l'épreuve dans son engagement envers le collectif.



En conclusion de ce chapitre, nous avons pu observer que le désengagement des professionnels de santé envers le service public hospitalier serait lié à des carences, notamment en termes de possibilités d'action au sein de l'institution mais également en termes de reconnaissance. 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.

## CONCLUSION

---

### PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude met en lumière la façon dont les médecins se sont construits : leurs fondements identitaires, fortement chargés de valeurs personnelles orientées vers autrui (le *care*, le désir de soigner, d'être utile aux malades, de soulager la souffrance, de se dévouer, etc.), transmises familialement et professionnellement, ont trouvé un cadre adapté au sein du service public hospitalier et seraient le vecteur de leur engagement. Cependant, les différentes tensions éthiques émergentes de l'institution publique semblent déséquilibrer leur engagement. T2A, coupes budgétaires, manque de personnel et de lits, impuissance décisionnelle, empêchent les médecins d'exercer la médecine comme ils le souhaiteraient, c'est-à-dire soigner chaque individu sans s'intéresser à leur statut ou à leur revenu. Plutôt que de se soucier uniquement de la prise en charge de leurs patients, les médecins se retrouvent confrontés à penser en termes de coûts, de budget, de possibilités face au manque de moyens mis à disposition par l'hôpital public, alors même qu'ils ne font pas partie prenante des décisions de cet ordre. Ajouté à cela, le manque de rétribution permanent, incarné par une diminution voire une absence de reconnaissance de la part de l'institution et des patients, majore le sentiment de contrainte et de pénibilité. Ces contraintes, souvent subies, engendrent à leur tour une souffrance personnelle. Cela s'ajoute aux lourdes charges émotionnelles auxquelles les médecins sont confrontés au quotidien dans leurs pratiques majorant ainsi les facteurs de vulnérabilité psychiques et les risques psychosociaux associés, auxquels ils sont exposés. Dans le cas de la souffrance des soignants, nous pouvons parler de détresse morale, définie comme « un déséquilibre psychologique pouvant menacer l'intégrité morale et physique d'une personne et engendrer des effets négatifs, tels que le désinvestissement, une diminution de la capacité d'adaptation, de la difficulté à gérer ses émotions, de l'épuisement professionnel et de la dépersonnalisation.<sup>83</sup>» Cette souffrance, lorsqu'elle est subie de façon prolongée, tend à faire vaciller l'engagement des professionnels de santé envers le service public hospitalier.

---

<sup>83</sup> Levasseur, M-C., Janvier, A. Détresse morale des cliniciens : une vision pratique. Chapitre 9, p.115-123, ouvrage « éthique clinique », 2021.

## OUVERTURE

La souffrance des soignants est un thème qui a fait l'objet d'une Doc'éthique, où Marie-Elisabeth Maugan, chargée de la mission Documentation au sein de l'Espace de Réflexion Ethique BFC a rédigé une [synthèse](#) des préconisations de la Clinique Mayo (Minnesota) pour lutter contre le burn-out des soignants et améliorer leur bien-être au travail <sup>84</sup>. Ces stratégies ont été éprouvées au sein de la clinique sur une dizaine d'années. Celles-ci sont édictées au nombre de 9 parmi lesquelles une préconisation portant sur les valeurs :

« La plupart des structures de soin ont des valeurs bien affichées, celles-ci guident la mission et aident à la réaliser. Il est ainsi recommandé d'être attentifs aux valeurs de la culture ambiante qui peuvent renforcer l'organisation et de s'assurer régulièrement que les actions menées sont alignées avec les valeurs de l'organisation. La Clinique Mayo propose ainsi un questionnaire à ses salariés afin qu'ils évaluent combien ils vivent à travers leur travail les valeurs de l'organisation. Cela permet de garder des objectifs communs au sein de toutes les strates de la structure, d'avoir des retours candides du personnel, pointer les points d'amélioration, et créer un document cosigné par l'organisation et son personnel élaborant les valeurs à travailler. » <sup>85</sup>

L'étude a mis en lumière les nombreuses tensions éthiques émergeant au sein du service public hospitalier et appelle donc les instances, médicales et administratives, de gouvernance et de direction, à analyser le désengagement de ses professionnels de santé afin de penser à la mise en place de nouveaux outils et solutions pour l'avenir de leur structure, et plus largement du système hospitalier public.

Ces préconisations constitueraient autant de pistes pour pérenniser le sens de l'activité professionnelle et appellent, en pratique, à faire collectivement preuve de créativité.

---

<sup>84</sup> Shanafelt TD, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. (2016). « Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction ». *Mayo Clin Proc*, 91(7), 836-848.

<sup>85</sup> *Ibid.*

## BIBLIOGRAPHIE

---

Alcaraz-Mor, R., Vigouroux, A., Urcun, A., Boyer, L., Villa, A. & Lehucher-Michel, M. (2019). Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout.... Santé Publique, 31, 113-123. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0113>

Angelé-Halgand, N. & Garrot, T. (2014). Les biens communs à l'hôpital : De la « T2A » à la tarification au cycle de soins. Comptabilité Contrôle Audit, 20, 15-41. <https://doi.org/10.3917/cca.203.0015>

Atlas de la démographie médicale en France, Ordre National des Médecins, Juillet 2022

Beauchamp, T, Childress, J. Les principes de l'éthique biomédicale, Editions Les Belles Lettres, deuxième tirage, 2020.

Benallah, S. & Domin, J. P. (2017). Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital. Quelles évolutions entre 1998 et 2013 ?. Travail et emploi, (152), 5-31.

Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. Innovations, 39, 13-25. <https://doi.org/10.3917/inno.039.0013>

Bourdieu, P. (1984). La jeunesse n'est qu'un mot. Questions de sociologie, 143-154.

Bourgeon, D. (2007). Le don et la relation de soin : historique et perspectives .... Recherche en soins infirmiers, 89, 4-14. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0004>

Bras, P-L. (2017). Sortir de la T2A par le haut : la mesure de la qualité des soins. Journal de gestion et d'économie médicales, 35(6), 245-263.

Brillet, F., Coutelle, P. & Hulin, A. (2012). Quelles trajectoires professionnelles pour la génération Y ?. Management & Prospective, 29, 69-88. <https://doi.org/10.3917/g2000.295.0069>

Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). (2022, octobre). Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Le serment d'Hippocrate », Mars 2019.

Coutrot, T., Perez, C. (2023). Les travailleurs en quête de sens. Sciences Humaines, 357, 27-31. <https://doi.org/10.3917/sh.357.0027>

Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES). (2022, octobre). La France vit-elle une « Grande Démission » ?.

Enquête sur le temps de travail des médecins hospitaliers, Jeunes Médecins, juin 2022.

Fainzang, S. (2013). Champ-contrechamp: la relation médecin-malade entre anciennes et nouvelles normes. *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 83-97.

Ferney, J. (2021, décembre). Lits fermés à l'hôpital : une nouvelle étude relance la bataille des chiffres. *La Croix*.

Fischer, G. (2020). Chapitre 7. L'identité sociale. Dans : G. Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (pp. 237-266). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.fisch.2020.01.0237>

Fray, A., Morin, L. & Renaud, S. (2015). L'attraction des salariés de la génération Y : Analyse des attentes selon le genre et le niveau de poste. *Management & Prospective*, 32, 117-132. <https://doi.org/10.3917/g2000.321.0117>

Gallese V., Fadiga L., Fogassi L. & Rizzolatti G. "Action recognition in the premotor cortex", *Brain*, 1996, n° 119, p. 593–609.

Gateau, M. (2012). Engagement. Dans : Vivien Blanchet éd., *Dictionnaire du commerce équitable* (pp. 103-112). Versailles: Éditions Quæ. <https://doi.org/10.3917/quae.blanc.2012.01.0103>

Gervais, J., Lemerrier, C., Pelletier, W. (2021). *La valeur du service public*, Paris, La Découverte.

Godbout, J. (2006). Le don au-delà de la dette. *Revue du MAUSS*, no<(sup> 27), 91-104. <https://doi.org/10.3917/rdm.027.0091>

Hamburger, J. *L'aventure humaine*. Champs Flammarion. 1992.

Hénaff M., 2002, *Le Prix de la vérité. Le don, l'argent, la philosophie*, Paris, Seuil.p.171.

Hervé, C., & Wolf, M. (2013). Actualité du serment d'Hippocrate. *La revue de médecine légale*, 4(1), 16–19. <https://doi.org/10.1016/j.medleg.2013.01.002>

Higgins, R. (2010). Le soin, un défi de culture. *Esprit*, 130-152. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/espri.1007.0130>

Hondeghem, A. & Vandenabeele, W. (2005). Valeurs et motivations dans le service public: Perspective comparative. *Revue française d'administration publique*, no<(sup>115), 463-479. <https://doi.org/10.3917/rfap.115.0463>

Jourdain, A. & Naulin, S. (2011). Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. *Idées économiques et sociales*, 166, 6-14. <https://doi.org/10.3917/idee.166.0006>

Lagrange, S-A. (2022). L'hésitation des soignants à la vaccination contre la Covid-19 : Motifs de réticences et questionnements éthiques. EREBFC.

Lamy, S., de Gaudemaris, R., Sobaszek, A., Caroly, S., Descatha, A. & Lang, T. (2013). Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention. Santé Publique, 25, 389-397. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0389>

Lançon, J. & Vigneron, M. (2016). Les risques psychosociaux: Quand l'hôpital éclaire le social. Les Cahiers Dynamiques, 70, 47-54. <https://doi.org/10.3917/lcd.070.0047>

Lapeyre, N. & Robelet, M. (2007). Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques, 14, 19-30. <https://doi.org/10.3917/sopr.014.0019>

Le Coz, P., Petit traité de la décision médicale, Editions Le Seuil, 2007.

Lavallard, J. (2019). Génération Y : les millenials. Raison présente, 211, 107-115. <https://doi.org/10.3917/rpre.211.0107>

Le burn-out, un « phénomène professionnel » : Classification internationale des maladies, OMS, 2019 ; <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Levasseur, M-C. & Janvier, A. Détresse morale des cliniciens : une vision pratique. Chapitre 9, p.115-123, ouvrage « éthique clinique », 2021.

Lévy, D. (2011). Le métier de médecin aujourd'hui. Revue française des affaires sociales, , 297-309. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/rfas.112.0297>

Lhéréte, H. (2023). Vivre en hamster ? Non merci !. Sciences Humaines, 357, 3-3. <https://doi.org/10.3917/sh.357.0003>

Mannheim K. Le problème des générations, Armand Colin, Paris, 2011.

Maugan, M-E. (2022, mars). La souffrance des soignants : quels enjeux éthiques ?. Doc'éthique. EREBFC.

Mauss, M. L'essai sur le don. 1922. (Sociologie et anthropologie, PUF, 1950, 7e édition).

Molinier, P. (2006). Le care à l'épreuve du travail: savoir-faire discrets et vulnérabilités croisées. Le Souci des autres. Éthique et politique du care, ed. Patricia Paperman & Sandra Laugier, 299-316.

Nitschelm, E. (2015). Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. Jusqu'à la mort accompagner la vie, 123, 47-54. <https://doi.org/10.3917/jalmalv.123.0047>

Ntetu, A. & Tremblay, M. (2014). Les valeurs, un outil d'appropriation par les soignants d'une démarche éthique en contexte des soins palliatifs. *Revue internationale de soins palliatifs*, 29, 77-84. <https://doi.org/10.3917/inka.143.0077>

Pepin, M., Moisson, J-C. - CGS École des Mines (2020, octobre). Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé. *Dossiers solidarité et santé (1998-2016)*, 16.

Piret, B. (2019). Transmission familiale, identité et appartenance. *Sud/Nord*, 28, 211-232. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/sn.028.0211>

Poirier, J. & Derouesné, C. (2017). Chapitre 21. La formation à la relation médecin-malade, à l'éthique médicale et au professionnalisme. Dans : J. Poirier & C. Derouesné (Dir), *L'éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours* (pp. 245-255). Paris: Hermann.

Poirier, J. & Derouesné, C. (2017). Chapitre 23. Les mécanismes intimes de l'apprentissage de la médecine. Dans : J. Poirier & C. Derouesné (Dir), *L'éducation médicale en France, de la Révolution à nos jours* (pp. 265-273). Paris: Hermann.

Potier, V. (2012, juillet). Valeurs du service public. Portail de la Fonction Publique, Site Internet du Ministère de la Transformation et de la Fonction Publiques.

Ricœur, P. *Le juste*. Tome 2. Editions Esprit. 2001.

Saba, T. (2009). Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. *Gestion*, 34, 25-37. <https://doi-org.scd1.univ-fcomte.fr/10.3917/riges.343.0025>

Sévéon, O. *Les risques psychosociaux en milieu professionnel, Les guides pratiques Santé au travail*, 2021.

Shanafelt TD., Dyrbye LN, Sinsky C. et al. (2016). « Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction ». *Mayo Clin Proc*, 91(7), 836-848.

Yvon, B., Lehr-Drylewicz AM., Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications, une enquête qualitative en Indre et Loire. *Médecine : de la médecine factuelle a nos pratiques* 2007/02;3: pp 83-8.

Veziat, N. (2019). *Le Crépuscule des services publics*. La Vie des Idées [Consulté le 25 octobre 2022]. Disponible : <https://laviedesidees.fr/Le-crepuscule-des-services-publics.html>

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : RECRUTEMENT DES ENQUETES – MAIL DIFFUSE A L'ENSEMBLE DES MEDECINS DES CHU DE DIJON ET DE BESANÇON

Professeur, Docteur,

Madame, Monsieur,

L'Espace de Réflexion Ethique Bourgogne - Franche-Comté (EREBFC), instance régionale rattachée aux CHU de Dijon et de Besançon, réalise une étude qui vise à comprendre les fondements de l'engagement des professionnels de santé au sein de l'institution hospitalière, à l'heure où une attention particulière est portée aux départs de soignants. Plus précisément, nous avons décidé de nous intéresser aux médecins attachés à l'exercice de leur fonction au sein du service public. En incluant que cet attachement puisse être teinté de doute quant à son avenir à l'hôpital, nous avons choisi de mettre en exergue ce continuum et intitulé cette étude : « [Partir ou rester ? Vacillement des valeurs soignantes des médecins du service public](#) ».

Nous recherchons des volontaires pour échanger à ce sujet. Les catégories de professionnels que nous souhaiterions rencontrer sont les suivantes :

- Médecins en exercice au sein des CHU de Dijon et de Besançon.

Dans une perspective comparatiste, nous souhaitons également rencontrer :

- Médecins qui se sont désengagés du service public,
- Internes en médecine,
- Médecins intérimaires.

La participation à cette étude se traduit par une rencontre (dans les locaux de l'EREBFC, par visioconférence, ou par téléphone) dont la durée est fonction de la disponibilité des participants. Ces rencontres prennent la forme d'un temps d'échange, dont nous garantissons l'anonymat, réalisé sur le temps libre des professionnels.

Ainsi, si vous êtes vous-même concerné par cette étude, nous vous invitons à nous contacter avant le 3 février 2023 à l'adresse mail ou au numéro de téléphone indiqués en signature de ce mail.

Nous vous serions également reconnaissants de diffuser l'information à toute personne susceptible d'être intéressée.

Restant à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous remerciant de l'intérêt témoigné pour notre étude.

Bien cordialement,

**Sophie Andréa LAGRANGE**

Chargée de mission – Observatoire (50% ETP)  
Doctorante en sociologie à l'Université de Bourgogne

Espace de Réflexion Ethique BFC  
CHU Dijon Bourgogne  
10 Bd Maréchal de Lattre de Tassigny  
BP 77908 - 21079 DIJON  
Tél : 03.80.28.13.70  
Mail : [sophie-andrea.lagrange@chu-dijon.fr](mailto:sophie-andrea.lagrange@chu-dijon.fr)  
Site internet de l'EREBFC: <http://www.erebfc.fr/>  
Suivez nos actualités sur [LinkedIn](#) !



## ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIENS

La grille d'entretiens est non exhaustive : des questions peuvent émergées spontanément lors de l'entretien. La grille d'entretien permet de préparer quelques questions en amont et guider ainsi partiellement l'échange, conformément à la méthodologie de cette étude (entretiens semi-directifs).

<b>TABLEAU 1</b>			
	<b>THEMES</b>	<b>Exemples de questions</b>	<b>Notes</b>
<b>Carrière</b>	Actuellement	Rappel des fonctions actuelles du médecin	
	Carrière SP	Avez-vous toujours exercé au sein du service public ?	
	Parcours	Avez-vous toujours voulu être médecin ? Quelles étaient vos motivations initiales à devenir médecin et quelles étaient vos ambitions ?	
<b>Rapport au service public</b>	Valeurs soignantes du service public	Spontanément, quand on parle de valeurs du service public, à quoi pensez-vous ?	
	Valeurs soignantes en actes	Dans l'exercice de vos fonctions, comment se traduisent les valeurs soignantes ? (Demander un exemple)	
	Rapport générationnel	Ressentez-vous des différences notoires entre l'engagement de vos aînés et le vôtre (ou inversement) ? *	
	Rapport de l'entourage au service public	A votre connaissance, quel rapport vos collègues entretiennent-ils au service public ? <i>Même question pour les amis et la famille</i>	
<b>Engagement</b>	Attachement au service public	Existe-t-il, pour votre part, un attachement particulier au service public ? Allait-il de soi de s'orienter vers le service public ? Pourquoi ? Quelle idée vous faisiez-vous du service public à vos débuts ? Qu'en est-il aujourd'hui ?	
	Vacillement de l'engagement	Avez déjà pensé à partir ? Avez-vous pu observer des moments charnières (T2A, Covid-19...) ? *	
<b>Avenir</b>	Avenir professionnel	Comment voyez-vous votre avenir professionnel ?	
	Avenir du service public (en général)	Comment voyez-vous l'avenir du service public de manière générale (éducation, santé...) ?	

\*Questions qui ont émergées à l'issue des premiers entretiens exploratoires

<b>TABLEAU 2</b>		
<b>Sociodémographie</b>	Âge	
	Nombre d'années d'expérience professionnelle	

Retrouvez toutes les actualités  
de l'EREBFC



[www.erebfc.fr](http://www.erebfc.fr)





— Espace de —  
Réflexion Éthique  
Bourgogne — Franche-Comté