



**HAL**  
open science

# Quelle légitimité de la transgression pour une décision médicale éthique ?

Mylène Gouriot

► **To cite this version:**

Mylène Gouriot. Quelle légitimité de la transgression pour une décision médicale éthique?. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03521352

**HAL Id: dumas-03521352**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521352v1>**

Submitted on 11 Jan 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ  
CAEN  
NORMANDIE

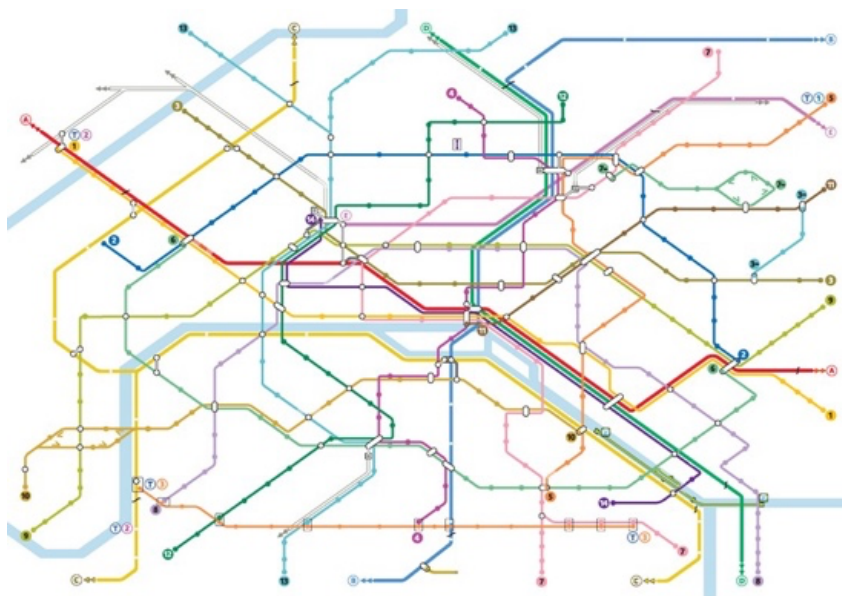


MÉMOIRE DE MASTER II D'ÉTHIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE

# Quelle légitimité de la transgression pour une décision médicale éthique ?

Par Mylène GOURIOT

Sous la direction du Professeur Grégoire MOUTEL



2019/2020

## **REMERCIEMENTS**

A messieurs Guillaume GRANDAZZI et Pr. Grégoire MOUTEL, pour m'avoir acceptée au sein du Master II d'éthique afin de réaliser ce travail,

A Fanny ROGUE, pour son enthousiasme et ses enseignements d'une qualité exemplaire,  
A Mathias COUTURIER, pour ses perspectives intellectuelles passionnantes,

A Dominique LEONARD pour notre amitié indéfectible  
et toutes ces années de collaboration enrichissante,

A mon père pour nos conversations inspirantes et éclairantes,  
A ma mère, ma sœur, mon mari et ma fille pour leur soutien sans faille.



## TABLE DES MATIERES

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>7</b>  |
| 1. <i>La transgression cardinale.....</i>   | 8         |
| 2. <i>La transgression, un sujet à explorer chez les acteurs de la santé.....</i>           | 14        |
| 3. <i>Transgression et activité médicale .....</i>  | 15        |
| 4. <i>Quelle approche de la transgression ?.....</i>  | 18        |
| 5. <i>Existence préalable d'une règle : les normes. Le cadrage.....</i>                     | 19        |
| 6. <i>Franchissement de la limite : la décision médicale. La problématique.....</i>         | 23        |
| 7. <i>Reconnaissance de la transgression : une question de légitimité. L'objectif. ....</i> | 26        |
| 8. <i>Enjeu. Les hypothèses. ....</i>   | 27        |
| <b>PREMIÈRE PARTIE : LA NORME ET LA DÉCISION MÉDICALE.....</b>                              | <b>30</b> |
| <b>I. LA NORME.....</b>   | <b>30</b> |
| 1. <i>« Au cœur de la norme : le tracé et la mesure », Catherine THIBIERGE.....</i>         | 30        |
| a. Définition .....   | 30        |
| b. Fonction .....   | 32        |
| 2. <i>La force normative.....</i>   | 34        |
| a. Valeur normative .....   | 38        |
| b. Portée normative.....  | 38        |
| c. Garantie normative.....  | 39        |
| <b>II. LES NORMES DE LA DÉCISION MÉDICALE.....</b>  | <b>42</b> |
| 3. <i>Élaboration, Réalisation, Finalité.....</i>   | 43        |
| a. Élaboration .....  | 44        |
| b. Réalisation .....  | 45        |
| c. Finalité .....   | 46        |
| 4. <i>Densification normative.....</i>  | 48        |
| d. Augmentation quantitative des normes.....  | 48        |
| e. Multiplication des sources des normes .....  | 50        |
| f. Extension du champ de la normalisation .....   | 52        |
| g. Accroissement du nombre des acteurs concernés .....                                      | 53        |
| h. Multiplication et diversification des « objets » normalisés .....                        | 54        |

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| i.  | Intensification de la force normative .....   | 54        |
| <b>DEUXIÈME PARTIE : PANORAMA DES TRANSGRESSIONS DANS LA DÉCISION MÉDICALE .....</b>                |   | <b>58</b> |
| <b>I. CLASSIFICATION .....</b>  |   | <b>58</b> |
| <b>II. LA TRANSGRESSION ADAPTATIVE .....</b>  |   | <b>61</b> |
| 1.  | <i>La transgression involontaire</i> .....  | 61        |
| 2.  | <i>La transgression inévitable</i> .....  | 63        |
| a.  | La transgression ergonomique .....  | 63        |
| b.  | La transgression « pour l'art médical » : exemple de l'EBM .....  | 65        |
| c.  | La transgression intégrative .....  | 68        |
| d.  | La transgression par acrasie : exemple de la médecine du don .....  | 70        |
| e.  | La transgression par adiaphorie : exemple de l'information et du consentement .....                                 | 73        |
| 3.  | <i>La transgression ordinaire</i> .....   | 75        |
| <b>III. LA TRANSGRESSION NORMATIVE .....</b>  |   | <b>77</b> |
| 1.  | <i>Densification normative et liberté professionnelle</i> .....   | 78        |
| 2.  | <i>Densification normative et « norme des normes » : l'interhumain</i> .....  | 82        |
| 3.  | <i>Densification normative à l'épreuve du réel : l'incertitude</i> .....  | 83        |
| 4.  | <i>Distorsion entre valeur normative et portée normative. Faible valeur, forte portée : exemple de la PMA</i> 84    |           |
| 5.  | <i>Distorsion entre portée normative et garantie normative. Forte garantie, faible portée : exemple de l'AMM</i> 86 |           |
| <b>TROISIÈME PARTIE : RÉFLEXION SUR LA PERTINENCE DE LA TRANSGRESSION, LÉGÉTIMITÉ ETHIQUE .....</b> |   | <b>90</b> |
| <b>I. RÉFLEXIONS SUR LA PERTINENCE DE LA TRANSGRESSION .....</b>                                    |   | <b>90</b> |
| 1.  | <i>Les points de vue de la légitimité vue par l'acteur</i> .....  | 90        |
| a.  | Transgression an-hétique .....  | 90        |
| b.  | Transgression éthique pour l'acteur .....   | 91        |
| c.  | Conception de l'éthique de l'acteur .....   | 93        |
| 2.  | <i>Un contexte : effets de la force normative sur la médecine, rempart de l'éthique</i> .....                       | 94        |
| a.  | La rationalisation .....  | 94        |
| b.  | La standardisation .....  | 97        |
| c.  | L'éthique comme sauvegarde de « l'interhumain » .....   | 98        |
| 3.  | <i>Un processus : la densification normative de la médecine, résistance éthique</i> .....                           | 101       |

|            |  |            |
|------------|--|------------|
| a.         | Distorsion de la fonction de direction des conduites .....   | 102        |
| b.         | Distorsion de la fonction de mesure de la normativité : folie de l'évaluation.....   | 103        |
| c.         | Collaboration / coopération / discussion : résistance éthique .....  | 105        |
| <b>II.</b> | <b>TRANSGRESSION, ETHIQUE ET CONTROLE SOCIAL.....</b>  | <b>108</b> |
| 1.         | <i>De la normalisation à la standardisation.....</i>   | <i>110</i> |
| 2.         | <i>De la standardisation à la régulation .....</i>   | <i>111</i> |
| 3.         | <i>De la régulation au flux .....</i>  | <i>112</i> |
| 4.         | <i>Légitimité de la transgression pour une décision éthique .....</i>  | <i>113</i> |
|            | <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>115</b> |
|            | <i>Limites et prolongements envisageables de la recherche .....</i>  | <i>119</i> |
|            | <b>ANNEXES.....</b>  | <b>120</b> |
|            | <i>Tableau récapitulatif de l'évolution des publications sous l'item « recommandations » dans les rapports<br/>d'activité de la Haute Autorité de Santé.....</i> | <i>120</i> |
|            | <i>Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa).....</i>  | <i>122</i> |
|            | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>124</b> |
|            | <b>Table des illustrations .....</b>   | <b>130</b> |

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

|      |  |
|------|--|
| AFS  | Agence Française du Sang   |
| ALD  | Affection de Longue Durée  |
| AMM  | Autorisation de Mise sur le Marché                                   |
| ANSM | Agence Nationale de Sécurité du Médicament                           |
| ARS  | Agence régionale de Santé  |
| CC   | Code Civil   |
| CCNE | Comité Consultatif National d'Éthique                                |
| CSP  | Code de la Santé Publique  |
| CTS  | Procréation Médicalement Assistée                                    |
| DCP  | Développement Professionnel Continu                                  |
| EBM  | Evidence Based Medicine  |
| EFS  | Établissement Français du Sang                                       |
| EPP  | Évaluation des Pratiques Professionnelles                            |
| FMC  | Formation Médicale Continue  |
| GREC | Groupe de Recherche du centre d'Éthique Clinique de l'hôpital Cochin |
| HAS  | Haute Autorité de Santé  |
| PMA  | Procréation Médicalement Assistée                                    |
| Ra   | Rapport d'activité   |
| RBP  | Recommandation de Bonne Pratique                                     |
| RCP  | Recommandations pour la Pratique Clinique                            |
| RMO  | Références Médicales Opposables                                      |



## INTRODUCTION

---

Pour certains, la transgression est devenue si fréquente, si choquante et scandaleuse qu'il faudrait la redresser, la contenir, l'arrêter, la dénoncer, la combattre et la punir. Elle serait un signe de déliquescence d'une société débridée, où les valeurs bafouées, piétinées par l'arrogance des uns ou l'inconscience des autres, seraient en train de sombrer. Elle serait le symptôme d'une société malade dont la cohésion affaiblie l'expose à une insécurité menaçante.

Transgression première, suprême, gigantesque, fondamentale, sans précédent, inéluctable, extraordinaire « La Grande transgression »<sup>1</sup> menace jusqu'à la pérennité de l'espèce humaine dans son expression scientifique et particulièrement dans le domaine des sciences médicales.

Portée haut et fort par l'instrumentalisation politique et sociale de la sécurité, tout se passe comme si la transgression cristallisait à elle-seule tous les débats, tous les discours, qui légitiment des pouvoirs de toutes sortes, y compris des plus obscurs.

Pour d'autres, de plus en plus inaudibles sous le fracas du scandale, derrière la médiatisation tonitruante des outrages, quand ils ne sont pas purement et simplement anéantis, décimés par une volonté funeste de silence, la transgression devrait être défendue, louée, encouragée, accompagnée, approuvée et même célébrée comme une valeur de santé démocratique. Elle serait, selon eux, une condition de défense des libertés humaines contre la multiplicité des moyens mis en œuvre pour la réduire, pour la conduire, pour la guider vers des intérêts pas toujours louables, pas assez souvent critiqués.

Le langage pour la défendre semble beaucoup plus vaporeux que celui qui la dénonce avec son air assuré, confiant, savant et autoritaire. Pourtant si parfois elle chuchote ou murmure, jamais elle ne se tait vraiment. La transgression semble inextinguible, impossible à éradiquer de la société civile, des organisations du travail, du fonctionnement des institutions. Comme un brasier, elle ne s'éteint jamais, toujours prête à retrouver sa flamme, toujours tapie quelque part où elle n'est pas prévue, pas attendue, rarement comprise. Toujours poursuivie, jamais embastillée !

---

<sup>1</sup> B. Debré, *La grande transgression: l'homme génétiquement modifié*, M. Lafon, 2000.

Tantôt interprétée comme risque, tantôt comprise comme espoir ; tantôt dénoncée comme désordre, tantôt défendue comme liberté ; la transgression apparaît, de prime abord comme une notion plurivoque, contradictoire, paradoxale, équivoque, polysémique : plus on cherche à la saisir, plus elle nous échappe.

Cette double valence de la transgression permet à certains d'y voir « le déclin » ou « le malaise » de la civilisation, et à d'autres d'y percevoir et d'y défendre « l'origine du monde ».

C'est sûrement cette profonde ambigüité dans les manières de la percevoir et de la comprendre qui fait dire à Roger DOREY que penser la transgression est une « tâche délicate, malaisée, impossible peut-être. On est tenté de dire qu'un interdit pèse sur toute réflexion portant sur la transgression (...). La transgression parle ailleurs et différemment ; je dirais même qu'elle nous agit plus que nous la comprenons, c'est peut-être la raison pour laquelle son être véritable semble échapper à toute saisie conceptuelle. »<sup>2</sup>. Et plus tard, Vincent ESTELLON renchérit : « penser la notion de transgression et écrire à ce sujet, je n'aurais jamais cru l'exercice aussi pénible, douloureux, troublant ! »<sup>3</sup>

### 1. La transgression cardinale

---

Si la perception de la transgression peut être jugée de manière **bénéfique ou maléfique**, c'est qu'elle s'adresse à chacun de nous de manière subjective, singulière et même intime. Lorsque le sujet est évoqué, rares sont ceux qu'elle n'inspire pas ! Ceux-ci y vont d'une anecdote personnelle, ceux-là d'un récit professionnel, la transgression a cette particularité d'être aussi inquiétante qu'elle est excitante, dans tous les cas elle ravive des souvenirs.

C'est sûrement parce qu'elle porte les mots de l'enfance. Entre **fascination** et **répulsion**, elle nous a tous fait découvrir ce qui est interdit, ce qui est défendu. Par exemple, pour Anne-Marie BARANOWSKI<sup>4</sup>, dans le conte, la transgression « signifie en premier lieu outrepasser des interdits clairement spécifiés ou codifiés - obligations sociales, lois, valeurs éthiques - en second lieu enfreindre une norme faisant l'objet d'un consensus, mais se dispensant, le cas échéant, de définition ».

---

<sup>2</sup> R. Dorey, *L'Interdit et la transgression*, Paris, Dunod, 1983.

<sup>3</sup> V. Estellon, « Éloge de la transgression », *Champ psychosomatique*, 2005, n° 38, 2, p. 149-166.

<sup>4</sup> A. Barowski, « La transgression dans le conte. - Dévoiler - Avertir - Prévenir ? »

Plus encore, le conte est une « transgression du réel »<sup>5</sup>, il évoque pour chacun de nous les règles à respecter, les fautes à éviter. Ne sommes-nous pas tous encore un peu cet enfant qui « s'identifie au héros porteur de valeurs nobles » mais qui reste « fasciné par des rôles de « méchants » et par les personnages maléfiques ? Or « les actions transgressives sont commises à la fois par les personnages qui aident le héros » (renforcer et faire vaincre les valeurs morales), « et également par ceux qui veulent lui nuire ». Là réside, peut-être tout à fait initialement l'ambiguïté de la double valence de la transgression. D'ailleurs le plaisir de la lecture des contes ne résiderait-il pas justement dans cette transgression ? La question s'est posée à Bruno BETTELHEIM<sup>6</sup> et n'a pas trouvé depuis, meilleure réponse !

**Mais peut-on inscrire pour autant la transgression dans une prédisposition de l'acteur ? Existe-t-il un sujet transgressif prédéterminé ?**

Si la transgression est inscrite dans l'acteur « par nature », alors l'étude que nous nous apprêtons à conduire serait rendue caduque par un déterminisme dont l'exploration relèverait d'autres disciplines. Il faut se tourner vers la « Sociologie de la déviance »<sup>7</sup> pour trouver des conceptions qui vont dans ce sens. On doit à Cesare LOMBROSO<sup>8</sup> en 1876 la première théorie de l'atavisme. Par une observation détaillée des données morphologiques et statistiques, il conclut que le délinquant serait une espèce particulière d'être humain. Loin d'être anecdotique, l'idée d'une « mauvaise nature » a émaillé l'histoire de la déviance dans ses voies les plus sombres telles que l'eugénisme d'Earnest HOOTON (1939) ou William SHELDON (1949), ou plus récemment WILSON et HERRNSTEIN (1985). Si ces conceptions d'une déviance prédéterminée font l'objet de vives critiques et de contre-arguments efficaces, la question de l'inné et de l'acquis demeure une préoccupation vivace encore aujourd'hui. Depuis le début du XXème siècle, le progrès de la connaissance du psychisme humain a ouvert la voie d'explications fondées sur l'analyse de la construction de la personnalité. Ainsi, dans les années cinquante, les époux GLUECK présentent une thèse de

---

<sup>5</sup> J. Chaintron, *Contes merveilleux ; dossier thématique: la transgression - Andersen, Grimm, Perrault - Librairie Generale Francaise*, 2016.

<sup>6</sup> B. Bettelheim, *Psychanalyse des contes de fées*, Robert Laffont., 1976.

<sup>7</sup> A. Ogien, *Sociologie de la déviance*, 2012.

<sup>8</sup> C. Lombroso, *L'homme criminel: étude anthropologique et médico-légale*, F. Alcan, 1887.

précocité de la déviance, « un potentiel de délinquance », propres à certains individus ainsi prédisposés à la transgression dès leur enfance.

Mais ce type de théories cède aisément sous la critique de la restriction des facteurs pris en compte et de l'explication rétroactive qui les sous-tend. Pour SAMPSON et LAUB<sup>9</sup> en 1986, le bien-fondé d'une explication causale devrait tenir compte précisément du cycle de vie et des choix qui se présentent tout au long de l'existence. Finalement, les théories actuelles tendent « à exonérer la société de toute responsabilité dans l'émergence et la reproduction de la délinquance et à la remettre entièrement entre les mains de l'individu, en proposant de le concevoir comme un être libre de conduire sa vie comme il l'entend et qui peut opter délibérément pour le mal. » Cette conclusion est transférable : la transgression n'est concevable que comme l'expression libre et éclairée d'une volonté rationnelle. **Finalement, la transgression, telle que les études les plus contemporaines la conçoivent, relève de l'autonomie du sujet.**

Si la transgression ne relève pas de facteurs clairement identifiables et déterminants dans la construction de la personnalité, en revanche elle revêt un aspect culturel qu'il ne faut ni ignorer, ni nier.

Ainsi **la transgression est-elle corrélative à la culture ?** Pour comprendre la transgression grâce à l'approche culturaliste, nous renvoyons à l'étude très informée d'Olivier BABEAU<sup>10</sup>. En effet, celui-ci conclut clairement : s'il existe une part culturelle dans la transgression et donc relative à des données singulières et locales, ce constat ne suffit pas à établir une grille de compréhension. « Si la culture a un rôle, elle reste tout à fait incapable d'expliquer l'entièreté du phénomène. Une grande partie des mécanismes de l'acte irrégulier reste à décrypter (au sens propre de ce mot : montrer ce qui est caché) : se contenter de l'explication apportée par l'approche culturaliste, c'est nier l'existence d'une volonté individuelle rationnelle dans le choix de la transgression. » Or comme notre auteur, c'est cette volonté qui nous paraît décisive dans l'acte transgressif.

Pourtant un éclairage nous semble pertinent dans l'approche culturaliste, celui de l'analyse socio-politique de la **mutation de nos sociétés contemporaines disciplinaires en**

---

<sup>9</sup> *Crime in the Making: Pathways and Turning Points Through Life* - Robert J. Sampson, John H. Laub, , 1986.

<sup>10</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, Eska, 2011, p.67-84.

**sociétés de contrôle**<sup>11</sup>. De fait, avec l’extinction de la souveraineté, le pouvoir s’est multiplié dans une forme nouvelle de contrôle des populations. Dans cette transformation la notion de transgression n’est plus seulement une forme abrupte de lutte, de conflit ou d’opposition menant à l’affrontement (rencontre de face à face) elle s’est enrichie d’un rapport à la normalité qui élargit considérablement sa qualification.

En effet, Michel FOUCAULT entend par pouvoir disciplinaire « d’abord la multiplicité des rapports de force qui sont immanents au domaine où ils s’exercent, et sont constitutifs de leur organisation »<sup>12</sup>. Le pouvoir n’est plus l’État ou une organisation circonstanciée, il n’est plus « suprême ». Il se recompose dans des « formes locales et hétérogènes, des multitudes de rapports de pouvoir qui se lient, se juxtaposent, se hiérarchisent, faisant de la société « un archipel de pouvoirs ». Contrairement à ce que l’on pense trop souvent, le pouvoir n’est pas une instance d’interdiction, de prohibition, mais au contraire un ensemble de rapports de forces qui se range sous la catégorie de la relation. »<sup>13</sup>. Si le pouvoir est « une technique de gestion destinée, non pas à réprimer les exactions des individus, mais à orienter leur comportement », **l’acte transgressif coexistant se déplace également de la société vers l’individu : il ne réside plus seulement dans la défiance à l’hétéronomie de la règle, le franchissement frontal d’une limite déterminée par une dichotomie permis/interdit, il se redéfinit dans une nature individualiste d’anormalité comportementale.** La notion de transgression semble ainsi se dilater tout autant que les exigences disciplinaires, ce qui s’illustre également par la multiplication des structures d’enfermement de tous types, ce que FOUCAULT appelle les « hétérotopies de déviation »<sup>14</sup> comme rééducation à la discipline. Cette fonction « normalisatrice » de la discipline induit donc de nouvelles formes de transgression, elle étend son acception en voulant corriger les virtualités déviantes afin de les normaliser.

---

<sup>11</sup> D. Ottaviani, « Foucault - Deleuze : de la discipline au contrôle » dans Emmanuel Da Silva (ed.), *Lectures de Michel Foucault. Volume 2 : Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS Éditions, 2014, p. 59-73.

<sup>12</sup> M. Foucault et M. Foucault, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1997, p. 121-122.

<sup>13</sup> D. Ottaviani, « Foucault - Deleuze », art cit.

<sup>14</sup> M. Foucault, « Des espaces autres. Hétérotopies. », 1984, vol.5.

Mais « Foucault se tient au chevet de nos sociétés malades, en pleine crise, suivant l'évolution à mesure qu'elle se produit »<sup>15</sup>, il diagnostique ce que nous quittons.

« Nous sommes dans une crise généralisée de tous les milieux d'enfermement, prison, hôpital, usine, école, famille. La famille est un « intérieur », en crise comme tout autre intérieur, scolaire, professionnel, etc. Les ministres compétents n'ont cessé d'annoncer des réformes supposées nécessaires. Réformer l'école, réformer l'industrie, l'hôpital, l'armée, la prison ; mais chacun sait que ces institutions sont finies, à plus ou moins longue échéance. Il s'agit seulement de gérer leur agonie et d'occuper les gens, jusqu'à l'installation de nouvelles forces qui frappent à la porte. Ce sont les sociétés de contrôle qui sont en train de remplacer les sociétés disciplinaires. »<sup>16</sup> affirme Gilles DELEUZE.

Pour s'en convaincre, il suffit par exemple, de se référer à l'évolution de la terminologie du droit concernant les soins psychiatriques contraints ou les soins pénalement imposés. Pour ces derniers, dans l'Ordonnance de 1958, le législateur évoque « l'obligation », dans la loi de 1970 il est fait état de « l'injonction thérapeutique », enfin dans la loi de 1998 « l'injonction de soins » exige le consentement après information sur les sanctions en cas de refus... Mathias COUTURIER montre clairement que « (...)l'efficacité de ces nouveaux dispositifs repose précisément sur la reconnaissance d'une liberté, au moins partielle, à celui qui fait l'objet de la surveillance, aboutissant ainsi à une « forme de fusion entre contrôle et liberté »<sup>17</sup>. En cela, le contrôle social post-disciplinaire se fonde moins sur une distribution de force brute envers l'individu que sur une intériorisation du contrôle par ce dernier au travers d'une construction de **l'adhésion à ce qui le contraint**, celle-ci permettant « d'économiser en partie la dépense de pouvoir nécessaire pour obtenir la docilité ». L'individu devient alors en partie son propre gardien en s'imposant une forme d'autocontrôle personnel répondant à une demande extérieure : « l'infracteur doit accepter sa punition, mieux il doit en devenir le gestionnaire ». »<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> D. Ottaviani, « Foucault - Deleuze », art cit.

<sup>16</sup> G. Deleuze, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle. », *L'autre journal*, 1990, 1.

<sup>17</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social: toile institutionnelle, normative et lien social*, Paris, France, L'Harmattan, 2001, p20.

<sup>18</sup> M. Couturier, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, 2014, 1, p. pp.120-133.

L'évolution du contexte social contemporain est donc marqué par une mutation profonde qui délie la contrainte de la coercition. « En indiquant le contenu chaque fois précis de la « normalité », les processus et procédures qui composent le nouveau contrôle produisent de nouveaux seuils perceptuels, sociaux et légaux pour établir ce qu'est la déviance. »<sup>19</sup> et donc la transgression. « La violence disciplinaire s'exerçait à priori pour contrôler a posteriori les actions. La violence virtuelle s'exerce rarement et après coup pour contrôler à priori les comportements de ceux qu'elle ne punit pas. (...) La violence postmoderne s'exerce avant tout sur les virtualités, sur des comportements possibles dont elle limite l'apparition par découragement ou incitation. »<sup>20</sup>.

**La transgression n'est plus seulement dans ce contexte un comportement de refus de docilité aux exigences disciplinaires, mais un refus d'adhésion aux préconisations. La transgression ne réside plus seulement dans l'action, elle réside également dans l'intention. Dans la société post-moderne, l'acte de transgression s'est déplacé de l'extérieur (le comportement) vers l'intérieur (l'adhésion) dans une nouvelle inflation de son acception, elle devient refus d'adhésion au flux institutionnel normatif. Tout se passe comme si l'acte transgressif résidait d'emblée dans ce qui serait jugé comme une sorte de « mauvaise volonté » c'est-à-dire dans un refus ou une incapacité du zèle à exercer son autonomie de manière conforme à ce qui est attendu : l'auto contrôle des actes et des dires.**

Dans ce contexte nouveau où « l'inspection remplace la loi, la prévention remplace l'accusation, le danger remplace l'infraction et l'option prédéterminée remplace la diversité, aussi bien dans la normalité que dans la déviance »<sup>21</sup>, **la transgression n'est plus seulement en acte -comme elle est communément définie- mais elle réside désormais également dans la décision elle-même que le contrôle, la surveillance et l'inspection s'évertuent à border de manière drastique et permanente. L'individu atomisé dans sa sphère sécuritaire doit exercer son autonomie non pas nécessairement « avec bon sens » mais surtout « dans le bon sens ». Il doit coopérer. Dès lors, la transgression ne réside plus seulement dans l'acte de franchir les limites, mais également dans l'idée de les franchir, dans l'intention.**

---

<sup>19</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social: toile institutionnelle, normative et lien social*, Paris, France, L'Harmattan, 2001, p18.

<sup>20</sup> O. Razac, *Avec Foucault, après Foucault: disséquer la société de contrôle*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 114.

<sup>21</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social, op. cit.* p 42.

## 2. La transgression, un sujet à explorer chez les acteurs de la santé

---

Si la déviance des comportements sociaux ou ceux relatifs à la santé (comportements délétères) a largement été nourrie par la littérature, la transgression des acteurs de la santé n'est pas un sujet qui a retenu une attention particulière jusqu'à récemment. Plus précisément ce thème est abordé en marge de sujets plus précis tels que la prise de décision en matière de fin de vie par exemple<sup>22</sup>, nous y reviendrons mais il n'a pas fait l'objet d'une vaste étude dans son rapport consubstantiel à l'histoire de la médecine, l'histoire des institutions médicales ou la réflexion sur les pratiques cliniques. Dans le domaine de l'éthique le sujet émerge à peine et ne fournit pas d'analyse détaillée et systématique : il reste à explorer davantage.

De manière générale, il n'apparaît pas dans le dictionnaire reconnu de Dominique LECOURT<sup>23</sup> de la pensée médicale, il n'apparaît pas non plus comme un facteur à part entière de l'histoire de la pensée médicale en occident sous la brillante direction de MIRKO et GMERK. Plus particulièrement, les recherches dans les bases de données spécialisées de la santé telles que LISSA ou PUBMED ne l'indexent que par rapport au soigné ou dans la psychanalyse comme concept relatif à la construction psychique, ou à la sexualité.

Si on se réfère aux sciences humaines, l'indexation est d'une autre nature, la transgression ne renvoie qu'aux comportements déviants relatifs à la délinquance. Elle est étudiée également dans la sociologie du travail.

Il faut faire appel plutôt à CAIRN pour trouver des publications dont le thème central est la transgression des acteurs de santé. Mais là encore, leur nombre est plutôt limité, elles sont disséminées, hétérogènes non systématisées.

D'une façon plus précise, ce thème n'existe pas à notre connaissance, dans le domaine de la formation des professionnels de santé. Tout comme le constate Olivier BABEAU concernant les manuels de gestion, les manuels de sciences humaines dédiés à la formation des étudiants en médecine n'en font pas mention. « Les traces de la dimension transgressive y sont excessivement difficiles à déceler. C'est même une tâche vaine. ». De même, ce sujet latent d'une manière quasi constante en éthique médicale, n'est approché que pour être « évité ».

---

<sup>22</sup> D. Jacquemin, « La transgression : une expérience à penser pour construire la visée éthique de certaines pratiques cliniques », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 2015, 14, 2, p. 91-97.

<sup>23</sup> Malgré son travail sur les figures subversives de Prométhée, Faust et Frankenstein.



Si elle est « familière de nos agissements et étrangère à nos préoccupations de pensée, envoûtante, la transgression ouvre au domaine de l'*Unheimliche*, à une zone frontalière où les limites deviennent étrangement confuses, mouvantes, entremêlées. »<sup>24</sup> Alors comment **légitimer notre entreprise d'étude sur cette « inquiétante étrangeté » ?**

D'abord parce qu'il nous est apparu que la transgression, sans jamais se nommer vraiment, traverse toute l'histoire de l'évolution de la médecine et de ses paradigmes. Ensuite parce que « l'accomplissement effectif de l'activité ne s'accommode jamais d'un respect absolu des règles. Celles-ci sont, au minimum, interprétées, ajustées, assouplies au maximum, ignorées ou violées »<sup>25</sup> la pratique dans le domaine de la santé ne fait pas exception et dans un contexte de recherche éthique ce fait mérite d'être sorti de l'ombre. Enfin, il nous a semblé que l'inflation contemporaine des normes crée un terrain de plus en plus favorable à la transgression et son cortège de conséquences. Sa signification est à interroger.

La transgression nous invite à adopter un angle de vue qui peut nous permettre de mieux comprendre, d'éclairer, d'enrichir la réflexion interdisciplinaire sur la pratique des soignants. Pour reprendre une expression de Georges BALANDIER, « ce sujet n'a pas la place qu'il devrait occuper, il devrait avoir un statut conceptuel beaucoup mieux défini, beaucoup plus clair »<sup>26</sup>.

### 3. Transgression et activité médicale

---

Dans le domaine de la santé, l'inflation des normes, nous y reviendrons, se double d'une quête de repères face à des situations qui rendent la décision de plus en plus complexe. Complexité générée par la relation thérapeutique qui a évolué de manière significative vers l'autonomie et le consentement du soigné et qui implique de nouvelles demandes, des exigences croissantes. Complexité portée par l'Institution <sup>27</sup> qui répond à des recommandations de plus en plus nombreuses en termes de qualité par exemple. Complexité engendrée par la rapidité des innovations et des progrès techniques. Complexité encore,

---

<sup>24</sup> V. Estellon, « Éloge de la transgression », art cit.

<sup>25</sup> Jacques Girin et Michèle Grosjean (eds.), *La transgression des règles au travail*, Paris, L'Harmattan, 1996.

<sup>26</sup> G. Balandier, *La transgression dans un projet d'anthropologue-sociologue*, , 2010.

<sup>27</sup> Institution : organisme public ou privé, régime légal ou social, établi pour répondre à quelque besoin déterminé d'une société donnée. (CNRTL)

produite par des cadres juridiques de plus en plus précis, et des procédures de plus en plus nombreuses et agressives des assurances, des soignés et de leur famille. Complexité enfin, bâtie par une « gestion-entreprise » qui prive de moyens, de temps et sollicite toujours davantage de « rendement ».

Dans ce contexte, le bornage extérieur de la pratique de soin semble laisser de moins en moins de véritable liberté et d'autonomie d'action puisque les référentiels ont pour vocation de faciliter la prise de décision en exerçant une sorte **d'autonomie guidée**. Ce paradoxe induit donc une possibilité croissante de franchissement des limites.

Tout se passe comme si l'effort considérable de réflexion sur les pratiques pour l'autonomie du soigné aujourd'hui clairement et fermement affirmée, avait occulté la problématique de l'aliénation concomitante croissante du soignant ! Cette réduction drastique du champ de l'action libre sous le poids des procédures de contrôle, de surveillance et d'inspection pourrait bien avoir quelque chose à voir avec une ultime transgression, celle de ses propres limites sous l'expression aujourd'hui malheureusement bien connue de « burnout » ou celle plus récente de « brown-out ».

Les limites institutionnelles quant à elles, peuvent se traduire par la territorialité<sup>28</sup>. Une Institution est « un univers « borné » où l'organisation hiérarchique assigne à chacun une place, un rôle, une fonction, un statut, où la cohérence du tout repose sur le jeu des relations dissymétriques et inégalitaires. Dans un tel système, la survie des uns passe par une menace permanente contre les barrières établies par les autres »<sup>29</sup>. La restriction et la répression qui assurent la cohérence de fonctionnement génèrent des oppositions, des tensions, d'autant plus que les personnels y sont divers et ne peuvent être appréhendés dans le déni de leur personnalité. **Loin de n'être qu'une fonction, les soignants sont également des personnes** qui, bien souvent ont le souci d'enrichir leur propre pratique, ont leurs propres besoins, leurs propres représentations qui peuvent amener à transgresser les règles par un réagencement individuel ou collectif des contraintes.

La mise à jour permanente et fréquente des pratiques en constante évolution tant du point de vue technique que scientifique réclame un temps conséquent pour s'informer. Or « la communication autour des classeurs contenant les protocoles, fiches techniques, etc., se

---

<sup>28</sup> Jacques Girin et Michèle Grosjean (eds.), *La transgression des règles au travail*, op. cit. Nicole LERY

<sup>29</sup> *Ibid.*

limite souvent à l'indication du lieu où ils sont consultables. L'opportunité que constitue leur présence pour échanger sur les normes de soins n'est pas toujours saisie ; elle ne permet pas une auto-évaluation individuelle et collective des pratiques de soins. La mise à jour est souvent aléatoire et lorsqu'elle est effective, elle est le plus souvent informative »<sup>30</sup>. La transgression dans ce cas relèverait davantage de la contrainte temporelle ou de la contrainte organisationnelle que d'une véritable volonté d'outrepasser les limites.

Le cadre juridique lui, semble un prérequis connu et normatif mais la transgression fonctionnerait ici presque à l'inverse : non par l'action mais par l'inaction si l'on peut dire. En effet, le droit contient en principe les décisions et il est rarement question de le transgresser en tant que tel mais il peut être détourné : « l'appel permanent au Droit est aujourd'hui un indicateur majeur du manque de réflexion et de travail sur les limites »<sup>31</sup>. Il peut servir de garde-fou, de protection afin de légitimer des pratiques de « facilitation ». Un exemple simple donné par Isabelle MARTIN<sup>32</sup> dans une conférence de l'EREBFC<sup>33</sup> est celui de la contrainte physique des personnes âgées : si la Charte des Droits et Libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, garantit dans son article 3 la liberté de se déplacer (la liberté d'aller et venir est un droit inaliénable de la personne humaine)<sup>34</sup>, concrètement pour des raisons de protection précisément juridique (assurance ou recours familial), cette liberté est très souvent entravée dans les EHPAD. La transgression dans ce cas est légitimée par une hiérarchisation des normes.

Enfin, la transgression peut se nicher au sein même de l'Institution mais cette fois-ci sous couvert des contraintes budgétaires et de gestion. En effet, que ce soit par les politiques de santé publique ou par les problématiques organisationnelles, la transgression n'est jamais loin lorsque l'ensemble d'un système est assujéti à des obligations relevant de valeurs qui sont à

---

<sup>30</sup> P. Cloarec, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, 2008, N° 93, 2, p. 28-31.

<sup>31</sup> Jacques Girin et Michèle Grosjean (eds.), *La transgression des règles au travail*, op. cit.

<sup>32</sup> I. Martin et M. Chaix, *18 octobre 2017 - Savoir soigner, est-ce savoir transgresser ? - Information et débats - EREBFC*, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/18-octobre-2017-savoir-soigner-est-ce-savoir-transgresser/>, 2017.

<sup>33</sup> Espace de Réflexion Éthique Bourgogne-Franche-Comté

<sup>34</sup> Les articles 2 al.1 du protocole 4 de la CEDH, et 12 du pacte de New York relatif aux droits civils et politiques, proscrivent toute interdiction générale d'exercer cette liberté.

minima différentes et trop souvent inconciliables avec les valeurs de rétablissement de la santé humaine !

**S’interroger sur la transgression c’est donc s’interroger sur les normes qui étreignent le domaine de la médecine et la pratique du soin, mais c’est surtout ouvrir une nouvelle perspective sur les limites sans cesse mouvantes qui les déterminent**, un peu comme si nous décidions de regarder ces sujets d’un autre point de vue, de l’autre côté en ré-agençant une autre grille d’analyse.

L’entreprise pourrait être vaste tant la transgression est logée dans l’histoire globale de la médecine, dans les grands changements de paradigme de la pensée médicale et jusqu’au cœur nominal de la pratique du soin. Ainsi Régis AUBRY<sup>35</sup> distingue trois grands domaines de la transgression en santé : la transgression en science et recherche médicale, la transgression des politiques de santé qui organisent le soin et la transgression du cadre et des limites données au soin du point de vue clinique ou pratique, mais il s’agira ici de s’arrêter à un aspect précis, quitte à remettre à plus tard ou à confier à d’autres, l’intérêt qui nous a conduit dans ce sujet.

#### 4. **Quelle approche de la transgression ?**

---

L’analyse sémantique du sujet d’un problème n’est pas une précaution formelle ou académique mais la première règle de la méthode : elle circonscrit l’espace de recherche et permet d’en révéler les chemins et même les obstacles, elle est surtout un point de départ.

La définition Le Robert pose un nom féminin emprunté (1174) au latin « transgressionis », nom d’action tiré de « transgredi », « passer de l’autre côté, traverser », « dépasser » puis « enfreindre » ; et de « trans » qui signifiait « marcher ». Au premier abord, pour qu’une transgression soit qualifiée comme telle, il faut donc que soient réunis **trois conditions : l’existence d’une limite reconnue, une action de franchissement de cette limite, une reconnaissance de cette action comme transgressive.**

Ainsi, la transgression a une dimension spatiale, si on peut dire : elle varie selon le sujet qu’elle traverse. Plus précisément la transgression devient telle lorsque l’on quitte la zone de

---

<sup>35</sup> R. Aubry, 15 février 2017 : *Dire l’indicible ! Pourquoi, comment et en quel sens parler de la transgression dans le champ de la santé ?* - EREBFC, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/15-fevrier-2017-dire-l-indicible-pourquoi-comment-et-en-quel-sens-parler-de-la-transgression-dans-le-champ-de-la-sante/> , 2017.

référence construite par un discours normatif. Elle est en relation symbiotique avec la limite qu'elle franchit, autrement dit la transgression est inextricablement fusionnelle avec cette limite, elle ne se définit que par rapport à elle. D'ailleurs pour FOUCAULT « la transgression est un geste qui concerne la limite ; c'est là, en cette minceur de la ligne, que se manifeste l'éclair de son passage, mais peut-être aussi sa trajectoire en sa totalité, son origine même. Le trait qu'elle croise pourrait bien être tout son espace. »<sup>36</sup>.

##### 5. Existence préalable d'une règle : les normes. Le cadrage.

---

La transgression c'est-à-dire le fait d'« aller au-delà d'une limite » est consubstantielle à cette limite. Cette limite est tracée par une règle, au sens premier, servant à mettre d'équerre, ainsi la transgression est à la règle, ce qu'un pays est à ses frontières, ils sont indivis.

Si l'une ne va pas sans l'autre, l'analogie s'arrête là. En effet, contrairement à la clarté apparente du « franchissement » d'une frontière, **la transgression ne peut pas s'inscrire sans équivoque dans une dualité entre le régulier et l'irrégulier.** « La distinction commode entre respect des règles et déviance est malheureusement impossible. Le caractère binaire de la loi, fixant toujours un seuil supposé objectif à partir duquel on passe du légal à l'illégal n'est qu'une construction de pensée, une évaluation contingente. La ligne claire et fine qui délimite les deux zones n'est en pratique qu'une zone grise plus ou moins étendue où le toléré voisine avec le permis et flirte avec l'interdit. Au gré des circonstances, de l'état d'esprit de l'évaluateur, un même acte pourra se trouver dénoncé comme illégal ou bien reconnu comme légal. Le cas est bien rare d'une norme permettant de séparer radicalement le régulier de l'irrégulier. La transgression est toujours le résultat d'un jugement, d'une évaluation, et par la même est une qualification contingente. »<sup>37</sup>

Si la transgression relève d'un continuum qu'il s'agira d'explorer, d'ores et déjà nous voyons qu'il est impossible de superposer purement et simplement la transgression de la pratique médicale à l'infraction légale.

Plus précisément, notre champ d'étude n'intègre pas la transgression lorsqu'elle est une violation d'une règle entraînant une peine fixée par la loi pénale ou une sanction disciplinaire,

---

<sup>36</sup> M. Foucault, *Préface à la transgression*, , 1963.

<sup>37</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, op. cit. pp. 41

lorsqu'elle relève d'un manquement, d'un délit ou d'un crime. En effet, il ne s'agit pas non plus ici, de réfléchir sur des comportements qui relèveraient d'une option malveillante, inadaptée sur les règles traduisant de ce fait une opposition, une subversion volontaire des normes pour des idéaux religieux, politiques, sociaux, corporatistes ou individualistes.

Par conséquent, nous excluons la transgression relevant de la responsabilité civile médicale que l'on peut qualifier de faute ayant donné lieu à des poursuites dans un contexte singulier et individuel. A savoir, le non-respect de la déontologie, les manquements aux obligations éthiques professionnelles, c'est-à-dire la transgression des règles « que chaque professionnel doit appliquer individuellement dans ses relations avec les soignés en vue de prévenir les atteintes à la dignité humaine, assurer la reconnaissance de ses droits individuels, prévenir les manquements élémentaires à la sécurité. »<sup>38</sup>. Ensuite, la faute technique relevant des règles de l'art, des pratiques actualisées, qui engage la responsabilité du soignant qui n'a pas apprécié ou géré de façon adaptée les risques.

La transgression, quelle que soit sa motivation, lorsqu'elle se traduit par une faute qui met en œuvre la responsabilité du soignant peut créer un préjudice reconnu. Lorsqu'elle bascule dans le domaine du droit et de la justice et donne lieu à des poursuites légales, elle bascule hors de notre champ d'étude.

Ainsi, si le plafond que nous nous sommes fixés est celui de la reconnaissance par l'ordre juridique d'un préjudice, en revanche, nous étudierons la transgression dans sa relation au droit dur, c'est-à-dire défini par un caractère obligatoire et contraignant (les lois) et également au droit souple tel que défini par le Conseil d'État<sup>39</sup>.

Autrement dit, **nous nous intéressons à la transgression lorsqu'elle n'est pas reconnue et poursuivie par la justice quand bien même elle serait irrégulière vis-à-vis du droit mais aussi lorsqu'elle concerne l'ensemble des instruments qui répondent aux trois conditions cumulatives suivantes :**

**- qui ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ;**

---

<sup>38</sup> S. Elshoud, *Fiches de droit de la santé et de droit médical*, 2017, pp 86

<sup>39</sup> L.C. d'État, *Etude annuelle 2013 : Le droit souple*, <https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/etude-annuelle-2013-le-droit-souple>.

**- qui ne créent pas nécessairement par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ;**

**- qui présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit.**

**Nous regroupons ainsi sous le qualificatif de droit souple les « systèmes de prescriptions » : à la fois les recommandations et les référentiels émis par les organisations telle que la Haute Autorité en Santé, les protocoles, les fiches techniques, les modes opératoires réalisés notamment au sein des établissements de santé. Mais aussi les recommandations de bonnes pratiques ou les guides décisionnels.**

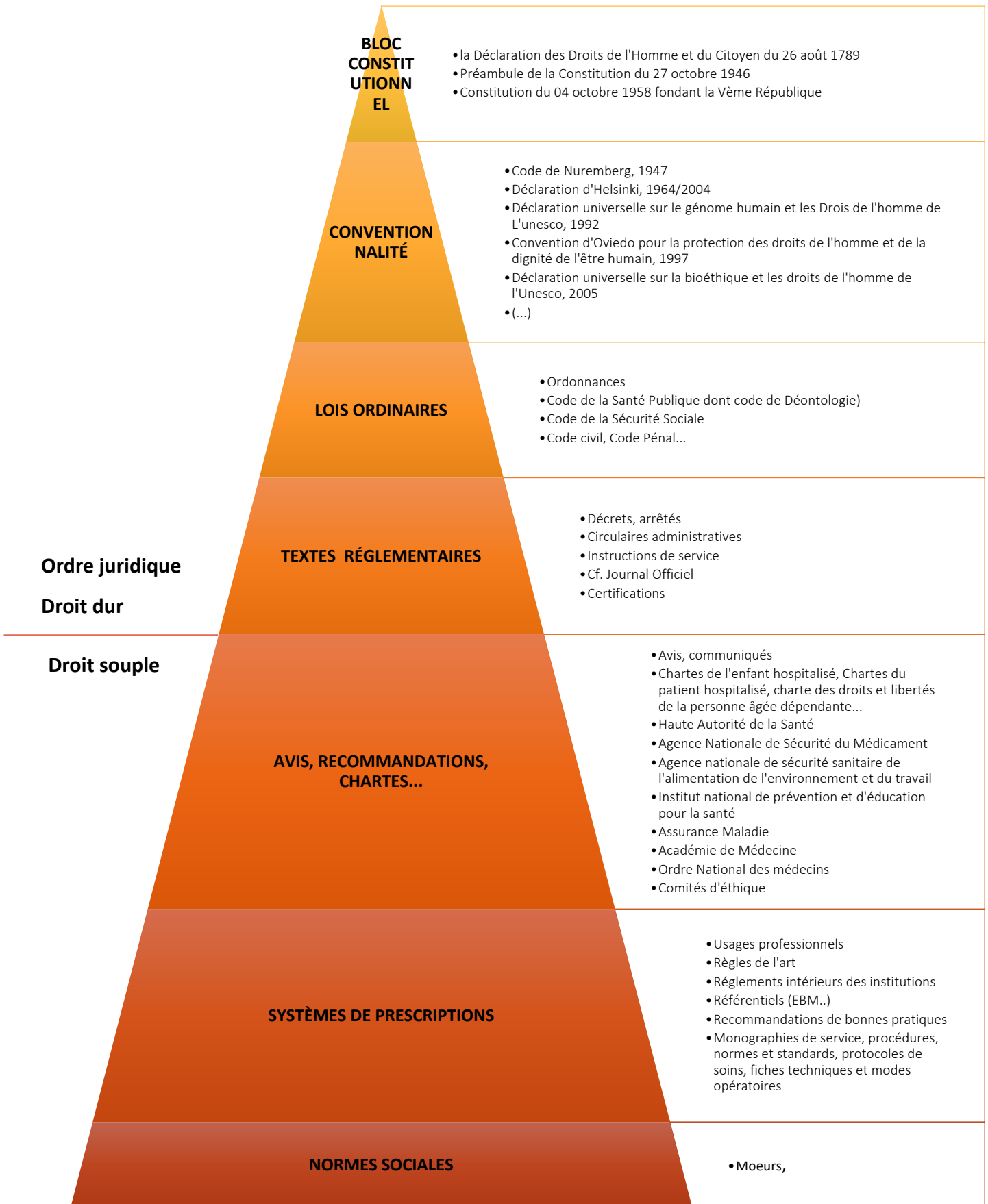


Figure 1 : pyramide des normes de la décision médicale



## 6. Franchissement de la limite : la décision médicale. La problématique.

---

La transgression est communément jugée comme telle par une évaluation de l'acte médical, de la réalisation de celui-ci. Cet acte est défini comme l'ensemble des activités humaines, techniques et scientifiques exercées par une personne qui réunit les conditions d'exercice de la médecine et ayant pour but la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies et des infirmités qui atteignent les êtres humains<sup>40</sup>. La référence à l'acte médical ainsi défini paraît peu pertinent pour apprécier pleinement la légitimité éthique de la transgression. En effet, la finalité de l'acte pose un caractère restrictif qui nous mènerait d'une part à considérer la légitimité de l'acte uniquement a posteriori et qui plus est d'un point de vue « technique ». Or cette action est en réalité élaborée en amont, dans l'exercice d'un choix arbitré par le soignant. « Ce choix résulte de la rencontre entre la manifestation d'un besoin et une offre de soin, entendue au sens large. Cette rencontre est à l'origine de la création préalable de la relation médicale ; c'est donc dans le cadre de la relation médicale unissant le malade au médecin, en amont de l'action pratique et concrète des professionnels, que doit s'analyser leur liberté ; plus précisément, que leur liberté de choix doit être appréciée. »<sup>41</sup>. **C'est effectivement initialement dans la décision que réside la transgression** et pour cause, « il ne peut y avoir d'acte médical sans décision, alors qu'il peut exister une décision sans acte médical ; plus encore, la décision peut consister en une abstention de la réalisation de l'acte médical envisagé »<sup>42</sup>.

Dans la conférence inaugurale du cycle de conférences-débats de 2017 de l'Espace de Réflexion Éthique de Bourgogne-Franche-Comté, Régis AUBRY pose les bases d'une réflexion sur la transgression en matière d'éthique. L'acte de transgression revêt ainsi plusieurs dimensions propres à la médecine et au soin.

Le système de santé et la médecine scientifique, sous un certain angle, sont devenus une « fabrique » de situations complexes concentrées dans le milieu hospitalier et à charge des soignants. Cette complexité croissante, doublée d'une véritable inflation des règles de tout ordre, comme nous le verrons, crée la nécessité de **s'interroger sur les normes et les**

---

<sup>40</sup> Bernard GLORION, Lucien ISRAËL, « MÉDECINE - Relation malade-médecin », Encyclopædia Universalis [en ligne], URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/medecine-relation-malade-medecin/>

<sup>41</sup> R. Bouvet, *Liberté du médecin et décision médicale*, thèse, Rennes 1, 2016, p.9.

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

**contraintes au nom du respect des personnes.** C'est précisément cette tension qui est relevée par le CCNE dans l'avis 129 lorsqu'il évoque que « toute l'éthique médicale est née au contraire du conflit, non entre le soin et la négligence ou la violence mais entre le soin et d'autres principes éthiques aussi universels (...). La bioéthique constitue ainsi, non une éthique appliquée au vivant, mais une éthique appliquée aux conséquences soulevées par les progrès des sciences et des techniques de la vie en santé »<sup>43</sup>. Il en est selon nous de même pour la transgression.

Que faire quand l'ensemble des règles ne permet plus d'agir de manière satisfaisante pour une personne ? Que faire quand les normes et les règles rentrent en tension pour générer parfois un véritable dilemme ? Que faire lorsque ces normes, ces règles, ces recommandations sont jugées comme toxiques pour ou par le malade ?

**Transgresser c'est alors ne pas faire ce que recommandent les prescriptions professionnelles par exemple. C'est aussi ne pas faire ce que l'on doit faire, c'est-à-dire dépasser le registre de la règle ou de la loi. Ou même, parfois, c'est ne rien faire du tout.**

D'une manière générale, **c'est franchir ou s'affranchir des limites** qui ont été posées, certes, mais cette transgression serait parfois positive, nécessaire, saine et finalement éthique. La transgression paraît être légitimée dans certaines situations singulières par les valeurs du soin et du respect. Elle traduit alors un sentiment d'insuffisance des règles générales face à la particularité de la personne humaine et le respect qui lui est dû. C'est également ce que relève l'avis 129 lorsqu'il évoque « la tension entre l'intime et le collectif, entre le plus subjectif et le plus général ».

S'il n'est pas question dans la transgression, nous le verrons également, de détruire les règles ni même de les renier ou de les ré-agencer, reste qu'elle relève très certainement de la difficulté « liée au fait de traiter collectivement et sur un plan plus général des problématiques inhérentes à l'intimité du sujet. La liberté individuelle et le prisme collectif sont donc dans un état de tension permanent. »

**La transgression dans ce cas ne serait-elle pas une possible transcendance bénéfique des normes ?** Reconnaître chez le sujet souffrant le lieu de son intimité, tendre vers, non pas ce qui est bien, mais vers ce qui est bon pour lui, n'est-ce pas finalement là, la dimension radicale

---

<sup>43</sup> CCNE, *L'avis 129 contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique*, 2019.

du *care*, le sens ontologique de l'exercice du soin ? Ce que porte la philosophie du soin dans ses nouvelles figures ?

Si la transgression semble directement reliée dans certaines situations à la volonté éthique elle-même alors, au fond, elle aurait généré une forme de transgression qui lui est propre et afférente. Ainsi **nous pensons qu'il est primordial de comprendre dans quelle mesure la transgression est consubstantielle (*substratum*) à l'éthique. Plus précisément, dans quelle mesure une décision médicale peut-elle être transgressive pour être éthique ?**

Notre question de recherche sera donc formulée ainsi : **Quelle légitimité de la transgression pour une décision médicale éthique ?**

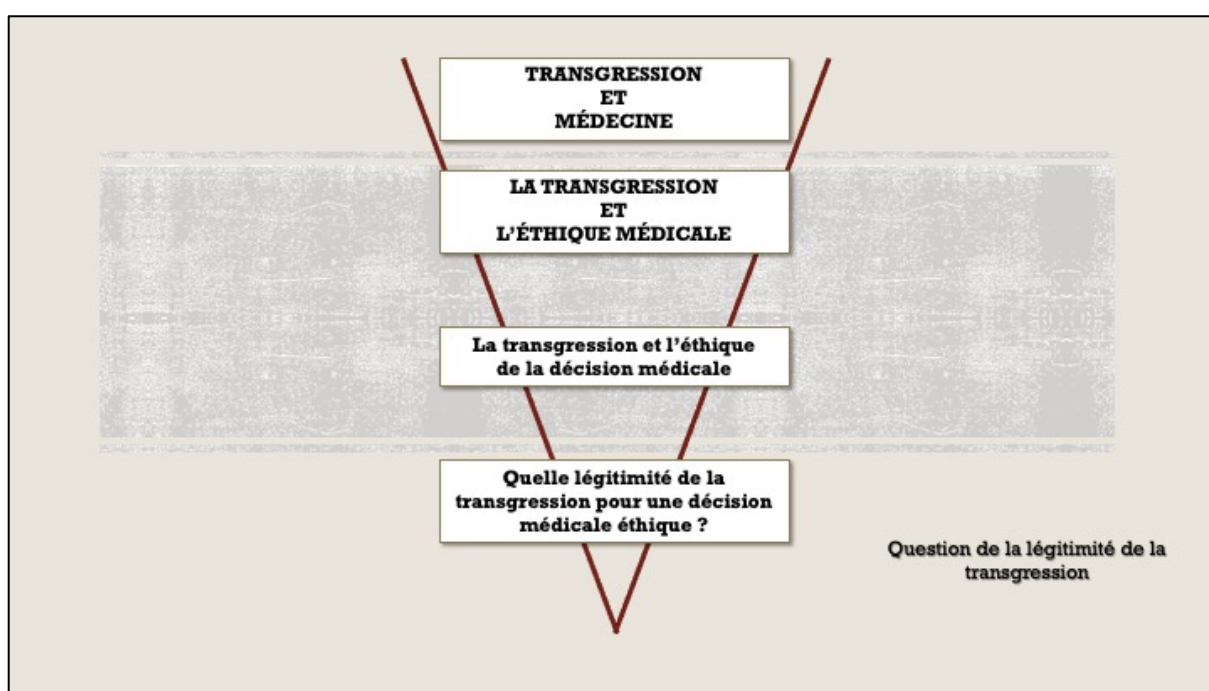


Figure 2 : La problématique

La transgression se dessine bel et bien comme une question éthique lorsque, dans une situation pour laquelle les référentiels sont insuffisants, la question des limites du savoir, des limites des soignants, des limites du système de santé ou même de la vie se posent<sup>44</sup>.

La transgression, sous cet angle, « nous parle ». Elle nous parle d'un sens de l'éthique dans le soin qu'il nous faut comprendre et qui, s'il s'établit, impliquerait que la question de la transgression ne soit pas simplement un voyage malveillant qu'il faudrait taire mais bel et bien une traversée heureuse dans la philosophie du soin vers le lieu d'où parle une certaine conception de l'éthique à une certaine époque.

<sup>44</sup> R. Aubry, « 15 février 2017 », art cit.

## 7. Reconnaissance de la transgression : une question de légitimité. L'objectif.

---

Le constat de base est clair, la transgression dans le champ médical n'est ni anodine, ni toujours clairement condamnable, ni même condamnée malgré la standardisation croissante et les efforts de régulation constants à tous les niveaux de la pratique médicale.

La proposition de cette étude est de montrer que la transgression occupe une place particulière dans la prise de décision médicale. Cette « place particulière » n'est pas à remiser, selon nous, dans la catégorie du chaos ou du désordre, ni même de l'insoumission ou la dissidence mais **elle est un lieu de rencontre, souvent une négociation entre diverses motivations qui rentrent en tension et se dénouent parfois dans des choix qui, s'ils traduisent une certaine irrégularité, ne sont pas pour autant dénués de signification quant à la visée qu'ils poursuivent et la légitimation qu'ils affichent.** « Il y a des déviances qui ont un rôle autre que celui de parasite dans l'organisation. »<sup>45</sup>, affirme avec justesse Olivier BABEAU, c'est également l'idée qui nous gouverne ici. Et dans l'inspiration de son travail, nous avons engagé le projet d'étudier de quelle manière la transgression est parfois mise en œuvre consciemment, rationnellement et même collectivement dans certaines prises de décision médicale pour des raisons éthiques.

Dans cette optique nous chercherons à décrire et analyser la transgression dans ses différentes expressions, dans la diversité des situations où elle se niche, aux différents niveaux de la norme où elle se produit. Alors quelle méthode choisir pour l'étudier ? Quels critères d'analyse ? Ses conséquences ? Ses motivations ? Ses justifications ? Sa gravité ? De quelles normes nous faut-il parler ? Quels types de transgression s'agit-il de cibler ? A quel niveau de l'exercice des responsabilités du système de santé ? Il nous faudra tenter d'établir une certaine unicité pratique de notre champ d'étude pour ne pas nous enfermer dans des considérations trop vastes...

**Nous proposons dans le présent travail une revue raisonnée de littérature afin de définir la transgression et cerner son champ conceptuel autant que faire se peut. Il faudra également explorer la production des normes et leurs finalités pour mieux circonscrire notre**

---

<sup>45</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, op. cit. p 5.

## **sujet. Et enfin questionner la notion d'éthique pour sonder son rapport étroit avec la transgression.**

Au risque de se répéter, il ne s'agit pas ici de conduire une étude sur le licite et l'illicite en matière de décision ou de pratique médicale. « Qu'elle devienne l'objet d'un discours qui en ferait l'éloge et d'une pratique qui tenterait de l'actualiser (...) la transgression ne sert ni d'accusation ni de programme »<sup>46</sup>. Notre jugement est suspendu comme l'exige la question elle-même. Nulle intention d'y développer un avis propre ou une sentence, suivant l'inspiration de HABERMAS<sup>47</sup> il s'agira de prendre en compte et d'examiner les postures de chacun, de tenir compte de leur jugement propre sur les situations évoquées afin de conduire une étude ciblée, honnête et équilibrée.

L'intérêt éthique d'une étude de la transgression revêt un caractère d'évidence puisqu'il s'agit d'explorer finalement la ligne trouble qui semble encore souvent s'établir entre les « praticiens » et les « théoriciens »<sup>48</sup> de l'éthique. Non pas véritablement un antagonisme mais bel et bien une « fêlure » au sens de DELEUZE, rapporté par Vincent ESTELLON : « la transgression joue sur cette zone de fêlure dans l'être face à un monde qui le tire du côté du principe de réalité »<sup>49</sup>, du côté de la nécessité d'une sagesse pratique telle que définie par Paul RICOEUR. De fait, la transgression serait corrélative à un sujet bien plus vaste qui met en jeu une dichotomie irréductible entre la conception de l'éthique et sa mise en œuvre (principe de réalité), le rationnel et le réel, entre le rationnel et le raisonnable, entre finalement la théorie et la pratique.

Alors il ne s'agit pas de prétendre à une institutionnalisation de la transgression ni d'en établir de surcroît les normes, tâche absurde, mais bien plutôt de la rendre visible, d'en dégager l'intérêt et le sens pour enrichir la réflexion éthique dans son application pratique.

### **8. Enjeu. Les hypothèses.**

---

---

<sup>46</sup> D. Sardinha, « L'éthique et les limites de la transgression », *Lignes*, 2005, n° 17, 2, p. 125-136.

<sup>47</sup> J. Habermas, *De l'éthique de la discussion*, Paris, Flammarion, 2014.

<sup>48</sup> J.-L. Chopard et S. Frache, *14 mars 2017 L'éthique, les règles, la transgression : qu'est-ce que « faire de l'éthique » ?* - EREBFC, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/l-ethique-les-regles-la-transgression-qu-est-ce-que-faire-de-l-ethique/>, 2017.

<sup>49</sup> V. Estellon, « Éloge de la transgression », *Champ psychosomatique*, 2005, n° 38, 2, p. 149-166.

La transgression rationalisée, volontaire, réfléchi et légitimée par les valeurs éthiques du soin dit donc « quelque chose » dans le domaine de la réflexion éthique sur le système de santé, le soin et ses acteurs. Elle nous renseigne sur l'inadéquation des règles face à certaines situations dans lesquelles elles ne suffisent pas ou plus et qui nous mettent en demeure de les dépasser.

Des transgressions ordinaires des soignants qui expriment de cette manière à quel point ils sont « déboussolés, inquiets, fatigués »<sup>50</sup>, malmenés dans un « système normatif de plus en plus aliénant »<sup>51</sup>, aux transgressions extraordinaires qui ont déplacé les lois de la pratique telles que la fin de vie ou la Procréation Médicalement Assistée, la transgression a un rôle autre que celui de n'être qu'une infraction. La transgression qu'elle soit discrète et secrète ou médiatisée et tonitruante, ne peut être réduite à un manquement, une violation ou une faute. Il est des transgressions qui ont beaucoup à nous apprendre dans le vaste champ de l'éthique et des normes assignées à la pratique médicale.

Dépasser la doxa dominante selon laquelle la transgression est connotée négativement pour **reconduire la confiance envers des équipes soignantes conscientes de leurs responsabilités, réactiver leur participation et leurs compétences de jugement, former davantage à la réflexion critique et collective pour endiguer un « applicationisme » facilitateur porté par l'intériorisation du contrôle et de la surveillance institutionnelle, favorisé par la crainte du risque, tel serait l'enjeu d'une telle question.**

Analyser la typologie des transgressions et de manière connexe, la production des normes, conduire un travail sur la place et le sens de la transgression en matière de décision médicale pourrait nous amener à réviser ce que nous pensons être des présupposés illégitimes :

**D'abord l'idée que le renforcement des règles pourrait juguler les écarts pour produire des actions « plus éthiques », ou que la transgression relèverait d'un dysfonctionnement (carence de formation, carence de qualité des soins, d'information, divergence d'interprétations). Plus précisément, nous pourrions mettre à jour la réalité d'une transgression récurrente, courante dans la prise de décision médicale. Une transgression inhérente à la décision elle-même dans les exigences de l'action.**

---

<sup>50</sup> E. Babin et G. Grandazzi, « Les paradoxes du système de soins en France », *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2019, 136, 3, p. 145-146.

<sup>51</sup> V. Estellon, « Éloge de la transgression », art cit.

**Plus encore, il n'est pas à exclure que nous puissions nous rendre compte que l'inflation des règles dans le domaine des pratiques de santé, l'exacerbation de la crainte des risques qui alimente le flux continu des normes puisse finir par ruiner la visée éthique recherchée. La transgression pourrait s'avérer nécessaire dans certains cas, plus encore, légitime pour rendre la décision éthique.**

**Enfin, notre étude pourrait éclairer les mutations inéluctables d'une réflexion éthique qui a émergé dans une société disciplinaire et qui se déploie aujourd'hui dans une société qui devient peu à peu une société de contrôle et de surveillance et qui pourrait détourner les normes en leur octroyant un rôle de conformisme décisionnel.**

## PREMIÈRE PARTIE : LA NORME ET LA DÉCISION MÉDICALE

---

*Dans cette première partie, nous allons chercher à établir la base de notre réflexion en proposant une analyse raisonnée du concept de norme. Qu'est-ce qu'une norme ? Quelle est sa fonction ? Comment se traduit-elle dans le domaine médical ? Comment évaluer sa force ? Analyser sa puissance ? Ce point de départ s'avèrera instructif car il nous permettra de mieux appréhender le champ des normes dans la décision médicale. Plus précisément, il s'agira d'analyser et de préciser la force normative, la densification normative et leurs effets sur la décision médicale afin d'établir les bases de notre réflexion sur la transgression.*

### I. LA NORME

---

#### 1. « Au cœur de la norme : le tracé et la mesure », Catherine THIBIERGE

---

##### a. Définition

---

L'analyse conceptuelle et étymologique de la norme conduite par Catherine THIBIERGE<sup>52</sup> fournit une base informée et solide pour la compréhension du concept de norme qui fonde la réflexion sur la transgression.

La norme se caractérise d'abord par l'émergence récente et fulgurante d'une utilisation abstraite du terme qui présente une inflation immense, par exemple sur le moteur de recherche Google Scholar, la recherche « norme décision médicale » présente quasiment 45 000 résultats, dans la base de données CAIRN, cette même recherche génère plus de 16 000 résultats !

Dans ses racines concrètes, le mot « norme » est dérivé de « gnômona » en grec, puis « norma » en latin qui qualifie un objet technique, un **outil** « qui sert à » tracer ou vérifier la ligne et l'angle droit, le terme qualifie ainsi un **modèle de référence**. Introduit dans le langage usuel seulement à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, **son usage s'est intensifié dans son sens abstrait de manière « concentrico-spiralaire » c'est à dire se contractant dans un « noyau dur » et restrictif de significations relatives à l'obligation mais qualifiant tout autant de façon souple**

---

<sup>52</sup> C. Thibierge, « Au Cœur de la Norme : Le Tracé Et la Mesure », *Archives de Philosophie du Droit*, 2008, 51, p. 341–371.



**et large des représentations « orbitales et évolutives » formelles et idéalisées de l'action. Ainsi le concept de « norme » s'avère évolutif sur le plan paradigmatique et présente également une complication sur le plan syntagmatique.**

L'apparition du sens abstrait de « norme » par métaphore dans le sens commun de « règle, ligne de conduite »<sup>53</sup> se comprend de manière approfondie par ses termes dérivés : « **normalité** » et « **normativité** ».

Catherine THIBIERGE relève ainsi deux voies de définition de la norme au sens abstrait : « Dans son sens abstrait, le terme “norme” s'est décliné selon deux voies, celles de la normativité et de la normalité. Or, selon que l'on emprunte l'une ou l'autre, la norme ne revêt pas la même définition. Elle est souvent définie comme “type concret ou formule abstraite de ce qui doit être” ou comme “type idéal ou règle par rapport auxquels sont portés des jugements de valeur”. Cette première sorte de définition emprunte la voie de la normativité, celle de ce qui doit ou devrait être. La norme peut, dans ce registre, se concevoir diversement comme idéal, comme but, comme règle ou principe, et de manière synthétique et unitaire, comme un modèle. L'intérêt du terme “norme” étant précisément de fournir un nom générique pour ces différentes idées d'idéal, de but, de règle, de principe... La voie de la normativité met ainsi l'accent sur la norme comme modèle à suivre.

On peut aussi définir la norme comme “l'état habituel, régulier, conforme à la majorité des cas ou à ce qui doit être”. Cette seconde définition de la norme relève de la voie de la normalité, au double sens de ce qui est conforme à une moyenne, au type le plus fréquent, à ce qui se produit d'habitude, et de ce qui devrait être. Elle se réfère pour partie à ce qui est, en termes de statistique, de fréquence, de régularité, autrement dit de moyenne, et pour une autre partie à ce qui devrait être la normalité est donc celle de la norme à la fois comme modèle existant, né de la moyenne ou de la majorité, et / ou comme modèle à suivre. »<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> *Dictionnaire Le Robert Historique de la langue française.*, .

<sup>54</sup> C. Thibierge, « Au Cœur de la Norme », art cit.

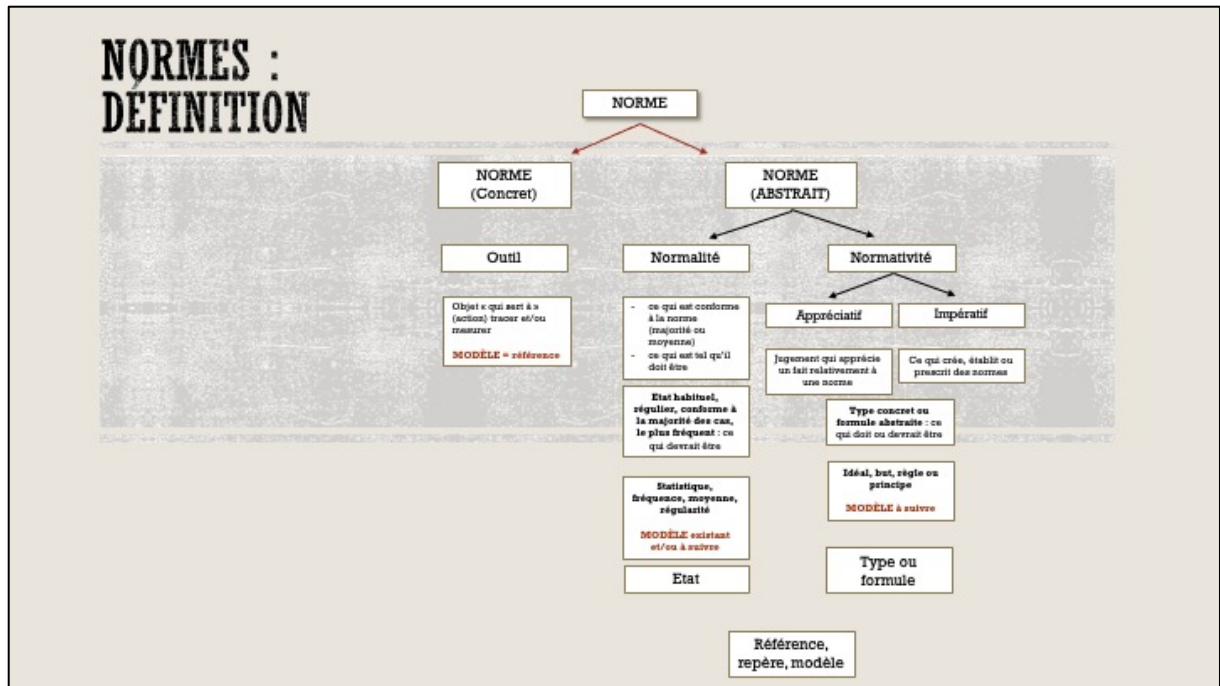


Figure 3 : Définition de la norme

La norme présente dans ces deux voies des différences évidentes : du côté de la normativité elle se conçoit comme un type c'est-à-dire un modèle idéal, conceptuel défini par un ensemble de qualités, de propriétés et de caractères essentiels ; du côté de la normalité elle se réfère à un état préexistant auquel il s'agit de se conformer.

### b. Fonction

Dans l'analyse de Catherine THIBIERGE, l'unité de compréhension de la norme réside avant tout dans sa « vocation à servir de référence, de repère, de modèle ». Mais ce modèle est mobilisé de deux manières distinctes : soit comme guide de soutien de l'action à produire ou en train de se produire (intention et/ou élaboration de l'action), soit comme modèle de jugement ou d'évaluation, de mesure de l'action achevée (pertinence et légitimité de l'action réalisée).

La norme au sens premier appartient au concret (norma). Elle a une fonction utilitaire de guide pour un tracé rectiligne mais elle est également utilisée pour vérifier la droiture du tracé après coup. Ces deux fonctions se sont transposées dans le sens abstrait de la norme : guider et juger.

Elle ne fournit pas seulement un modèle ou une référence pour tracer des lignes, elle propose dans ce sens abstrait, des lignes de conduite, des *guidelines* d'action. Elle soutient non seulement l'action (le tracé) mais elle lui donne également une direction vers un but

(finalité). Ainsi, la fonction première de la norme est de servir l'action en la guidant dans son intention, son élaboration en l'orientant par la représentation de l'idéal à atteindre. Elle sert dans sa réalisation qu'elle conduit lorsqu'elle s'accomplit, elle fournit « un type à imiter » et une direction à suivre. C'est un modèle d'action dont la puissance opératoire vise l'optimisation.

Après coup, la norme a aussi pour fonction de servir d'étalon de mesure de conformité, une fois l'action faite, elle sert à mesurer le résultat. En ce sens, elle fournit une référence qui permet de vérifier mais surtout d'évaluer une action accomplie en le comparant à un modèle théorique préétabli. Elle ne guide pas la conduite, elle juge le comportement dans sa conformité à l'attendu qu'elle a fixé préalablement. Cette comparaison à la norme permet d'apprécier si elle a été suivie, respectée. Dans ce rôle de modèle d'évaluation, la norme sert le contrôle par sa puissance d'évaluation.

« Comment faire ? En suivant, en s'ajustant à la norme, en imitant la norme, en la respectant, ou en s'en inspirant. La norme guide l'action se faisant en tant que modèle d'action. Comment vérifier ce qui a été fait ? En comparant à la norme, modèle de vérification, qui permet la mesure et donc le jugement »<sup>55</sup>.

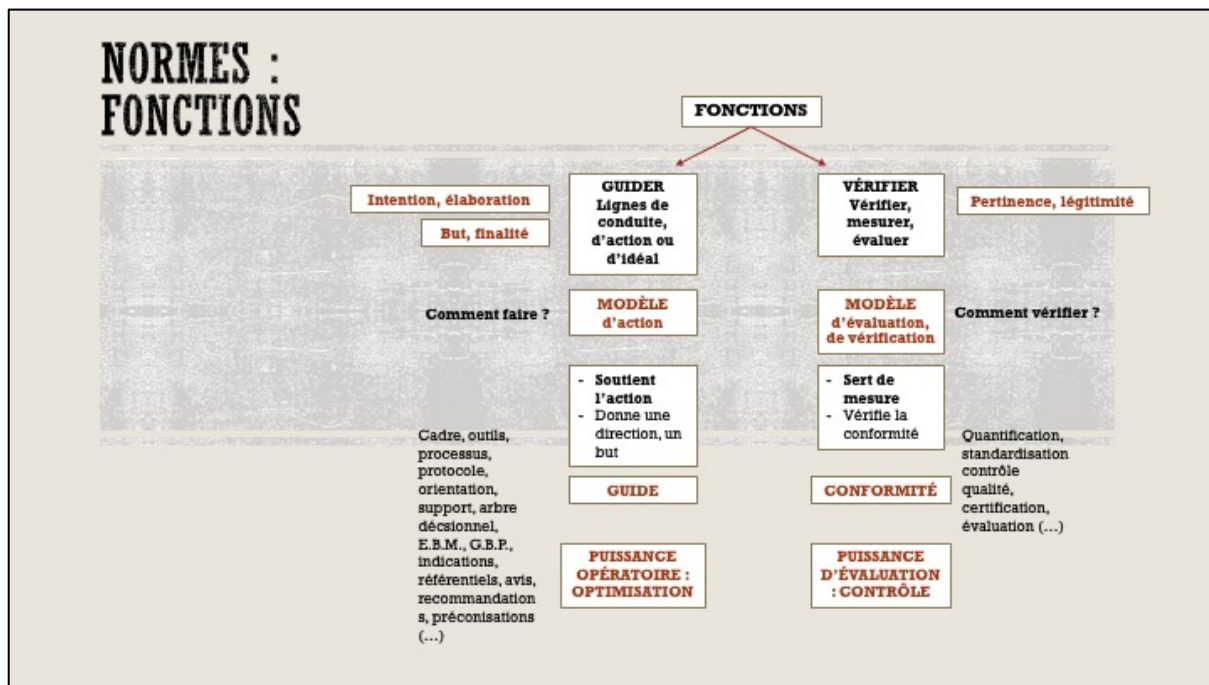


Figure 4 : Les fonctions de la norme

<sup>55</sup> *Ibid.*

Ainsi Catherine THIBIERGE propose dans son étude **une élucidation conceptuelle absolument fondamentale en distinguant deux fonctions souvent successives temporellement de la norme. Elle clarifie à notre sens, l'origine même de la puissance contemporaine de la norme : une puissance opératoire (visant l'optimisation des pratiques) ainsi qu'une puissance d'évaluation (favorisant le contrôle des pratiques) : guider et/puis contrôler, évaluer – ajuster selon la norme et comparer à la norme.**

## 2. La force normative

---

Le pouvoir normatif dans la décision médicale, bien qu'il soit particulièrement divers et remarquablement hétérogène, peut être appréhendé selon trois niveaux de force d'application<sup>56</sup> : certains textes portent des normes qui ont ou acquièrent une valeur opposable (repris par exemple dans des dispositions réglementaires par homologation ministérielle par exemple ou RBP émanant de la HAS...), d'autres proposent des normes qui ont une valeur conventionnelle (recommandations, références ou préconisations...) enfin, d'autres documents présentent des normes ayant une valeur informelle et incitative (avis, recommandations, référentiels...).

Plus précisément, la déclinaison de la norme comme modèle, comme référence peut se déployer de son expression la plus abstraite comme un idéal ou un principe de nature philosophique, morale ou éthique tel qu'exprimé par exemple par la notion de liberté professionnelle, le principe d'incertitude, la valeur de l'interhumain ou des outils de réflexion telles que le principisme de BEAUCHAMP & CHILDRESS, la « norme des normes » de RICOEUR, la responsabilité de JONAS...etc., vers une expression éminemment concrète tel qu'un document expliquant par exemple un mode opératoire pour « un tour de lit »<sup>57</sup>.

---

<sup>56</sup> J.-C. Dosdat, *Les normes nouvelles de la décision médicale*, BNDS., 2004, p.113.

<sup>57</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », *Recherche en soins infirmiers*, 2015, N° 120, 1, p. 6-22.

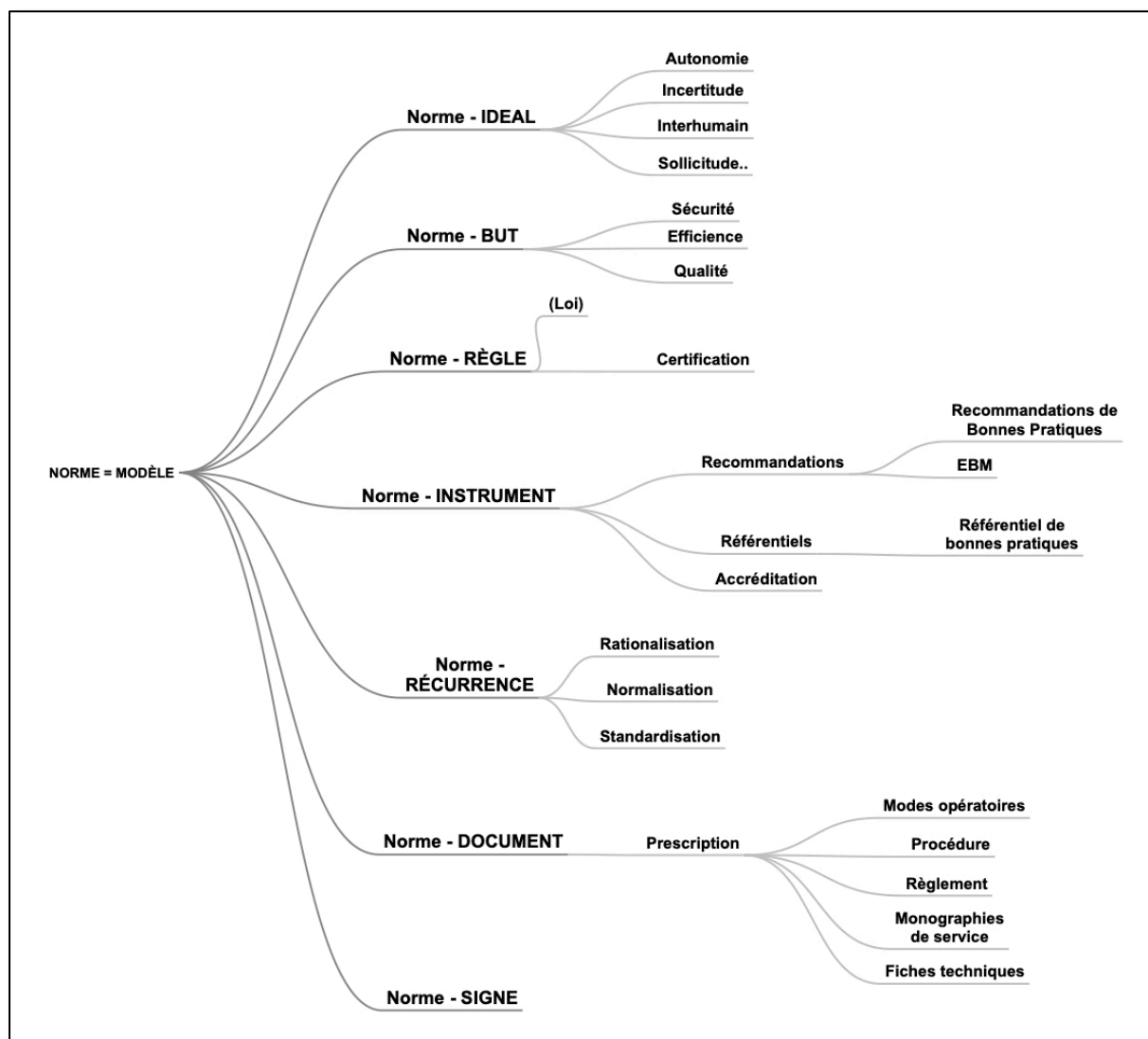


Figure 5 : Déclinaison des normes comme modèle

Pourtant quelque que soit sa nature (juridique, technique, éthique, managériale...) ou son mode d'expression (règle, récurrence, instrument ou document...), par-delà la diversité de ses sujets ou de ses sources, Catherine THIBIERGE a démontré la possibilité d'une unité présupposée de la norme dans « l'idée de modèle, de référence, de repère »<sup>58</sup> qui permet d'établir de manière unifiée **les caractéristiques de la puissance de la norme**.

Ainsi, sans prétendre à l'exhaustivité, elle propose **quatre puissances de la norme** qui permettent de comprendre et d'analyser ensuite la densification normative c'est-à-dire le « processus de croissance de la normativité » qui induit directement la fréquence et la densité de la transgression : « La puissance de la norme, c'est d'abord la puissance du terme

<sup>58</sup> C. Thibierge, *Postface : puissances de la norme et densification normative*, EMS Editions, 2017.

« norme ». Une puissance terminologique donc. (...) Cette puissance-là est une **puissance terminologique d'expansion**, très en reflet du phénomène de densification normative (...) La puissance de la norme, c'est ensuite la **puissance du symbole qu'est la norme** (...) Cette puissance-là est une puissance étymologique d'évocation, celle d'un modèle de rectitude, d'alignement, de droiture, mais aussi de verticalité. (...) La puissance de la norme, c'est encore la **puissance de ses fonctions**. (...) Cette puissance-là est une puissance opératoire, fonctionnelle, c'est une puissance d'orientation et de mesure qui est inhérente à la norme. La puissance de la norme, c'est enfin la **puissance de ses effets**. Autrement dit, la puissance d'un instrument de notre rapport au monde, tout comme les chiffres et les techniques. Les nombres, les techniques et les normes ont en effet en commun d'être porteurs d'une puissance de normalisation et de contrôle. Destinée à nous servir, à nous permettre de maîtriser le monde, la norme peut aussi se retourner, finir par nous asservir et devenir alors une puissance d'aliénation. Elle porte cette double potentialité dans ses effets. »<sup>59</sup>

Dans la décision médicale **la puissance terminologique d'expression se traduit par un usage parfois démesuré du champ lexical de la norme** qui parcourt quasiment tout l'éventail des synonymes, à croire que dans beaucoup de productions elle ne veut pas dire son nom ! On trouve ainsi : des règles et des règlements mais aussi des prescriptions, des recommandations, des protocoles, des mesures, des principes, des décisions, des méthodologies, des mémos, des indications, des accréditations, des certifications, des conseils...etc.

La puissance du symbole de la norme est particulière dans le domaine de l'exercice médical puisqu'il concerne ce que l'on estime être l'émergence même de la médecine occidentale à savoir HIPPOCRATE (Vème siècle av. JC) lui-même. En effet il est notable que l'émergence de la profession médicale occidentale soit indexée précisément à **la volonté d'Hippocrate de théoriser la pratique médicale en lui octroyant des procédures et des règles. Ces règles du « corpus hippocraticum » reposent sur l'exigence d'une compétence fondée sur la connaissance doublée d'un souci de l'interaction relationnelle avec les malades**. Ainsi les enseignements d'HIPPORATE fondés sur la connaissance et sa transmission, l'égalité de prise en charge des soignés ainsi que le respect de ceux-ci et du secret qui les protègent, donnent

---

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 196.

lieu à un Serment bien connu. Or ce serment est sans conteste le premier engagement symbolique normatif du point de vue historique, mais aussi le premier engagement aujourd'hui également solennel et éthique. La force symbolique de ce serment n'a pas faibli et il demeure la référence des convictions et des valeurs à l'œuvre dans la pratique médicale.

Plus encore, le changement de paradigme d'une médecine empirique à une médecine expérimentale, initié par Claude BERNARD à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, est venu renforcer durablement les représentations scientifiques d'une médecine fondée sur les connaissances objectives acquises par la progression des disciplines qui la fondent. L'engouement pour l'objectivation scientifique alimenté par l'évolution culturelle et la sécularisation de nos sociétés, a généré une représentation déterministe de la maladie tout en modelant une utopie de la santé parfaite. En bref, la croyance en la toute-puissance de la science a légitimé symboliquement la puissance et l'extension des normes dans la décision médicale, la pratique et finalement tout le domaine médical en établissant une conjonction entre la rigueur scientifique et la rigueur des normes.

**La puissance fonctionnelle est clairement établie par l'histoire même de la médecine :** la médecine scientifique, la santé publique organisée et systématisée, la prévention, la rationalisation, l'évaluation, l'accréditation, la certification, les recommandations, l'EBM, les protocoles...etc. ont clairement et indiscutablement augmenté la qualité des soins et la maîtrise des risques.

**Ainsi les effets positifs de la normalisation et du contrôle renforcent la puissance de la norme et sa légitimité jusqu'à inciter à la promouvoir en tous domaines de la pratique médicale.** « Dans le monde du travail, la folie de la norme se concrétise lorsque de la norme instituée, on passe à la norme formalisée par la figure du nombre. Le moment décisif de cette mutation de la norme en nombre se situe dans ce qu'on désigne sous le nom de tournant gestionnaire qui a commencé dans la dernière décennie du XX<sup>e</sup> siècle et bat aujourd'hui son plein, au point d'avoir installé sa domination sur le monde du travail dans la planète entière. Aussi bien dans la production industrielle et les entreprises privées que dans le secteur public, et au sein de ce dernier, le secteur du soin et de la santé. »<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> C. Dejours, « La folie de la norme : de la norme à la crise », *Le présent de la psychanalyse*, 2019, N° 2, 2, p. 121-140.

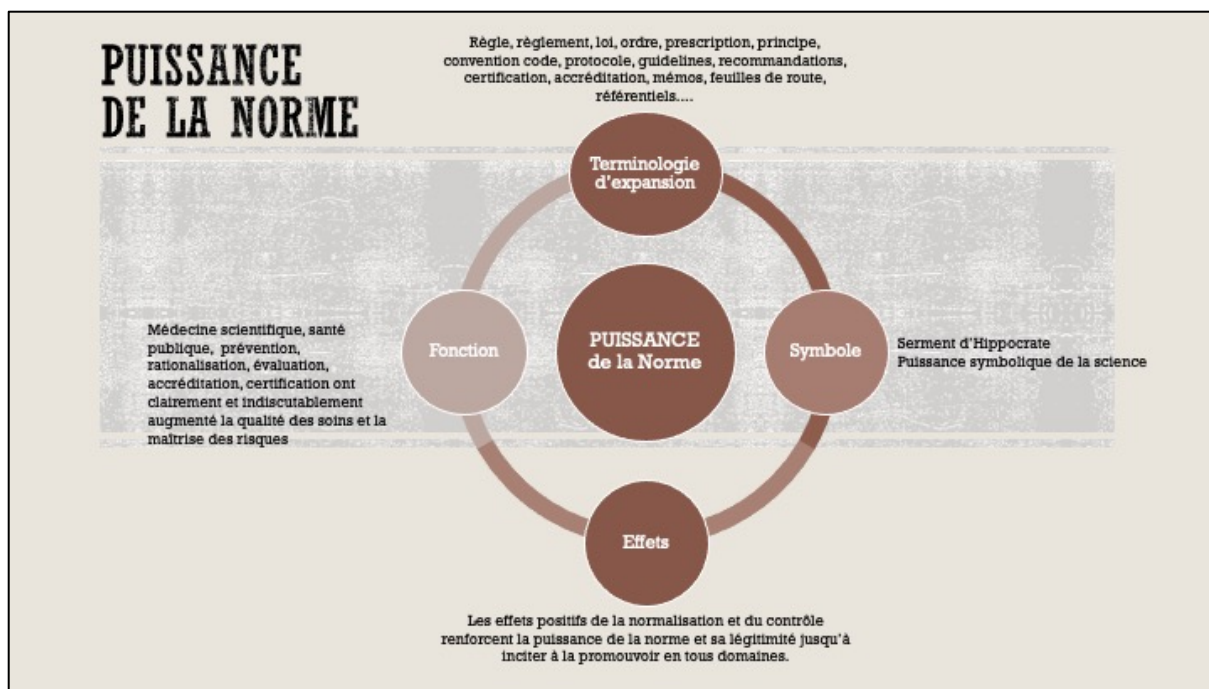


Figure 6 : Puissance de la norme

Il faut donc reconnaître une pluralité de puissances de la norme que ce soit dans la pratique médicale ou plus précisément dans la décision médicale. Cette puissance doit s'analyser par une caractérisation de sa force c'est-à-dire sa valeur, sa portée et sa garantie.

#### a. Valeur normative

---

La valeur normative est le premier des trois pôles de la force normative analysés par Catherine THIBIERGE<sup>61</sup>. Il est caractérisé par l'identification de la source de la norme autrement dit la qualité et l'autorité de son auteur. Cette valeur de la norme est déterminée par son niveau hiérarchique (sa place dans la pyramide des normes), sa pertinence déontique (force d'obligation) ainsi que sa validité axiologique (bien-fondé du point de vue éthique ou des valeurs). Ainsi certaines normes peuvent avoir une très forte valeur normative présentant un contenu qui peut-être prohibitif, obligatoire, prescriptif...(la Loi, les normes opposables comme les RBP de la HAS...) et d'autres une faible intensité normative (conseils, normes trop vastes ou imprécises...). De cette valeur normative, découle la mesure de l'intensité de la transgression mais aussi de la sanction.

#### b. Portée normative

---

---

<sup>61</sup> C. Thibierge, « Force normative : Conclusion ».



Les effets de la norme sont une dimension de l'analyse de la force normative qui nous a particulièrement interpellé. La portée normative concerne l'effectivité de la norme autrement dit la manière dont elle est reçue, perçue et ressentie par ses destinataires<sup>62</sup> et plus précisément la manière précise dont elle encadre réellement la décision médicale. Ainsi, la portée normative peut être plus ou moins étendue concernant la décision médicale, nous y reviendrons. Dans tous les cas elle est portée directement par l'adhésion qu'elle peut susciter et qui détermine son acceptation. Adhésion qui est toujours recherchée, rarement explicitement forcée par les producteurs de normes, mais également peu accordée de manière unilatérale par les soignants qui peuvent marquer leur résistance, voire une transgression.

### c. Garantie normative

---

Nous entendons par « garantie normative » le respect de cette norme. Ainsi certaines normes présentent une forte garantie en lien avec leur source et leur portée, c'est le cas par exemple du code de déontologie médicale tant par sa charge historique que par sa forte valeur (transversalité des sources, obligation légale) mais aussi sa portée (communément enseigné, admis, respecté, appliqué...). D'autres présentent une garantie plus faible comme par exemple, comme nous le verrons, l'EBM par sa valeur normative parfois contestée (sources parfois de faible qualité, ou peu fiables...) ou par sa portée normative inégale (manque de preuves pour un certain nombre d'actes cliniques ou d'études non représentatives des malades auxquelles elles prétendent s'appliquer : « Grey zones »).

La garantie normative se réfère ainsi doublement aux deux autres caractéristiques, présentant une garantie qui peut être maximale (loi), partielle concernant les normes opposables par exemple (RBP), voire inexistante. Pourtant la garantie normative n'a pas le monopole de l'exercice de la force d'une norme : une norme faiblement garantie peut avoir une force notable et inversement, une norme fortement garantie peut revêtir une faible force.

Somme toute, la force normative ainsi « dénouée » dans ses trois pôles permet, selon l'axe d'étude que l'on emprunte, de comprendre une nuance fondamentale : la valeur normative mobilise la vocation de la norme à fournir une référence, tandis que la portée normative rend compte de son effectivité dans le fait de servir de référence. **Au centre de cette nuance entre**

---

<sup>62</sup> *Ibid.*

**le théorique et le pratique s'inscrit un certain type de transgression, celui de la distorsion entre la norme théoriquement explicitée dans la généralité et pratiquement mise en œuvre, située dans le contexte unique et singulier d'une action.**

Dans l'étude des liens entre les différents facteurs de la force normative, apparaît un certain nombre de distorsions.

Ainsi, entre valeur et garantie normatives : certaines normes semblent incontestables comme le Serment d'Hippocrate mais ne possèdent qu'une garantie normative de principe ou de symbole. De même d'autres ont une faible valeur normative initiale telle que l'accréditation des médecins qui est « une démarche volontaire » mais finissent par présenter une forte garantie normative via d'autres acteurs qui la renforcent soit par des sanctions implicites (absence de soutien financier à la formation continue par exemple) ou des « récompenses » explicites pour leur propre intérêt (assurances, usagers).

Le même constat peut être fait concernant la valeur et la portée normatives. En effet, certaines lois ayant une valeur obligatoire, sont progressivement rendues caduques dans leur effectivité faute d'un rejet des destinataires ou d'une mise en œuvre trop fastidieuse. Tel est le cas des RMO (Références Médicales Opposables) introduites en 1983, qui après un bilan modeste et du fait de leur opposabilité et de la lourdeur de leur réactualisation constante, furent rejetées tant par le Conseil d'Etat que par les représentants de la profession disqualifiant ainsi le dispositif. A l'inverse, certaines normes n'ont qu'une faible valeur normative, voire aucune mais elles présentent une grande portée normative comme par exemple les « règles du métier » auxquelles Laurence SEFERDJELI et Fabienne TERRANEO<sup>63</sup> font référence dans la compréhension du travail de soin à l'hôpital. En effet, les « manières collectives de faire face au réel, mises en débat quotidiennement dans le cadre d'échanges plus ou moins formels, constituent les règles du métier. Ce ne sont donc ni les prescriptions, ni les protocoles ; mais les façons concrètes de s'y prendre, les ficelles du métier, les compromis acceptables qui définissent la bonne manière de faire face à des situations complexes et mouvantes. » Ces manières de faire se sédimentent dans l'expérience des professionnels au point d'acquérir au sein des services une garantie normative considérable.

Finalement, le concept de force normative développé par Catherine THIBIERGE permet d'établir et de comprendre que la force normative ne se réduit pas à la force obligatoire portée

---

<sup>63</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », art cit.

par le droit qu'il soit d'ailleurs dur ou souple. Concernant la décision médicale, les rails normatifs peuvent être des normes professionnelles, des normes scientifiques, des normes morales ou éthiques, des normes individuelles ou sociales, des normes d'efficacité, de sécurité, de qualité. Ces normes sont dotées d'une force que cette analyse nous permet de mieux cerner et qui nous amènera à mieux comprendre la nature de leur franchissement, la dynamique de la transgression.

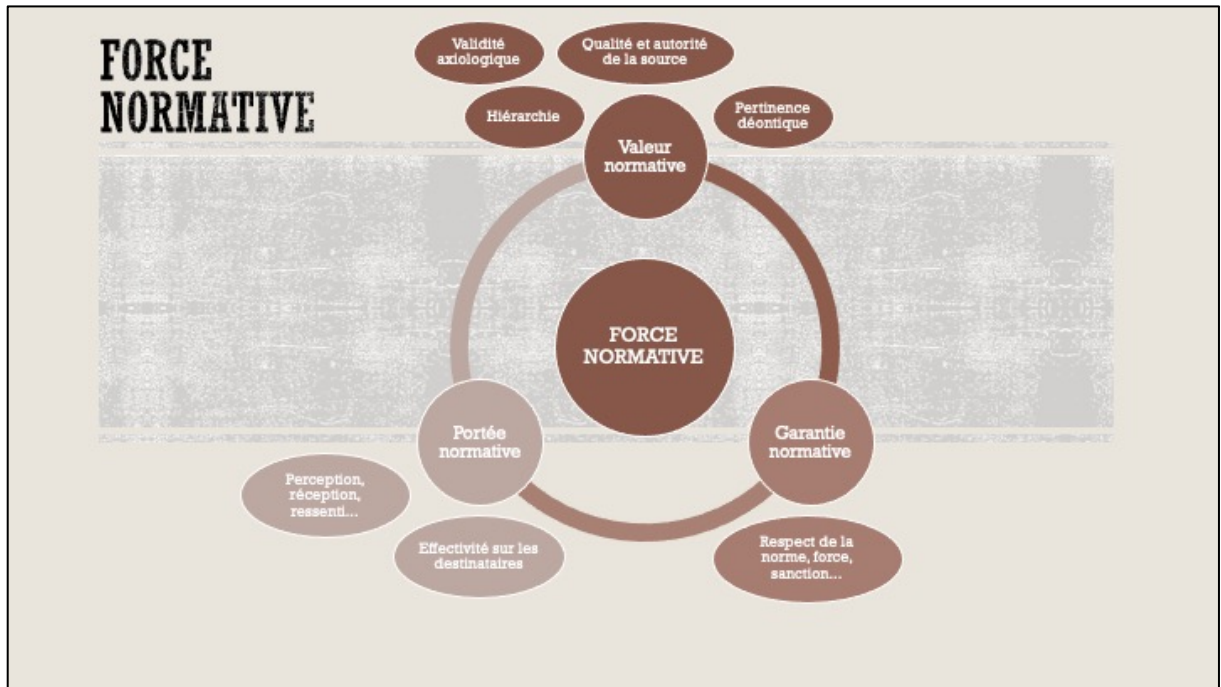


Figure 7 : La force normative

## II. LES NORMES DE LA DÉCISION MÉDICALE

---

Quel que soit l'acte auquel mène la décision, celle-ci est élaborée à l'intérieur d'un corpus normatif qui circonscrit l'espace de liberté décisionnelle du médecin d'une manière plus ou moins forte, quant à l'exercice de sa pratique. La délimitation de cet espace se traduit par des normes qui concernent la procédure de décision mais également le contenu de la décision.

L'étude du cadrage normatif de la décision médicale permet d'approfondir la réflexion sur les normes et sur la transgression d'une manière plus pertinente que si nous ne considèrerions seulement l'acte médical en lui-même, cela nous a en effet conduit à intégrer l'opération intellectuelle qui précède la réalisation de l'acte et même le moment réflexif qui lui succède.

Ainsi, BOUVET propose de définir la décision comme une **procédure**<sup>64</sup> c'est-à-dire comme un « ensemble d'étapes successives dans la conduite d'une opération complexe, ensemble des règles, des formalités qui doivent être observées, manière d'agir, de procéder pour aboutir à tel résultat »<sup>65</sup>. Cette procédure qui s'engage sur une situation de souffrance, qui unit un médecin à un malade par un « pacte » de soin conduit à une prise de décision « laquelle conduit d'un niveau normatif à un niveau concret de résolution d'un état d'incertitude »<sup>66</sup>.

**Bien avant d'être soumise à une expertise relative à des normes techniques ou éthiques afin d'évaluer son efficience a posteriori ainsi que sa légitimité ou sa pertinence, la procédure médicale est encadrée par des normes légales, prescriptives ou directives qui visent « à orienter l'action, c'est à dire ce qui doit être fait dans des conditions données pour obtenir un certain résultat »<sup>67</sup>. Dans les modalités de sa réalisation, la décision est également cadrée par des normes qui visent à établir « les bonnes pratiques » et à établir « les bons comportements ».**

---

<sup>64</sup> R. Bouvet, *Liberté du médecin et décision médicale*, op. cit., p. 21-22.

<sup>65</sup> « Dictionnaire Historique de la langue française », art cit.

<sup>66</sup> P. Ricoeur, « La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale », *Méd&Droit*, 1999.

<sup>67</sup> J. Leplat, *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*, Presses Universitaires de France, 2008, p.93.

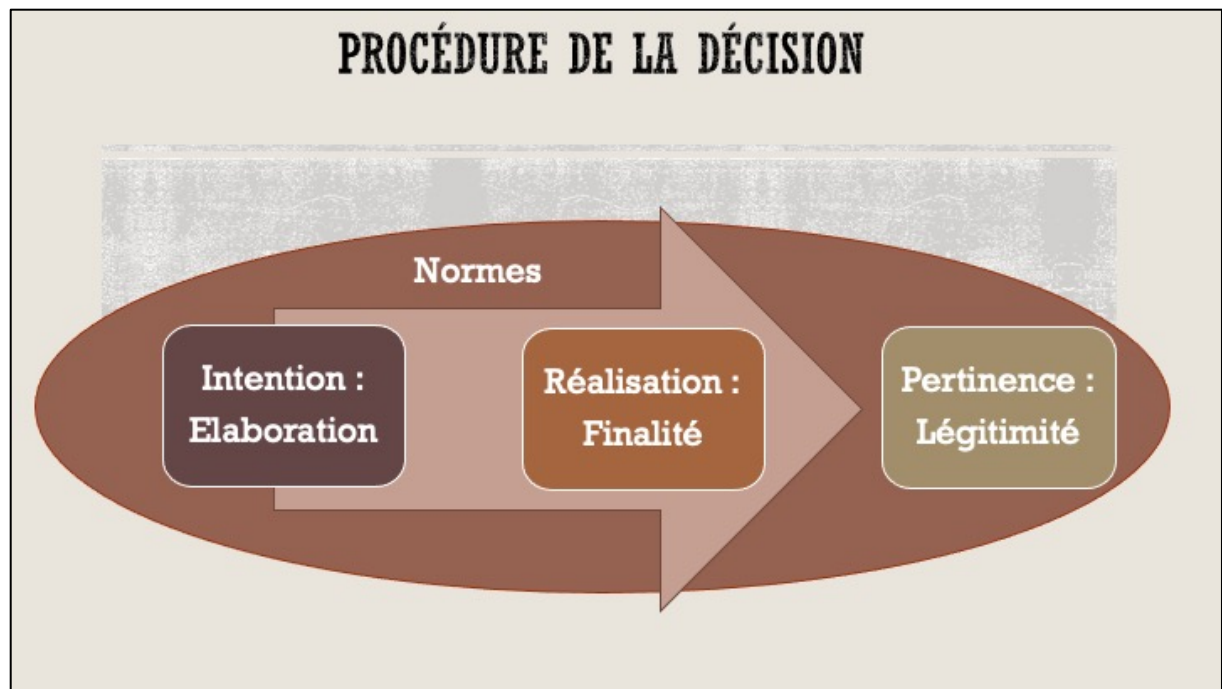


Figure 8 : Procédure de la décision médicale

### 3. **Élaboration, Réalisation, Finalité**

Paul RICOEUR apporte un éclairage précieux sur la prise de décision médicale c'est-à-dire sur la formation du jugement dans le domaine médical qu'il met en parallèle avec la décision judiciaire. Ainsi « ce qui est commun aux deux régimes de jugement c'est de placer un cas particulier sous une règle et ce cas particulier est, dans les deux cas, une personne. »<sup>68</sup> Telle est la problématique de fond du rapport de la décision médicale à la norme à savoir « un mouvement de pensée, si l'on peut dire, [qui descend] d'un système de règles à un jugement concret en situation, et c'est parce que ce jugement concret est en situation qu'il touche des personnes. » Ainsi, dans toute la littérature concernant la décision médicale, d'HIPPOCRATE jusqu'aux auteurs les plus contemporains, est rappelé sans cesse « le caractère singulier du pacte de soins entre deux personnes singulières. (...) Mais, aussi singulier que soit à chaque fois le pacte de soins, il se laisse placer sous des règles qui constituent le code déontologique qui régit chaque acte médical. »<sup>69</sup>. Ce code se traduit par trois normes imprescriptibles : le secret, l'information et le consentement. Mais il évoque également clairement deux systèmes adjacents qui soumettent la décision d'abord à « l'ensemble des savoirs relevant des sciences

<sup>68</sup> P. Ricoeur, « La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale », art cit, p. 1.

<sup>69</sup> *Ibid.*

biologiques et médicales », ensuite à « la santé publique ». Dans cet article, il soulevait d'ailleurs le danger « que le centre de gravité ne se déplace du savoir-faire vers le savoir, du soin de la personne vers la maîtrise de l'objet de laboratoire ». Il évoquait également « le fléau de la balance [qui] peut incliner du côté du concept et de la pratique de la santé publique aux dépens du souci des personnes singulières, insubstituables, irremplaçables ». Par conséquent, le maintien de l'équilibre de la décision, sa justice, réside dans « **la norme des normes** », lieu de naissance de la médecine : « porter secours à personne en danger », secours qui nécessite sollicitude et compassion.

Nous pouvons détailler ce tableau d'une manière plus précise au regard de l'analyse des normes auxquelles la décision médicale doit répondre dans sa procédure.

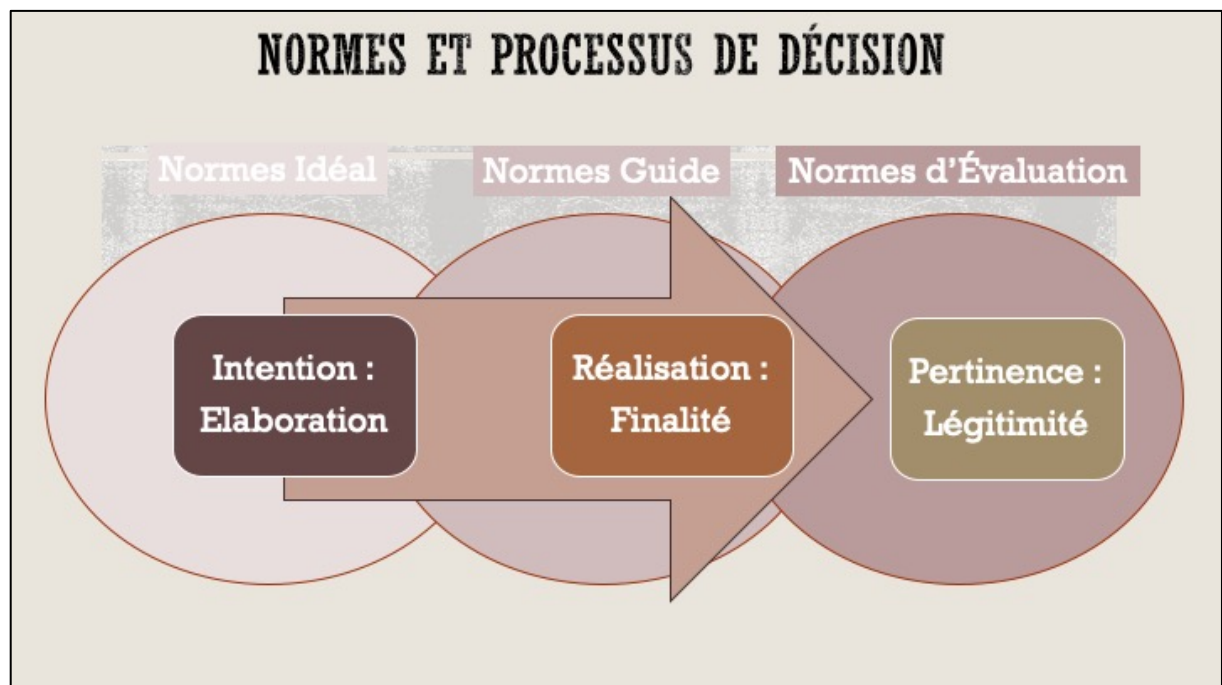


Figure 9 : Le processus décisionnel et les fonctions de la norme

#### a. Élaboration

L'élaboration de la décision devrait répondre d'abord à la déontologie qui la guide et à l'éthique qui trace son chemin. De ce point de vue **le corpus normatif qui préside à l'élaboration répond au sens de la norme abstraite qui apprécie son but de manière normative relativement à un idéal qu'elle tend à réaliser**. Elle mobilise des concepts et des valeurs relevant de « la norme de la norme » inscrites dans les valeurs même de la médecine telles que l'interhumain, la sollicitude, la compassion, la bienveillance, la justice, l'autonomie...etc

Pour faire court, l'élaboration est également guidée par des outils à forte puissance normative tels que les lois, les normes professionnelles (déontologie, intérêt du soigné, consentement, information, relation partagée) ou les normes individuelles et sociales (autonomisation du soigné, normes d'efficacité, de sécurité ou de qualité, minimisation des risques). En effet, la loi soumet aujourd'hui en tout premier lieu la décision au partage en soumettant l'élaboration de la décision au consentement du malade éclairé par une information qui se doit d'être claire, loyale et appropriée. Ainsi, « si le médecin jouit d'une liberté dans l'exercice de son art, cette liberté est instaurée dans l'intérêt du patient »<sup>70</sup> et doit conduire à une décision partagée socialement plébiscitée.

Mais à y regarder de plus près, nous le verrons, de plus en plus d'outils produits par des sources diverses de normes tendent à s'immiscer dans les modalités de cette élaboration ayant pour objectif non pas seulement de cadrer la réalisation ou juger la légitimité d'une décision, mais ayant pour rôle d'influencer, de guider, de contraindre l'intention et la motivation de la décision afin de l'orienter selon des intérêts parfois très divergents des valeurs fondatrices de la médecine, relevant notamment des préoccupations portées par les administrations et l'État, au service de l'Institution.

#### b. Réalisation

---

La réalisation de la décision répond à un cadrage technique qui pourrait apparaître parfaitement légitime du point de vue de la sécurité face au risque, de la qualité des soins et des dernières données acquises par la science. **La réalisation devrait répondre de ce point de vue au modèle concret de la norme comme guide et référence.** La réalisation correspond ainsi à la fonction de modèle d'action que les normes proposent afin d'optimiser la décision.

Pourtant là encore, le glissement redouté par Paul RICOEUR est souvent dénoncé dans la littérature. Il se traduit par une confusion entre la norme comme instrument et la norme comme récurrence. La normalité du modèle existant, la fréquence - comme le proposent par exemple l'EBM ou même les Recommandations de Bonne Pratique - a acquis une force normative qui va trop souvent à l'encontre de la singularité de la décision située dans le colloque singulier de *ce* soignant avec *ce* malade. La confusion des deux mène à des processus

---

<sup>70</sup> R. Bouvet, *Liberté du médecin et décision médicale*, op. cit., p. 23.

de rationalisation excessive, à une normalisation illusoire et surtout à une standardisation qui peut s'avérer délétère.

Plus encore, les notions de sécurité et de qualité ont induit ces dix dernières années un glissement plus subtil encore de la fonction de guide de la norme vers la fonction de contrôle de la norme comme en témoigne l'obsession évaluative. Ainsi certaines normes déclarées sur l'objectif d'optimisation des pratiques finissent par servir de modèle d'évaluation ou de vérification de conformité de celles-ci augmentant leur force normative, les détournant de leur fonction première.

### c. Finalité

---

La décision médicale est avant tout une décision qui concerne quelqu'un. Ainsi sa finalité l'assujettit à la recherche de l'intérêt d'une personne vulnérabilisée, au recouvrement de sa santé. **La finalité est donc soumise aux normes comprises comme instrument d'évaluation et de contrôle.**

L'autonomie des soignants si elle est reconnue et soutenue, ne devrait ainsi s'exprimer et s'exercer que sous la restriction du service à un tiers, le malade et plus encore aujourd'hui, la volonté de ce malade. Autrement dit la décision médicale, dans sa finalité, est une **subordination au secours, à l'intérêt du soigné, à son consentement selon les normes professionnelles.**

Mais si la volonté du soigné doit être recherchée, et doit s'exprimer, elle passe en second : il faut d'abord que soit établie la nécessité médicale. Ainsi la seconde **subordination est une subordination rationnelle à la science, au normes scientifiques**, condition de légitimité de la décision. En effet, si le diagnostic ou le choix d'un traitement ne résultent pas d'un choix du soigné, en revanche ils ne peuvent être fondés que sur les données acquises de la science. Plus encore, le soignant doit tenir compte des facteurs de risque, des recommandations médicales, des recommandations de bonnes pratiques.

Cette subordination rationnelle se double à l'autre extrémité de la procédure décisionnelle, d'une **subordination économique qui se traduit par les normes d'efficience mais également de sécurité et de qualité.** En effet, si le principe de liberté de prescription du



médecin est ancien<sup>71</sup> et est encore aujourd’hui affirmé dans le Code de la Santé Publique<sup>72</sup> afin de garantir au soigné la meilleure prise en charge, il est également contraint dans sa finalité par le Code de la Sécurité Sociale « d’observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l’efficacité des soins. »<sup>73</sup>. Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, et dans l’intérêt des assurés sociaux, le médecin doit donc réfléchir sa décision en l’éclairant par les exigences économiques.

Reste que, la finalité globale de la décision médicale, malgré le caractère protéiforme des actes médicaux, se place dans la protection de la santé. « La liberté décisionnelle du médecin trouve sa pleine expression dans la détermination de la nécessité médicale qui justifie la protection de la santé individuelle, puisqu’elle est soumise au savoir médical qui seul permet l’intervention médicale à visée préventive, curative ou palliative. »<sup>74</sup>

Pourtant, sous son apparente clarté la finalité est sûrement l’aspect le plus délicat à cerner dans certaines situations et sûrement le plus difficilement normalisable. En effet, la finalité d’une décision est **directement liée à la mise en œuvre de valeurs, qu’elles s’expriment dans les normes morales du médecin ou dans les normes individuelles du soigné et même dans les normes sociales.**

---

<sup>71</sup> Charte médicale, 1927.

<sup>72</sup> Article R.4127-8 CSP : « Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu’il estime les plus appropriées en la circonstance »

<sup>73</sup> Code de la Sécurité Sociale, art. L 162-2-1

<sup>74</sup> R. Bouvet, *Liberté du médecin et décision médicale*, op. cit., p. 263.

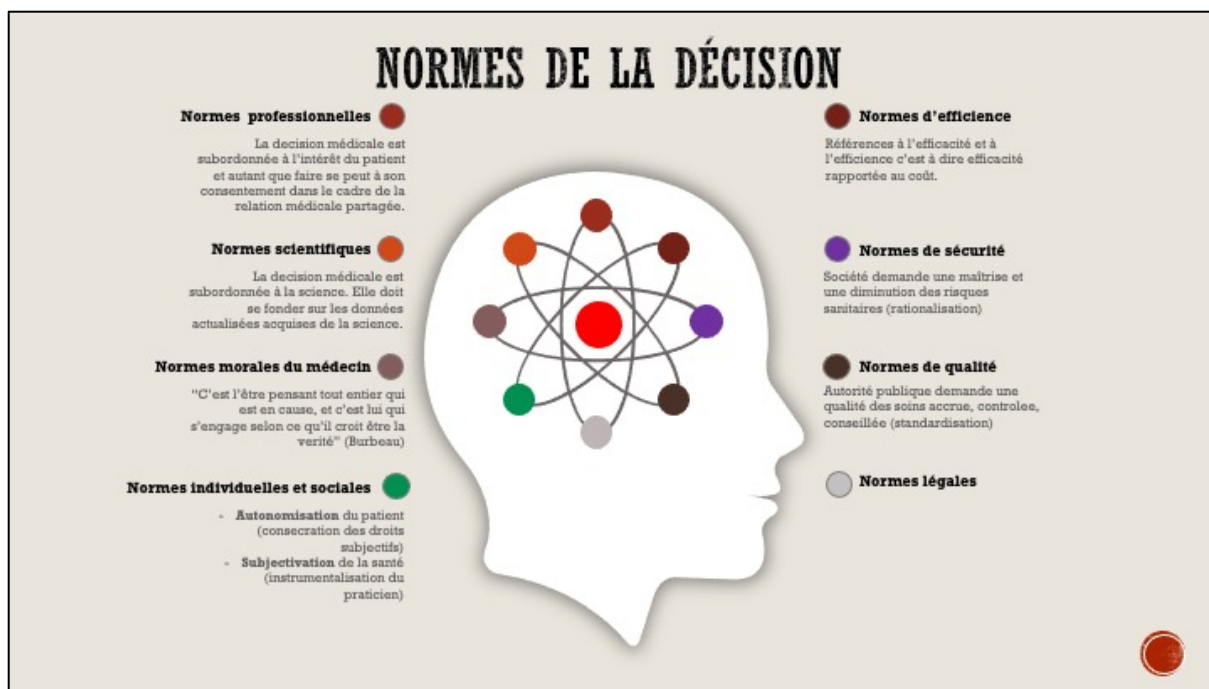


Figure 10 : Normes de la décision médicale

#### 4. **Densification normative**

Dans son travail d'analyse collaborative, Catherine THIBIERGE propose sept marqueurs permettant de mesurer la densification normative que nous nous proposons d'appliquer à la décision médicale. En effet, même si cette densification revêt les habits de l'évidence qui ne cesse d'être dénoncée ou discutée dans la littérature médicale, la volonté ici est de montrer tel que le propose le travail de l'équipe de l'ouvrage de THIBIERGE que « cette évidence peut-être un objet scientifique et qu'il est possible d'en faire une mesure, un diagnostic »<sup>75</sup>.

Analyser le « processus de croissance de la normativité » c'est comprendre que le champ des normes gagne en force et en puissance de « la plus petite échelle d'une norme à des échelles extrêmement vastes de champs normatifs tout entiers ».

#### d. **Augmentation quantitative des normes**

La densification normative se décèle d'abord sur un plan quantitatif : c'est « l'augmentation considérable du nombre de normes » ayant pour objectif d'établir « des rails décisionnels » dans la procédure médicale.

<sup>75</sup> C. Thibierge, *Postface*, op. cit., p. 200.

C'est le sens de l'édition de ce que l'on nomme par exemple d'une manière institutionnelle les guides ou Recommandations de Bonne Pratique (RBP) émanant de la Haute Autorité de Santé<sup>76</sup>. Si les RBP connaissent une publication relativement stable (voir tableau en annexes) ce qui est notable c'est la multiplication des dénominations normatives d'autres publications. La Haute Autorité de Santé présente aujourd'hui d'innombrables recommandations supplémentaires telles que les Recommandations pour la Pratique Clinique (RCP), les fiches mémo, les recommandations ayant obtenu le label méthodologique ou les auditions publiques sans compter les protocoles nationaux de diagnostic, de soin, de parcours...etc. Elle a également lié des collaborations telles que celles avec les Collèges de bonnes pratiques par spécialités incitant à l'élaboration de recommandations spécifiques par branches. Par la mise en place des procédures de contrôle qualité et sécurité des soins comme l'accréditation des médecins généralistes, elle a induit d'autres systèmes de recommandations tels que les référentiels métiers mis en œuvre par l'Ordre National des Médecins.

Une analyse globale des rapports d'activité de la Haute Autorité de Santé est tout à fait éclairante : le langage concernant les pratiques ou les fonctionnements de l'organisation évolue au fil des années de manière nébuleuse pour qualifier par des dénominations variées une inflation indéniable de la publication des recommandations.

Cette inflation se traduit dans les activités de l'item de publication « Recommandations »<sup>77</sup> des rapports d'activité de la Haute Autorité de Santé. Si on constate une relative stabilité de la publication des recommandations professionnelles ou (RBP) au fil des années, il faut constater une « dilatation » de la rubrique qui au fil des ans s'est enrichie de nombreux items tels que « fiches mémo », « fiches points clé et solutions », « notes pertinence », « protocoles », « efficience », « outils d'accompagnement », « référentiels » et même depuis l'année dernière « feuilles de route »... La diversité des items induit une dispersion mais le champ lexical lui, traduit bien l'augmentation croissante. Il est à noter que depuis 2016 les rapports d'activités proposent une synthèse des publications qui n'existait pas dans les années

---

<sup>76</sup> « Les recommandations professionnelles sont définies comme des « propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Leur élaboration est fondée sur quatre méthodes : la recommandation pour la pratique clinique, la conférence de consensus, le consensus formalisé d'experts et l'audition publique. » (Rapport d'activité 2006)

<sup>77</sup> Cf. Tableau en annexe.

antérieures, ce qui permet de se rendre compte d'une manière globale de la forte augmentation entre 2016/2017 et 2018/2019.

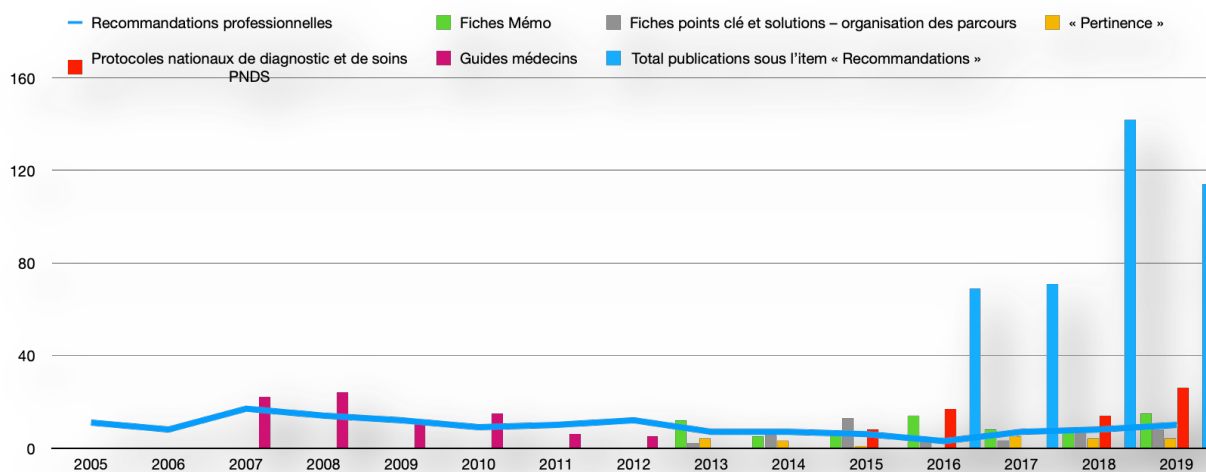


Figure 11 : exemple d'augmentation des publications de recommandations par la Haute Autorité de Santé

L'exemple de la Haute Autorité de Santé n'est bien évidemment pas le seul car la diversité des producteurs de recommandations rajoute à l'augmentation quantitative des normes de cadrage de la décision médicale à tel point que « la rationalité scientifique occupe une place de plus en plus importante dans la pratique médicale ; elle permet de soustraire celle-ci à l'influence de croyances diverses, des traditions et de certains dogmes qui paraissent inattaquables. La recherche clinique a été le principal moteur de cette évolution rationnelle. Mais son essor a été tel, tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif, qu'il est devenu difficile pour les cliniciens de s'orienter dans la masse de connaissances qui en est issue. Le rythme des publications est soutenu, les méthodes employées de plus en plus complexes et la qualité des travaux très hétérogène. »<sup>78</sup>

#### e. Multiplication des sources des normes

La Haute Autorité de Santé n'a pas le monopole normatif sur le sujet de la décision médicale et plus encore, l'évolution n'est pas que nationale. Il serait éminemment instructif de conduire une étude sur le développement des normes comprenant la perspective européenne et même internationale car la densification normative se traduit par une multiplication des normes règlementaires, les *guidelines*, les prescriptions, accréditations,

<sup>78</sup> É. Azria, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », *Laennec*, 2013, Tome 61, 3, p. 32-41.

certifications...etc. qui sont portées par de nombreux acteurs tant publics que privés ayant des niveaux de qualité et d'autorité variables, ayant des intentions louables ou critiquables, assorties d'une force de contrainte d'une grande amplitude . Cette prolifération introduit de la confusion au point que la transgression peut même être ignorée de bonne foi (Cf. infra). Ce qui explique également les controverses nombreuses sur les conditions et les modalités de leur élaboration.

Cette multiplication des sources des normes de la décision médicale est le second marqueur de la densification normative.

Les sources normatives peuvent être des organismes institutionnels nationaux ou régionaux dont la force contraignante est variable, nous y reviendrons. Les organismes nationaux peuvent être « indépendants » c'est-à-dire décentralisés ou déconcentrés et avoir une forme de pouvoir normatif directe ou indirecte selon la qualité reconnue de l'expertise ou l'importance morale des recommandations émises. Parmi ces agences, sans être exhaustif, on trouve sous la tutelle de l'État l'ANSM, ANSES, INPES, AMELI, INVS, l'Institut National du Cancer, l'Établissement Français du Sang ou dans un exercice indépendant des ministères l'ASN ou l'HAS. Dans un autre registre il faut évoquer également le CCNE. Ces organismes produisent une quantité importante de textes normatifs sous la forme de décisions, d'avis, de recommandations, de références, de règles, de référentiels...etc.

Au plus loin, les recommandations et *guidelines* de la décision médicale peuvent émaner également d'organismes internationaux tels que les organisations non gouvernementales (Association Médicale Mondiale, Le Conseil des organisations internationales des sciences médicales-CIOMS...) ou d'institutions intergouvernementales (OMS, UNESCO-CIB).

En proximité, plus d'une dizaine de sources nationales de recommandations sont sectorielles comprenant des instituts publics ou privés (Cancérologie-SOR), des associations (Anesthésie, réanimation-SFAR, SFC, SFD...), des collèges (Gynécologie, Obstétrique-CNGOF), des ordres nationaux (ONM). Les sources régionales sont aussi nombreuses comme par exemple les Comités d'éthique régionaux, les Agences Régionales de Santé...etc.

Au plus près les normes sont diffusées par des vecteurs de retransmission de l'information que ce soit par exemple le Bulletin du conseil national de l'Ordre, le Quotidien du médecin ou autre revue de la spécialité médicale.

Les bases de données en accès libre ou institutionnel sont également une source précieuse d'aide à la décision mais il ne faut pas non plus oublier les acteurs privés issus de l'économie

libérale qui font choux gras de l'engouement sociétal dans la production, la classification et surtout l'accès aux normes via des abonnements internet couteux.

#### f. Extension du champ de la normalisation

---

Tout comme dans d'autres domaines, la médecine n'échappe pas à l'extension du champ de la normalisation, troisième facteur d'identification de la densification normative. Conçue initialement sur l'EBM, la normalisation se voulait technique c'est-à-dire fondée sur « les dernières données acquises par la science », mais elle s'est étendue à tous les aspects de la décision médicale et plus encore à tous les aspects du soin lui-même. Son extension est ainsi considérable à l'échelle « géographique » : investissant et colonisant tous les niveaux internationaux, nationaux, locaux et sectoriels, envahissant progressivement tous les aspects du soin au niveau de la santé publique, de la relation soignant-soigné, de la vie privée du médecin jusque y compris dans le domaine de l'intimité du soigné.

De ce point de vue, l'étude de la production normative de la Haute Autorité de Santé est encore une bonne illustration. Suivant le fil historique des rapports d'activité, force est de constater un processus de dilatation des recommandations normatives tant du point de vue vertical (échelle géographique) qu'horizontal (échelle de la pratique).

Le cadre de la HAS du travail avec les autres acteurs institutionnels du champ sanitaire au niveau européen et international (NICE, IQWIG, ISQA, EUnetHTA..), national (ANESM, ABM, ANSM, ANAP, EFS, INPES, INVS, ATIH, ASN, INCA...associations de patients, fédérations des spécialités médicales, fédérations hospitalières privées et publiques...) et même local (ARS) s'est peu à peu étendu.

Et de manière concomitante, les recommandations se sont diffusées par capillarité dans toutes les strates du soin. Ainsi, dans les années 2000 les recommandations de bonnes pratiques sont doublées par les « guides médecins » à vocation technique. Tandis que la certification des institutions hospitalières se met en place la Haute Autorité de santé devient un acteur de la normalisation institutionnelle tant sur le plan de l'organisation (sécurité) que sur celui de l'activité (qualité). Puis peu à peu la production de fiches méthodologiques, de mémos, de protocoles de parcours de soins, de guides en matière d'affection de longue durée ainsi que le dispositif d'accréditation des médecins de certaines spécialités... confirment l'extension des compétences normatives dans la colonisation non seulement des champs d'exercice (dernièrement le social et le médico-social par exemple) mais plus encore des

modalités de cet exercice. De notre point de vue, certaines publications comme celle de 2018 intitulée « Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé » sont significatives d'une forme accrue de « guidage » très éloignée du point de vue technique, relevant davantage d'une immixtion dans le registre interpersonnel qu'elle entend également guider. Inspiré par le « Guide d'aide à la décision (Ottawa) »<sup>79</sup>, ce type de fiche méthodologique dépasse subtilement la légitimité technique pour opérer sur un autre registre, celui de l'intention et de la motivation tant de la décision médicale du soignant, que la décision personnelle du soigné. Il n'est pas question ici d'évaluer la pertinence ou non de ce type de document mais seulement d'en relever la fonction de « guidage » à travers un formulaire « standard » qui, en soi, dans le parcours de réflexion qu'il présente, déploie implicitement une force normative, celle de la rationalisation de la décision. Ce type de *guidelines* ne relève plus de la compréhension de la norme comme « instrument d'aide au tracé de la main » (pratique ou technique) mais d'un glissement vers une norme comprise comme norme individuelle, sociale et même morale corsetant tant la décision du soignant que celle du soigné. « Où l'on voit clairement à l'œuvre la convergence des normalisations techniques et comportementales »<sup>80</sup>. Finalement, la production normative a tellement étendu son registre qu'il serait désormais question de connaître plutôt quel domaine échappe aujourd'hui à ce processus.

#### g. Accroissement du nombre des acteurs concernés

---

Bien sûr les recommandations et autres normes pratiques ou techniques concernent en premier lieu l'acteur de la décision médicale c'est-à-dire le soignant, mais elles se sont étendues également aux Institutions (hospitalières ou médico-sociales), aux services hospitaliers (guides de parcours de soins), à leur collaboration (protocoles de coopération), à leurs outils (Logiciels d'aide à la décision), à leurs acteurs de tous niveaux (infirmières, aides soignants...). Plus encore elles se sont déplacées, selon, du côté du malade ou de l'utilisateur (guides ALD et maladies chroniques, guides et documents d'information). La production de recommandations, de guides, de référentiels et autres protocoles touche aujourd'hui

---

<sup>79</sup> Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa) © 2015 O'Connor, Stacey, Jacobsen, Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa et université d'Ottawa, Canada.

<sup>80</sup> C. Thibierge, « Densification normative: l'essentiel ».

tellement d'acteurs de la santé qu'il est à l'évidence légitime d'affirmer que nous sommes tous concernés et là aussi la question finit par se retourner : il devient impossible de trouver un champ d'action non encadré par la normalisation institutionnelle.

#### h. Multiplication et diversification des « objets » normalisés

---

La diversification et la multiplication des sujets auxquels s'applique la force normative est un facteur de sa densification qui s'est traduit dans le domaine de la décision médicale par la notion d'efficience (efficacité rapportée au coût) qui induit une jonction entre les normes techniques et les normes managériales. « Et la densification normative peut continuer ainsi à se propager insensiblement du monde des choses pour lequel elles ont été initialement conçues, au monde des êtres et des personnes. (...) On observe là une densification normative qui opère par capillarité, qui fait tache d'huile et s'étend, par propagation et d'une manière irrésistible à l'ensemble du tissu social, sans qu'on puisse en déceler les limites. »<sup>81</sup>. C'est ainsi opéré un glissement insensible mais bien réel, illustré par l'évolution de la déclaration des missions de recommandation de l'agence HAS qui s'est étoffée de manière importante au fil des années. En 2006, il s'agissait d'établir des stratégies de santé, « le but ultime étant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients » (Ra HAS 2006) en rationalisant l'organisation et la pratique. Treize ans plus tard, les missions se sont étendues et par là-même la production normative puisque les sujets de la rationalisation ne sont plus seulement les organisations ou les pratiques médicales mais beaucoup plus largement « la HAS réalise des recommandations pour les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social », elle « produit également des recommandations en santé publique », « participe à la définition de la politique vaccinale en France » et même « promeut des parcours de vie » (Ra HAS 2019). L'agence a non seulement étendu ses domaines mais elle a également nettement diversifié et multiplié les « objets » de ses interventions normatives.

#### i. Intensification de la force normative

---

Une grande majorité des normes produites pour guider la pratique ou la décision médicale demeure facultative et relève d'une mise en œuvre volontaire autrement dit, elles ne sont pas impératives, ce qui explique la fréquence et l'amplitude de la transgression ordinaire (cf.infra).

---

<sup>81</sup> C. Thibierge, *Postface*, *op. cit.*, p. 202.



Mais comme le montre le travail de Catherine THIBIERGE<sup>82</sup> que nous avons déjà évoqué, nous savons que « la force normative » ne se réduit pas à la force obligatoire garantie par la législation. « Beaucoup de normes techniques affichent leur ambition prescriptive par leur dénomination même : prescriptions sécurité, lignes directrices, exigences concernant la qualité et la compétence. Elles font l’objet de sanctions qui leur sont propres et qui assoient leur force normative, telle la perte de certification qui est une manière de garantir leur force. »<sup>83</sup>.

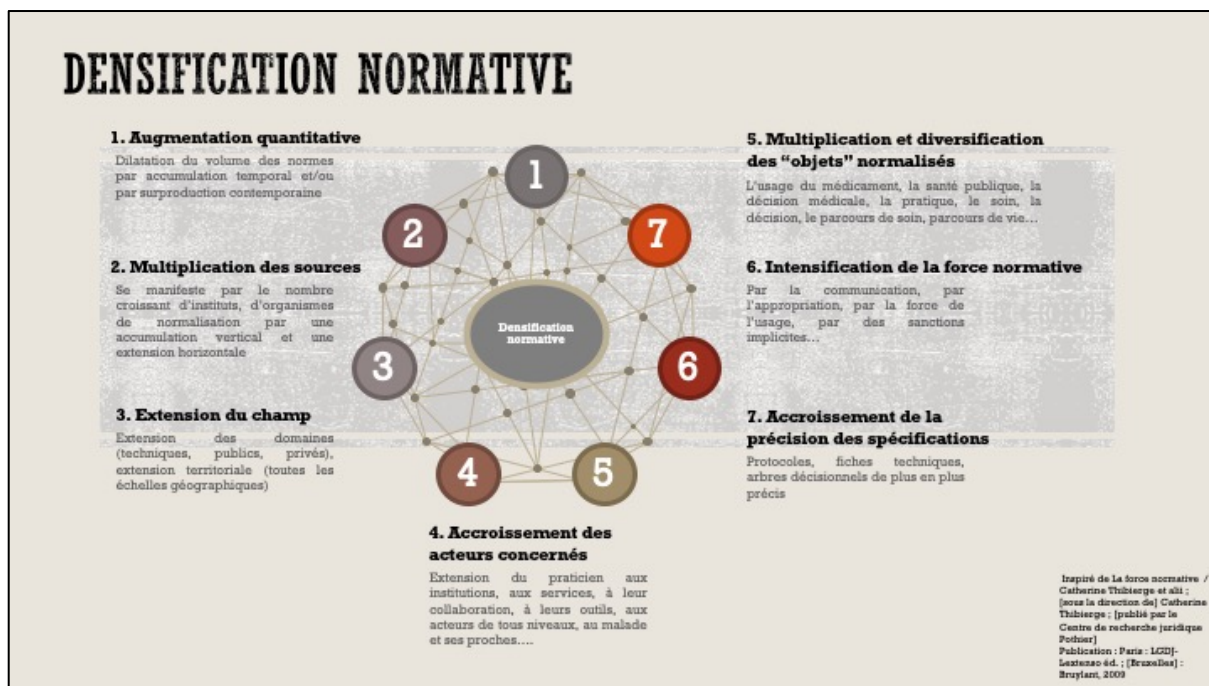


Figure 12 : Densification normative

### La sanction

La dimension de la sanction afférente à la typologie des transgressions des normes que nous allons évoquer concernant la décision médicale demanderait à elle-seule une profonde et large étude. Mais nous nous permettrons ici quelques remarques à titre de pistes à explorer.

Si par exemple le rapport de l’assureur MACSF (leader de l’assurance des professions de santé) relève une augmentation de 1,57% des procédures en 2018, le taux d’erreurs

<sup>82</sup> Centre de recherche juridique Pothier (ed.), *La force normative*, Paris [Bruxelles], LGDJ-Lextenso éd. Bruylant, 2009, vol. 1/.

<sup>83</sup> C. Thibierge, *Postface*, op. cit.

médicales, lui, est resté stable. Cela traduit une augmentation des plaintes et des condamnations au pénal comme au civil qui sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus lourdes. Mais qu'en est-il concernant les infractions qui ne sont pas identifiées comme des sinistres ? Le rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins<sup>84</sup> nous renseigne sur les chiffres clés : en 2018 le nombre d'affaires repart en hausse par rapport à 2017 avec une augmentation de 7%, le nombre d'affaires jugées augmente également de 6,5%, quant au stock d'affaires en instance en 2018, celui-ci augmente également de 10% au cours de l'année 2018. Il est notable que les particuliers, représentent un peu moins de 60% des plaignants, et restent les premiers producteurs de plaintes tandis que les sanctions les plus prononcées sont des avertissements et des blâmes (60%). Ce rapport nous donne une indication qu'il s'agirait de confirmer par une étude plus poussée mais, il semble que les sanctions soient davantage dissuasives que punitives, et que les poursuites institutionnelles, elles, soient très peu fréquentes. On peut penser par exemple aux pratiques cadrées par des normes à faible garantie normative comme la prescription hors AMM qui ne s'imposent pas aux médecins et ne constituent donc pas ipso facto une faute professionnelle et donc sur lesquelles il y a peu de visibilité, souvent « boîte noire » pour les pharmaciens et les organismes de l'aveu même du rapport de l'Académie<sup>85</sup>.

La sanction afférente aux normes qui ne sont pas opposables reste quasiment inintelligible, reste à savoir si la raison réside dans la confidentialité des sanctions éventuelles ou, plus probablement dans une absence pure et simple de celles-ci : « paradoxalement, il n'existe pas de sanctions formelles clairement identifiées et édictées comme telles ».

Cette dimension n'est pas sans conséquence sur la transgression car en effet comment établir la force d'une norme si celle-ci ne peut se garantir par la sanction ? **Peut-être est-ce parce que le champ des normes en question se concentre sur la portée normative c'est-à-dire sur une appropriation, une réception, une adhésion libre de l'acteur, ayant ainsi pour vocation non pas de discipliner les comportements, mais de réguler les motivations et**

---

<sup>84</sup> Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, *Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinaire*, , 2018.

<sup>85</sup> G. Bouvenot et M.-P. Serre, « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable Off -label drug use in France. A need for clarification », p. 43.

**intentions des décisions.** Quel sens aurait une sanction dans un univers où les sujets s'auto-contrôlent dans leur propre intérêt ? Parce « jamais une force réactive, c'est-à-dire une force qui cherche son intérêt, ne renversera la moindre valeur, elle n'a aucune raison pour le faire. »<sup>86</sup> La sanction n'est qu'un faible instrument lorsque le travail d'adhésion est bien fait, lorsque le respect des normes réalise le potentiel personnel et sécurise l'acteur dans sa participation à l'Institution. « Il faut que l'envie de faire soit au rendez-vous » déclarait Denis PIVETEAU, conseiller d'État, dans le rapport d'activité de la HAS en 2017. Qui irait donc a contrario de ses envies ? Et le travail du dispositif était déjà bien formulé en 2015 lorsque le même type de rapport ciblait que « le changement est culturel car il faut refonder les valeurs ». Et c'est précisément ce qu'a produit la diffusion massive de l'inspection, de l'évaluation et du contrôle sous la forme des accréditations ou des certifications, rendant la sanction quasiment facultative parce qu'elle s'exerce en réalité de manière informelle et diffuse. En effet, « l'acte d'inspection se fonde sur sa propre visibilité qui doit d'une manière ou d'une autre pénétrer dans la conscience de l'acteur ciblé car la conformité ne peut pas être atteinte sans la connaissance de ce qui est exigé. La visibilité inspectrice émet ainsi un double message qui indique à sa cible à la fois le comportement préconisé et l'existence d'un dispositif qui surveille la conformité aux règles communiquées ».<sup>87</sup> **Les dispositifs s'assurent ainsi du respect des normes par un contrôle de « soi sur soi-même » motivé non pas par la sanction ou la coercition mais par la peur de celle-ci : « l'inspection remplace la loi, la prévention remplace l'accusation, le danger remplace l'infraction »<sup>88</sup>, dans une fusion entre contrôle et liberté, une « adhésion à ce qui nous contraint ».**

---

<sup>86</sup> O. Razac, *Avec Foucault, après Foucault, op. cit.*, p. 117.

<sup>87</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social, op. cit.*, p. 106.

<sup>88</sup> *Ibid.*, p. 42.

## DEUXIÈME PARTIE : PANORAMA DES TRANSGRESSIONS DANS LA DÉCISION MÉDICALE

---

*Dans cette seconde partie, nous proposons un panorama des transgressions centré sur les motifs et particulièrement sur les intentions invoquées par les acteurs. Cette classification et les réflexions qui en résultent, s'appuient sur une analyse raisonnée de la littérature et sur l'intégration des modalités de compréhension de la définition de la norme, de la force et de la densification normatives mises en œuvre précédemment.*

### I. CLASSIFICATION

---

La catégorisation participe tout comme la phase de définition, à la compréhension de la réalité. Aussi après avoir cerné ce que recouvre l'idée de norme, faut-il tenter de démêler la nature des transgressions et leurs différents contextes à travers une étude raisonnée de la littérature. La classification des typologies de la transgression n'est pas une tentative sans antécédents et plusieurs critères peuvent être évoqués pour classer les actes transgressifs dans le cadre que nous nous sommes fixé.

Ainsi, Olivier BABEAU, dans son travail dédié à la transgression, évoque le recours à BALANDIER<sup>89</sup> qui propose une classification des pratiques des acteurs sociaux selon une échelle de quatre degrés qui pourrait se traduire par une schématisation des différents rapports possibles à la norme : « obéissance inconditionnelle, obéissance orientée par l'intérêt, obéissance mais instrumentalisation de la lettre, et enfin transgression »<sup>90</sup>. Mais nous sommes en accord avec lui quant à la limite qu'il décèle dans une telle distinction à savoir une confusion entre l'acte et la volonté. Un peu plus loin, il évoque par ailleurs la possibilité de classer les transgressions selon quatre catégories relatives à la définition de la transgression<sup>91</sup> : qu'est-ce qui est transgressé ? Qui transgresse ? Pourquoi transgresser ? Quelles conséquences ?

**Quelles conséquences ?** Il faut rappeler qu'il n'est pas question ici d'entrer dans un débat qui jugerait la légitimité de l'acte selon son accomplissement ou selon sa motivation, une telle

---

<sup>89</sup> G. Balandier, *Anthropologie politique*, Presses Universitaires de France, 2013.

<sup>90</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, *op. cit.*, p. 119.

<sup>91</sup> *Ibid.*, p. 121.

posture rétrécirait la compréhension de la transgression au seul jugement de l'acte a posteriori et donc accompli. Nous avons d'ailleurs invoqué dès le départ la suspension de notre jugement (Cf. introduction) pour nous dégager de la position intenable qui ferait de nous un juge des transgressions. **Nous ne classerons donc pas les transgressions selon leurs conséquences.**

**Ce qui est transgressé ?** Pour les mêmes raisons qu'il évoque non sans dérision, **classer les transgressions en fonction de la typologie des normes transgressées** ne nous paraît pas non plus pertinent : « en tentant de recenser toutes les règles existantes et les transgressions correspondantes, on serait sans doute plus proche de l'inventaire à la Prévert que de la classification périodique des éléments de Mendeleïev... »<sup>92</sup>. C'est pourquoi, il nous paraît essentiel d'intégrer le travail magistral de Catherine THIBIERGE dans l'élucidation de la force normative pour mieux comprendre les enjeux de la transgression dans la décision médicale. Autrement dit, il ne s'agit pas de référencer des correspondances entre une sorte de norme et une sorte de transgression, mais il est fondamental d'établir la typologie de la transgression sur la compréhension des différentes fonctions de la norme et relativement à sa puissance et sa densification. C'est précisément là que réside à notre sens l'intérêt de l'analyse de la transgression dans la décision médicale. Nous avons vu que la décision médicale perçue comme procédure est complexe mais doit néanmoins, au regard de la responsabilité qu'elle engage, répondre à une exigence de méthode, à un processus cadré par des normes déterminant l'élaboration, des normes conduisant la réalisation et des normes de jugement sur la pertinence de la décision. Pour continuer à explorer la force normative qui induit la transgression, il nous paraît donc cohérent de garder ces trois axes dans l'exploration des actes transgressifs.

**Qui transgresse ?** A cette question pourrait répondre une typologie de la transgression selon l'acteur mais la revue de littérature que nous avons menée ne nous a pas convaincu de l'intérêt d'une classification de la transgression selon une catégorie professionnelle ou une place hiérarchique, ni même selon le niveau de responsabilité. Et pour cause nous avons lu des études qui concernaient aussi bien le travail d'infirmier, celui de médecin généraliste ou du médecin spécialisé, celui de chef de service, et même des études sur le fonctionnement de services entiers. Or il ressort de toutes ces études sur l'appropriation des normes et

---

<sup>92</sup> *Ibid.*, p. 122.

l'observation des infractions, des lignes transversales qui ne sont pas fluctuantes en fonction de la position professionnelle (comme l'intention ou le motif). Cela nous a dissuadé tout comme Olivier BABEAU<sup>93</sup> d'opérer une catégorisation artificielle qui ne permettrait pas d'approfondir la nature de la transgression mais qui aurait pour seul résultat d'inscrire des actes très divers dans des catégories professionnelles ce qui paraît quasiment absurde au regard des profondes imbrications du travail de chacun dans le soin. Pourtant, il faut apporter une précision qui est apparue à plusieurs reprises et que notre auteur ne mentionne pas quoique nous pensions que ce ne soit pas propre au milieu de la santé : la durée de l'expérience professionnelle qui semble individuellement avoir une influence sur la transgression qu'il serait nécessaire de préciser dans une étude empirique.

**Pourquoi transgresser ?** Reste le **motif** et la **motivation** de la transgression. A ce propos, on ne peut pas s'interroger sur les causes de la transgression sans mobiliser les deux grands courants de la sociologie que sont le structuralisme et le comportementalisme. Pour le premier, les structures dominent les comportements qu'elles induisent d'une manière déterminée. Pour le second, le facteur humain est auto-suffisant dans les analyses. Mais cette approche duale peut être mise à mal par la brillante démonstration d'Albert OGIEN<sup>94</sup> lorsqu'il évoque une troisième approche de la sociologie de l'action à travers l'analyse de l'œuvre de Garfinkel. Pour lui, **l'action relève également des états mentaux de l'acteur, qui, en reconnaissant sa conduite comme raisonnable, cohérente et familière, en reconnaissant également les circonstances organisées dans lesquelles s'effectue cette action, convoque une motivation ou mobilise des motifs qu'il peut, le cas échéant exprimer.** Pour saisir toute la dimension de la transgression, il nous faut donc pouvoir établir l'état d'esprit d'une action jugée par l'agent comme raisonnable et cohérente dans le contexte où il se place et en tenant compte du sens qu'il lui donne conformément aux postures de **l'ethnométhodologie**.

Au regard de la fonction de la norme la transgression peut s'analyser selon nous sur la base de deux types : la transgression adaptative et la transgression normative. Ces types sont relatifs au sens qui est donné à la transgression par l'acteur mais également relatifs au processus de la décision médicale : ils se déploient dans l'intention (transgression normative) ou dans la réalisation de la décision (transgression adaptative).

---

<sup>93</sup> *Ibid.*

<sup>94</sup> A. Ogien, « Garfinkel et la naissance de l'ethnométhodologie », *Institut Marcel Mauss - CEMS*, 2016.

## II. LA TRANSGRESSION ADAPTATIVE

---

**La transgression adaptative est une transgression involontaire ou inévitable qui relève d'un processus nécessaire d'appropriation des normes par l'acteur afin de pouvoir exercer son métier dans des conditions qu'il doit estimer acceptables.** La densification normative place en effet le sujet de l'action ou de la décision médicale face à un impératif d'accommodation qui peut se traduire soit par une incapacité relative (incompétence ou ignorance), soit par une « modification » inévitable des règles qui conduit à des arrangements pour garantir une certaine efficacité (ergonomie, art médical, intégration professionnelle) ou à une subordination passive (acrasie, adiaphorie). Chacune de ces attitudes relève d'un centrage sur la réalisation de la tâche, sur la finalité de la décision médicale préconçue selon un jugement particulier d'efficacité.

### 1. La transgression involontaire

---

La transgression involontaire n'est pas une transgression inconsciente qui elle est une infraction qui n'est pas conscientisée comme telle : c'est une erreur. Elle relève soit de l'incompétence (incapacité d'appliquer ou de respecter la norme), soit d'un non-respect de la norme par l'acteur par ignorance (norme ignorée ou méconnue), mais elle peut également être induite par une norme floue, indéterminée ou possédant une faible garantie normative.

**La transgression « par incompetence »** relève comme nous l'avons vu (Cf. p. 16) de la sanction juridique. C'est un manquement aux normes scientifiques et pratiques qui engage la responsabilité du professionnel « pour faute » qui encore une fois, ne s'inscrit pas dans le champ de notre réflexion.

**La transgression « par ignorance »**, même si elle semble devoir être évacuée de notre étude pour la même raison que la précédente, a pourtant attiré notre attention parce qu'elle conduit à considérer un facteur non négligeable dans l'approche de la transgression : le facteur générationnel. En effet, elle peut, par exemple, relever de la **perception et de la compréhension de la responsabilité médicale** chez les « médecins établis »<sup>95</sup>. De fait, pour certains, l'émergence et l'accroissement de la responsabilité médicale ont changé la relation soignant-soigné qui n'est plus singulière, privilégiée et intime. Aujourd'hui « le médecin a des

---

<sup>95</sup> Nous entendons par « médecins établis » les médecins « installés » depuis plus de dix ans à différencier des « jeunes entrants », « fraîchement » diplômés ayant peu d'expérience professionnelle.

comptes à rendre devant ses pairs, la justice et la société lorsqu'il prend des décisions »<sup>96</sup>. Or cette intrusion était encore vécue par ces « médecins établis » jusqu'à il y a peu, comme une intrusion peu légitime qui induirait selon une étude de C. ROBERT, le « peu de connaissances au sujet de la responsabilité médicale et les risques encourus par la pratique médicale ». Et lorsqu'ils ont intégré le risque lié à la responsabilité médicale, ils ne sont pourtant « pas du tout formés ni renseignés » sur le contenu de ce risque. Autrement dit, comme d'autres études peuvent le confirmer, **la transgression « par ignorance » pourrait relever des effets de générations comme facteur influençant l'appropriation des normes qui encadrent l'activité** : « Ainsi, pour les plus anciens, les « jeunes » seraient moins enclins à émettre un jugement critique sur les contre-indications et/ou sur les réformes qui modifient l'exercice de leur métier. Pour les plus jeunes, les « anciens » continueraient à avoir une conception de leur métier héritée d'un passé où primait une organisation plus informelle et donc moins contrôlée. »<sup>97</sup> Dans l'étude de R. CRESPIN sur les réformes normatives de la médecine du don, le facteur générationnel n'est pas négligeable pour expliquer l'attitude critique et même parfois transgressive. Précisons que cette transgression imputable au facteur générationnel n'est pas ou peu vécue au premier abord comme une transgression des normes techniques au sens d'un manque de formation scientifique ou technique mais comme une erreur menant à une transgression des normes opposables dans le domaine de la responsabilité concernant la pratique médicale. Une étude précise sur le facteur d'expérience professionnel mériterait d'être conduite pour avoir un angle d'approche plus précis et juste.

Les transgressions involontaires, elles, sont des transgressions qui ne s'inscrivent bien évidemment pas dans l'élaboration de la décision médicale puisqu'elles ne relèvent pas d'une intention rationnelle, d'une volonté « clairement raisonnée », elles dévoient les normes de la réalisation de la décision remettant ainsi en cause la légitimité et la pertinence de la décision dans son ensemble. Ainsi, parce qu'elles ne relèvent pas de l'accomplissement de l'autonomie lucide du sujet (« en toute connaissance de cause »), elles ne sont pas celles auxquelles nous nous intéressons. En effet, le postulat de notre analyse, s'appuie sur l'acte volontaire c'est-à-

---

<sup>96</sup> C. Robert, *Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale*, Faculté de Médecine Paris Descartes, Paris, 2013.

<sup>97</sup> R. Crespin, « Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques », *Sciences sociales et sante*, 2016, Vol. 34, 4, p. 45-69.



dire « la faculté de l'homme de se déterminer, en toute liberté en fonction de motifs rationnels, à faire ou à ne pas faire quelque chose »<sup>98</sup>. Ce qui nous intéresse dans l'acte volontaire, c'est précisément la motivation, l'intention autrement dit « le motif rationnel » dicible à l'œuvre à chaque étape du processus de décision médicale.

## 2. La transgression inévitable

---

La sociologie du travail n'a pas manqué d'analyser **le décalage permanent, l'inadéquation irréductible entre la tâche prescrite et la tâche réalisée. La transgression questionne de manière ontologique l'accomplissement effectif de l'activité qui « ne s'accommode jamais d'un respect absolu des règles. Celles-ci sont au minimum interprétées, ajustées, assouplies, au maximum ignorées ou violées »**<sup>99</sup>, tel est le point de départ empiriquement reconnu de l'ouvrage de Jacques GIRIN et Michèle GROSJEAN sur la transgression des règles au travail.

Philippe CLOAREC<sup>100</sup>, par exemple, observe et analyse le travail infirmier et sa capacité adaptative. Il constate que l'infirmier peut « ajuster » les normes prescriptives (protocoles par exemple) soit pour répondre à la singularité de la relation établie avec le soigné soit « pour se préserver » (aisance du travail). **La transgression adaptative n'est pas vécue comme un affranchissement notable des protocoles, fiches techniques ou autres, elle traduit un « arrangement » acceptable induit par une tension entre la règle formelle descriptive et la réalité de la pratique vécue souvent alimentée d'ailleurs par l'expérience.**

### a. La transgression ergonomique

---

Pour « Comprendre le travail de soins à l'hôpital »<sup>101</sup> Laurence SEFERDJELI et Fabienne TERRANEO restituent de manière parfaitement claire et juste la problématique qui mène inexorablement à la transgression : « **les protocoles constituent des normes idéales dans les manières de faire ; ils supposent implicitement que l'environnement et l'organisation du travail fournissent les conditions de leur utilisation en termes de temps, d'espace, de matériel, de ressources humaines, etc. ce qui n'est de loin pas toujours le cas.** »<sup>102</sup> La

---

<sup>98</sup> CNRTL

<sup>99</sup> Jacques Girin et Michèle Grosjean (eds.), *La transgression des règles au travail*, op. cit., p. 5.

<sup>100</sup> P. Cloarec, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité », art cit.

<sup>101</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », art cit.

<sup>102</sup> *Ibid.*

transgression que nous appellerons « **transgression ergonomique** », on le comprendra sans aucun doute est une « transgression inévitable » dans le sens de GROSJEAN c'est-à-dire **une transgression contrainte pour « tout simplement pouvoir travailler, faire fonctionner l'organisation »**. Elle relève de la tension entre la généralité théorique des cas couverts par une norme prescriptive et l'aléa de l'action que GROSJEAN qualifie de toujours « située » c'est-à-dire soumise à l'aléa, la variabilité, la complexité, la réalité, etc. Bref, le réel.

Elle relève également dans l'autre sens de la caducité encore trop souvent niée de l'entreprise de standardisation du travail humain : « Les cahiers des charges, les projets institutionnels, les descriptifs des professions, les protocoles et procédures, les discours de la formation sont élaborés pour décrire le travail. Mais ceux-ci quel que soit le niveau de détail auquel ils s'efforcent d'accéder, ne parviennent jamais à dire ce que font concrètement, réellement les travailleurs quand ils travaillent. »<sup>103</sup>

Historiquement il faut rendre à TAYLOR ou FORD, l'idée d'une superposition possible entre la prescription et l'exécution, l'idée que l'efficacité<sup>104</sup> de la production serait optimisée par l'obéissance à des règles scientifiquement élaborées. Ces auteurs sont souvent mobilisés pour qualifier la « protocolisation croissante » de l'activité soignante. On évoque le « fordisme hospitalier » ou le « taylorisme hospitalier » pour qualifier la réorganisation du travail dans la médecine moderne selon une division verticale (dissociation entre la conceptualisation des décisions, des tâches et leur réalisation) et également une segmentation horizontale (simplification de la tâche et répétition, modélisation standardisée de la décision reproductible). Ainsi élaborées, la décision et la tâche standardisées donnent lieu à une série d'évaluations quant à la conformité, l'efficience, la qualité, la sécurité...etc. Dans cette perspective, on « considère le travail comme reproduction du même à l'identique. La norme et la procédure doivent s'appliquer littéralement et tous les écarts vis-à-vis de cette norme seront considérés comme autant de déviations qu'il sera nécessaire d'éradiquer »<sup>105</sup>.

Pourtant, en sociologie du travail, il est aujourd'hui acquis que « le travail se définit fondamentalement par cet écart qu'il y a entre les prescriptions et le travail effectif. Les prescriptions peuvent prendre plusieurs formes : ce sont, par exemple les procédures, les

---

<sup>103</sup> *Ibid.*

<sup>104</sup> « efficacité » comprise au sens d'efficience et rentabilité

<sup>105</sup> J. Dumesnil, *Art médical et normalisation du soin*, Presses Universitaires de France, 2011, p.34.

règlements, les modes opératoires diffusés par l'Institution qui, dans un souci d'organisation du travail, cherche à imposer un certain nombre de tâches, un certain nombre d'objectifs à atteindre ainsi que le chemin qu'il faut suivre pour atteindre ces objectifs. En réalité, ce que l'analyse du travail permet d'affirmer c'est que tous les gens qui travaillent ne respectent pas les procédures, ne respectent pas les prescriptions et font ce qu'on appelle techniquement le travail effectif. Cet écart est irréductible, il est cela même qui constitue le travail, car les études montrent que si les gens exécutent strictement les consignes, les prescriptions, « ça ne marche pas ». »<sup>106</sup>

Cette catégorie de transgression serait relative à deux conceptions antagonistes du travail : « l'une considère le travail comme reproduction du même à l'identique. La norme et la procédure doivent s'appliquer littéralement et tous les écarts vis-à-vis de cette norme seront considérés comme autant de déviances qu'il sera nécessaire d'éradiquer. L'autre considère le travail comme altération, créativité, innovation. L'esprit d'initiative et l'autonomie (c'est-à-dire « autos nomos », soit la capacité de produire soi-même de nouvelles normes ou de nouveaux standards) seront autant valorisés dans ce modèle qu'ils sont dévalorisés dans le précédent »<sup>107</sup>.

Si l'Institution incite à une conception positiviste de la décision comme « la reproduction fidèle d'un standard ou l'application stricte de la norme qualité », c'est que, pour elle, la pratique peut être pleinement subordonnée à la théorie. « Dans l'autre représentation, la transgression ou l'altération de la norme de travail par les travailleurs eux-mêmes sont perçues comme facteurs d'innovation et de créativité, c'est-à-dire qu'ici l'activité pratique des travailleurs forge la théorie future. En somme, dans ce modèle, c'est l'action qui forge le savoir, soit l'exact contraire du précédent. » C'est la valorisation herméneutique de la décision et de la pratique soignante que l'argument de l'intention éthique -lorsqu'il est mobilisé par l'acteur- semble valoriser dans la transgression ergonomique.

#### b. La transgression « pour l'art médical » : exemple de l'EBM

---

**Dans le contexte de la décision médicale, la transgression ergonomique est donc induite concrètement à notre sens, par la tension constante, irréductible, entre le « général de la**

---

<sup>106</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », art cit.

<sup>107</sup> J. Dumesnil, *Art médical et normalisation du soin*, op. cit.

**norme » et « le singulier du soigné », entre la tâche théorique et la tâche réelle qui se traduit notamment dans les tentatives de conversion scientifique dans les discours sur la légitimité des normes.** Le problème se pose par exemple dans l'organisation hospitalière lorsqu'il s'agit de « Gérer la singularité à grande échelle »<sup>108</sup>.

La littérature sur le sujet fait légion dans la philosophie de la médecine depuis la révolution paradigmatique impulsée par Georges CANGUILHEM, modernisant le débat de **la conciliation de la science et de l'art dans la décision médicale** dans le concept de **normativité**.

En effet, « La vérité médicale »<sup>109</sup> n'est pas une vérité seulement scientifique de même la décision ne peut être réduite à la mise en œuvre d'une formule ou d'une loi. Et Louise LAMBRICHS de préciser : « Tel est en effet le paradoxe de la méthode scientifique, qu'elle a été à l'origine de progrès considérables en médecine, mais à sens unique : ne permettant d'établir un lien de causalité que dans un sens, allant du physique, vers le psychique. (...) si les progrès de la médecine scientifique sont statistiquement –au niveau de la collectivité– indiscutables, c'est à des individus, lui, qu'il a affaire, à une multitude de cas particuliers à la demande desquels la médecine scientifique n'a bien souvent pas de réponse satisfaisante à offrir. »<sup>110</sup> **L'exigence scientifique est trop souvent comprise par les institutions normatives non seulement comme outil de standardisation de la pratique soignante mais aussi comme vérité dont la nature suffirait à établir l'évidence, la légitimité et la portée d'une application unilatérale des normes qu'elles produisent.**

La nature de l'explication de cause à effet et les normes de modélisation que partagent les sciences, fondent une vérité relevant du déterminisme mais la science a largement révisé son caractère de certitude, notamment depuis Karl POPPER et son travail sur la falsification ou plus prosaïquement l'acceptation du hasard en mécanique quantique, en cinétique des gaz ou concernant l'hérédité par exemple. Elle s'identifie elle-même aujourd'hui comme un « scepticisme organisé ». Plus encore, une cause scientifique d'un phénomène n'est pas une responsabilité humaine, or la décision médicale, si elle devait être réduite à la science

---

<sup>108</sup> (Etienne) Minvielle, « Dossier : Gérer la singularité à grande échelle. », *GESTIONS HOSPITALIERES*, 1998.

<sup>109</sup> L.L. Lambrichs, *La vérité médicale: Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*, Paris, A. Fayard-Pluriel, 2013.

<sup>110</sup> *Ibid.*, p. 217.

exprimée par des normes, resterait aveugle et sourde à la conscience à l'œuvre dans sa finalité.

Dans le champ de la décision médicale l'Evidence Based Medicine a acquis une importance considérable alimentée par la volonté de proposer « une façon rigoureuse, consciencieuse et judicieuse d'utiliser les preuves les plus récentes et de plus haut niveau pour les décisions concernant le soin d'un individu ». Si les pionniers de l'EBM avaient imaginé un outil d'appui à l'autonomie et à l'expérience décisionnelle du médecin, celui-ci a progressivement été détournée de son objectif pour servir la normalisation du soin. Elie AZRIA résume la critique de ce détournement : « Il s'agissait en fait de satisfaire une volonté explicite des autorités de tutelle et des organismes assureurs, de standardiser les pratiques médicales pour mieux en contrôler les risques et les coûts suivant les principes du *new public management*. Pour gérer la santé au même titre que tout processus industriel, il fallait être en mesure de standardiser les pratiques des agents. L'EBM a été l'outil de cette volonté normalisatrice et procédurale ; elle a ainsi progressivement renoncé à sa mission initiale – former les soignants et leur garantir une certaine autonomie critique face à une connaissance scientifique difficile à manier – pour privilégier son versant producteur de recommandations, référentiels et protocoles de prise en charge en tout genre. Ce faisant, l'EBM est rapidement devenue le nom générique d'un système aux atours de rationalité scientifique, producteur et prescripteur de normes médicales. »<sup>111</sup> Or le problème d'une telle démarche réside précisément dans l'utilisation de la rationalité scientifique comme vecteur de certitude induisant un contrôle et une standardisation toujours plus aigus.

Tout a été écrit ou presque sur l'EBM, sur la tension entre sa nécessité scientifique malgré sa perfectibilité et également son insuffisance ou son caractère inapte face à une décision d'agir, rappelons-le, toujours située non seulement dans un contexte, dans la singularité d'un soigné, mais aussi et surtout dans un colloque singulier. Fondamentalement, « lorsque l'EBM, de manière rigoureuse, dans des essais cliniques réalisés sur des cohortes de patients, produit des connaissances, elle est dans son rôle épistémique. Quand elle propose des recommandations, elle a une ambition pratique qui est problématique, car à la différence de l'ambition épistémique qui repose sur l'analyse de cohortes de patients pour expliquer des phénomènes passés, l'ambition pratique s'adresse à un individu : l'effet d'une prescription

---

<sup>111</sup> É. Azria, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », art cit.

représente une prédiction qui porte sur le futur et qui est donc obligatoirement contingente. »<sup>112</sup>.

La prise de distance avec l'EBM, son contournement ou même une « désobéissance » claire et assumée concernant la décision, la prescription<sup>113</sup> ou la prise en charge sont autant de transgressions connues et pratiquées dans certaines situations singulières avec discernement et responsabilité. La transgression des règles de recommandations de l'EBM exogènes à la situation singulière et unique de la décision médicale d'un médecin ou d'un service pour un soigné unique est défendue ou relayée<sup>114</sup>. Cette transgression dont les risques sont mesurés et maîtrisés, qui a vocation compassionnelle ou qui est relative à l'expérience, traduit la **nécessité d'adaptation des normes à une réalisation pratique**. Elle résulte de l'exigence de l'esprit critique conscient **qu'on ne peut remplacer l'intelligence pratique par une décision théorique, abstraite et procédurale modélisée par des normes scientifiques, des algorithmes préétablis**. Elle manifeste l'expression du jugement qui arbitre entre des arguments théoriques et des arguments pratiques et humains<sup>115</sup>. Ce qui faisait dire il y a plus d'un siècle au grand clinicien de l'Hôtel Dieu, Armand TROUSSEAU : « Quand vous connaîtrez les faits scientifiques, gardez-vous bien de vous croire médecin. Il n'appartient pas à tous de devenir des artistes. »

Finalement, la transgression pour la réalisation de « l'art médical » est une expression de l'adaptation des normes théoriques au travail pratique qui traduit le refus par le professionnel d'adhérer, comme nous le préciserons plus tard, à une confusion coercitive de deux fonctions de la norme telle qu'elle peut être interprétée lorsqu'elle est portée par l'EBM, celle de guider et celle de contrôler.

### c. La transgression intégrative

---

L'adaptation des normes théoriques à la réalisation de l'action pratique peut donc être individuelle mais elle peut être aussi collective confirmant l'importance du rapport social au

---

<sup>112</sup> G. Reach, « La médecine, un art de la complexité », *Académie Nationale de Médecine*, 2018.

<sup>113</sup> G. Moutel, « Prise en charge de la douleur et evidence-based medicine : vers un... », *La Lettre du Cancérologue*, 2008, 27, 3, p. 113-114.

<sup>114</sup> Guiraud-Chaumeil, *Les hôpitaux universitaires en l'an 2000*, Toulouse : Privat., 1996.

<sup>115</sup> G. Moutel, « Prise en charge de la douleur et evidence-based medicine : vers un... », art cit.

travail dans l'appropriation des normes. Ainsi la transgression adaptative relèverait également de la socialisation, de l'intégration sociale à un service c'est-à-dire de l'établissement d'une culture locale tant professionnelle qu'institutionnelle. CLOAREC constate : « lorsqu'un nouveau membre intègre une équipe de travail, il peut s'appuyer sur les règles formelles communes à tous les soignants et dont certaines sont présentées dans un classeur type « référentiel de pratiques de soins ». Mais, elles ne lui suffiront pas, il faudra que les membres de l'équipe lui transmettent les règles informelles du lieu. Ces dernières concernent l'ajustement des normes « officielles », plutôt d'ordre général, aux moyens disponibles et à la particularité des patients du service. Le nouvel arrivant se socialise ainsi en tension entre deux types de règles parfois contradictoires. »<sup>116</sup>. La tension entre la norme « officielle » et la norme « de service » peut induire un fort niveau de transgression d'autant plus lorsqu'il s'agit des normes morales (Cf. Infra).

La transgression intégrative relève de la fidélité à un sous-groupe. Ce type de transgression est particulièrement prégnante dans le travail en équipe au sein des services. En effet, l'institution hospitalière peut être considérée sous un certain angle comme « une somme de plusieurs sous-groupes ayant une unité propre »<sup>117</sup> se traduisant par des sous-cultures ou « subcultures » qui se superposent aux structures normatives collectives. Intégrer un service c'est donc intégrer une subculture dont il s'agit non seulement d'apprendre, d'adopter mais également d'appliquer les codes pour s'assurer d'être intégré socialement au sein du service qui tient à faire perdurer sa cohésion. La culture de service vise à pérenniser le travail en équipe par la transmission et la reproduction des normes qui peuvent être morales (Cf. infra), des valeurs mais également des pratiques inscrites dans « les règles du métier ».

Plus largement, pour reprendre l'hypothèse de MERTON<sup>118</sup>, la profession médicale a sa propre culture normative c'est-à-dire un « ensemble d'idées partagées et transmises, de valeurs et de critères de pratique (standards) vers lesquels les membres de la profession doivent orienter leur comportement. » Il définit cette socialisation professionnelle comme « le processus par lequel les individus sont initiés à leur culture, ce qui comprend des attitudes,

---

<sup>116</sup> P. Cloarec, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité », art cit.

<sup>117</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, op. cit., p. 136.

<sup>118</sup> *The Student-Physician* — Robert K. Merton, George G. Reader, Patricia Kendall | Harvard University Press.

des valeurs, de l'habileté technique et des modèles de comportement constituant les rôles sociaux établis dans une structure sociale ». Cette socialisation professionnelle qu'elle soit générale et portée par l'enseignement<sup>119</sup> notamment ou plus confidentielle comme celle d'intégration à un service, implique dans tous les cas une assimilation des normes et contre-normes qui permettent de « fonctionner » au mieux. Il ne s'agit pas de penser une théorie abstraite de la culture professionnelle ni même de penser un service hospitalier tel un microcosme social ayant préétabli son fonctionnement de manière explicite et dissidente, mais davantage de mettre à jour une contrainte simple de sociabilité : intégrer la subculture du groupe y compris et surtout dans la dimension qui nous intéresse, la subculture normative qui ré-agence, interprète et parfois transgresse collectivement et empiriquement les normes générales établies. Autrement dit, « si l'on déroge à la règle, c'est au nom des règles internes de solidarité d'un groupe qui se définit en opposition aux pressions extérieures. La prééminence de la logique de groupe explique qu'une solution à un problème sera d'abord recherchée en son sein, par le biais d'arrangements avec la règle administrative. »

Plus prosaïquement, cette subculture se manifeste par une « pression de l'environnement »<sup>120</sup>, par la « peur de se mettre ses collègues à dos », voire même par une « culpabilité » face à des « évidences »<sup>121</sup> de pratique, des « attitudes stéréotypées », des « attitudes de services » sur le plan méthodologique au point de constituer « une limite franche » à l'idéal d'autonomie du soignant.

Finalement, les règles de fonctionnement imposées par un groupe peuvent avoir une forte garantie normative, elles induisent une transgression dans les pratiques qui se mettent alors au service de la caste professionnelle avant d'être au service de l'Institution.

#### d. La transgression par acrasie : exemple de la médecine du don

---

---

<sup>119</sup> I. Baszanger, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 1981, 22, 2, p. 223-245.

<sup>120</sup> C. Llambrich et C. Pouteau, « Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2017, 44.

<sup>121</sup> J.-L. Chopard et S. Frache, « 14 mars 2017 L'éthique, les règles, la transgression : qu'est-ce que « faire de l'éthique » ? - EREBFC », art cit.



Renaud CRESPIN<sup>122</sup> analyse la façon dont les personnels de l'Établissement Français du Sang (EFS) se sont appropriés les normes et les instruments des réformes mises en œuvre dans les années 90 suite au profond bouleversement des pratiques provoqué par l'affaire du sang contaminé. Il établit le constat d'un passage d'une autonomie cadrée des Centres de transfusion sanguine (CTS) qui leur permettait de définir leurs propres procédures en fonction de leur expérience et de leurs besoins à des normes exogènes de plus en plus contraignantes. Ainsi, « en quelques années, elles passent d'un guide de recommandations élaboré par une association de responsables de prélèvement (...) à un référentiel professionnel piloté par l'Agence française du sang (AFS) » pour enfin s'établir sous une « forme emprunte au domaine juridique ». La dynamique de judiciarisation et l'exigence de scientification des années 2000 n'a pas manqué de favoriser, comme nous l'avons déjà évoqué, l'implantation et le déploiement du *New Public Management*<sup>123</sup> avec son cortège de procédures et le durcissement du cadrage normatif. Son étude apporte un éclairage précis sur les motivations et la nature de certains actes transgressifs mais plus encore, il conforte clairement l'idée que plus l'étau normatif se resserre sur la pratique des médecins, plus les raisons de la transgression se renforcent établissant sa légitimité dans l'intérêt du donneur par exemple<sup>124</sup>. Plus précisément, les médecins « établis » adhèrent dans un premier temps à la rationalisation des pratiques y voyant l'opportunité d'améliorer la qualité et la sécurité des actes, mais comme dans d'autres domaines, plus la rationalisation amène des normes « exogènes », plus les experts prennent le contrôle en dépit de la « participation promise », plus la logique insidieuse de prescription des règles place le médecin dans une position de simple exécutant (« on se sent dépossédé »), induisant ses sentiments de malaise et d'inquiétude.

Dans ce contexte, semble s'installer parfois une forme de « **transgression par acrasie** ».

**ARISTOTE dans le livre VII de l'Éthique à Nicomaque qualifiait l'akrasia** comme une action contraire au jugement. **L'agent sait où est le meilleur selon lui, mais agit**

---

<sup>122</sup> R. Crespin, « Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques », art cit.

<sup>123</sup> Y. Chappoz et P.-C. Pupion, « Le New Public Management », *Gestion et management public*, 2012, Volume 1/n°2, 2, p. 1-3.

<sup>124</sup> R. Crespin, « Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques », art cit, p. 53.

**contrairement à ce principe : il y a une contradiction entre l'action effective et le principe de cette action.**

Confrontés à « une surveillance accrue de leurs pratiques par le biais de la démarche qualité, de l'enregistrement écrit de leurs décisions, des différentes fiches de conduite à tenir pour recenser et renseigner l'ensemble des incidents de collecte », le rapport des médecins au travail est affecté. **Leur attention peut être déplacée de la pratique du *soin* vers l'ajustement de leur pratique par anticipation au contrôle de l'Institution** : « avant on avait le souci de bien faire, maintenant on a peur de faire mal » ! Et inversement, sous la plume de Stéphane VELUT<sup>125</sup> : « l'administrant finit par penser que son propre travail, qui ne produit concrètement rien, participe du soin. ».

**Ce qui est franchi insidieusement c'est le périmètre qui définit les valeurs mêmes de la décision et de la pratique médicales, ce que Paul RICOEUR évoque par l'expression « norme des normes »** (Cf. infra). En effet, la décision et la pratique devraient être orientées vers la réalisation du soin dans la recherche du « bien-être du patient », selon la logique du bien public et non de manière *conséquentialiste* vers une réponse anticipée au contrôle et l'évaluation. Il s'agit d'une situation plus complexe qu'un simple déplacement de l'intention ou de la motivation vers un but rationnel individualiste de valorisation ou d'absence de sanction. On devrait plutôt analyser la « transgression par acrasie » comme une transgression inévitable, motivée par la « crainte » qui modélise la réalisation sur les exigences d'un jugement à venir, une sorte d'*applicationnisme* sous forme de « servitude volontaire » ancrée dans la crainte de la sanction. Seulement « la crainte de la sanction institutionnelle » est une émotion, une variable parasite de la décision médicale qui l'emporte sur le discernement c'est-à-dire sur la faculté qui est donnée à l'esprit ou qu'il a acquise par l'expérience, d'apprécier les choses selon leur nature et à leur juste valeur, d'en juger avec bon sens et clarté<sup>126</sup>. Les exigences induites par la force prescriptive peuvent ainsi obscurcir l'intention, mais la raison elle, prostrée dans le regret d'une intention éthiquement fondée, n'en sort jamais indemne ! Rester dans le chemin d'une norme exogène qui perd son sens dans la pratique c'est prendre le risque de la transgression des valeurs de la médecine mais aussi de la trahison de soi. Cette tension entre la norme réalisée et l'intention éthiquement fondée se

---

<sup>125</sup> S. Velut, *L'hôpital, une nouvelle industrie*, Gallimard., 2020, p.24.

<sup>126</sup> CNRTL

traduit trop souvent par le « brown out » des soignants c'est-à-dire une baisse de l'engagement résultant d'une perte de sens au travail, d'un manque de compréhension du pourquoi de leur mission et d'une absence de mise en perspective de leurs tâches. Les personnes en brown-out travaillent alors sans réellement se préoccuper de la qualité de ce qu'elles produisent et démissionnent mentalement de leur poste<sup>127</sup>. Finalement, « on peut se demander si cette forme de normalité ne serait pas mieux caractérisée par le terme de normopathie. C'est-à-dire comme un aménagement grâce auquel il serait possible de consentir à servir, en s'épargnant la souffrance du conflit psychique. La normopathie serait, dans cette perspective, une tentative pour rendre compte au niveau métapsychologique de ce que La Boétie analysait en termes de philosophie morale et politique sous le nom de servitude volontaire »<sup>128</sup>, ce que nous pourrions appeler un effet du contrôle social contemporain.

#### e. La transgression par adiaphorie : exemple de l'information et du consentement

---

L'adiaphorie en langage médical, est une absence de réponse à un stimulus. En philosophie c'est une absence d'intérêt qui se traduit par de l'indifférence, autrement dit une absence d'émotion. **La transgression par adiaphorie qualifie selon nous une transgression par manque de « bonne volonté », plus précisément une application formelle dénuée d'émotion éthique, ne s'encombrant pas d'une réflexion concernant l'Esprit de la Lettre en quelque sorte.**

Par exemple, il serait tentant d'opérer un réductionnisme procédural et légal concernant les normes encadrant le consentement. En effet, le consentement - et le refus de consentir - est une expression fondamentale et complète de la liberté de l'homme. Dans le champ médical, il est aujourd'hui acquis que les atteintes à l'intégrité corporelle et psychique de la personne doivent toujours être réalisées avec son assentiment. Au niveau historique, le code de Nuremberg constitue le premier texte à prétention universelle en affirmant notamment la nécessité du consentement, celui-ci fut doté de la contrainte de l'information par la

---

<sup>127</sup> A. Lacan, *Le brown-out, ce nouveau fléau dans l'entreprise*, <https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2019/04/25392-le-brown-out-ce-nouveau-fleau-dans-lentreprise/>.

<sup>128</sup> C. Dejours, « La folie de la norme », art cit.

déclaration d'Helsinki en 1964. Ces deux principes d'information et de consentement seront réaffirmés dans le rapport Belmont de 1979, dans la loi Huriot-Sérusclat de 1988 pour être consacrés en France d'abord par les lois de bioéthique de 1994 puis la loi Kouchner de 2002, et enfin les lois Léonetti (2005) et Léonetti-Claeys (2015) soutenues activement par le CCNE.

Cette longue maturation historique a inscrit le consentement dans le socle même du droit et de la décision médicale mais elle a aussi permis d'établir l'information comme *substratum* du dit consentement. Aujourd'hui, il est acquis que le consentement nécessite trois conditions irrévocables :

- Il doit être libre : condition de la capacité d'exercice du droit, de la volonté rationnelle et lucide de la personne (autonomie),
- Il doit être éclairé : il nécessite une information préalable claire, loyale et adaptée,
- Il peut se traduire également par le refus ou la révocation.

Pourtant ainsi défini, le consentement dépasse la simple notion contractuelle, il revêt une dimension principielle tout aussi essentielle que la lettre : l'Esprit de la Lettre. La littérature ne manque pas de lever les problématiques quant aux conditions du recueil de ce consentement dans les situations d'extrême vulnérabilité de certains soignés mais elle montre aussi que lorsque ce consentement peut être recueilli, il n'en demeure pas moins parfois équivoque.

En effet, quand bien même le contrat est explicite et écrit comme par exemple dans la recherche médicale, si le niveau relationnel fondé sur le respect de l'autonomie de la personne humaine est négligé ou ignoré, ce consentement peut finir par apparaître comme un artifice et « croire qu'en toute situation, on pourrait fonder la légitimité de l'acte de recherche sur la seule information et sur le consentement est illusoire. Ce serait en effet, d'une part méconnaître l'importance de la confiance implicite qui se tisse entre médecin et patient et, d'autre part, ne pas considérer les situations cliniques où les patients ne peuvent exprimer un consentement jugé valide »<sup>129</sup>. Cette « confiance », ce « respect » sont l'Esprit de la Lettre au sens où il serait dangereux et transgressif de réduire le consentement et l'information du patient à une sécurité juridique.

---

<sup>129</sup> G. Moutel, « Éthique de la recherche biomédicale - Quelles questions sur l'information des patients ? », *médecine/sciences*, 2013, 29, 2, p. 206-210.

Cet aspect de la transgression est particulièrement difficile à cerner et surtout à déceler mais elle est sans nul doute une expression de la barbarie contemporaine induite par une forme de soumission malsaine à la puissance et à la densification normatives. Pierre LE COZ l'exprime avec justesse : « Ce ne serait pas sans raison que l'on pourrait voir dans cette désubstantialisation de l'exercice de la pensée (ramenée qu'elle serait à la fonctionnalité d'une procédure mentale de contrôle empirique) une forme subtile et inédite de barbarie. Le médecin qui s'en tiendrait au moment juridique de la décision se bornerait à vérifier l'accord entre ce qu'il décide et ce que le droit lui permet. Seule une compréhension philosophique du fondement des règles du droit peut situer la justification de la décision médicale sur le terrain de l'éthique. »<sup>130</sup>

### 3. La transgression ordinaire<sup>131</sup>

---

A propos de ces transgressions inscrites ontologiquement dans la réalisation du travail ou dans la réalité singulière de la décision, Olivier BABEAU, s'inspirant des travaux de Louis ATLER nous propose le concept de la transgression ordinaire : « La déviance ordinaire n'est pas passagère, mais permanente ; elle n'est pas limitée à quelques uns, mais majoritairement répandue ; elle est notoire aussi, car nul n'en ignore l'existence ; et enfin elle ne concerne pas les déviances graves (comme les crimes par exemple). La différence essentielle cependant ne réside pas dans les formes particulières de manifestation mais dans le mécanisme dans lequel elles s'inscrivent. »<sup>132</sup>. Elle se loge dans les tensions que nous avons relevées entre le souhaité, le souhaitable, le réalisable, le possible, le réalisé. Elle se déploie telle un arbitrage entre la théorie normée de la décision médicale et sa réalisation, entre tâche et activité, entre prescrit et réel. Et c'est pourquoi elle est omniprésente et s'inscrit dans les décisions courantes de manière récurrente.

De ce point de vue, elle pourrait sembler en contradiction, comme le remarque Olivier BABEAU, avec un aspect définitionnel du terme<sup>133</sup> de transgression. En effet, la transgression

---

<sup>130</sup> P. Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*, Seuil., 2007, p.31.

<sup>131</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, *op. cit.*, p. 250.

<sup>132</sup> O. Babeau, « Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés de conseil en management », 2007, p.261.

<sup>133</sup> Cf. p14.

notamment sous le terme social de déviance a porté jusque dans les années quarante, la caractéristique de l'inhabituel, de l'atypique pour beaucoup d'auteurs. Alors comment un phénomène longtemps et souvent défini comme inhabituel peut-il être qualifié d'ordinaire ?

Nous avons vu dans plusieurs types de transgression adaptative relevant de l'ergonomie, que la transgression est sue et pratiquée de manière ouverte. Elle peut s'installer dans l'usage quotidien, devenir régulière, habituelle et c'est précisément ce « phénomène notoire » qu'Olivier BABEAU qualifie de « transgression ordinaire ».

La transgression ordinaire est induite par la dissociation entre le domaine des pratiques ouvertement approuvées et régulées et celui des impératifs réels d'action. Connue de tous, non clandestine elle est l'objet d'un savoir commun dans « la profession » souvent issue de l'expérience « du terrain ». La transgression ordinaire dans la décision médicale se déploie comme une sorte de culture tacite de la non-conformité assumée, induite par la singularité des situations, par l'unicité des personnes concernées par la décision médicale, ouverte par la relation humaine extraordinaire<sup>134</sup> qu'implique le soin.

De ce point de vue, la catégorie des transgressions ordinaires sert la règle de la résolution de l'équation fin/moyens. Autrement dit, il s'agit pour l'acteur de la pratique médicale de mettre en œuvre des moyens illicites pour atteindre le but licite fixé par l'action médicale. Cet aspect conduit Olivier BABEAU à préciser sa définition : « On ne peut caractériser « d'ordinaires » que les actions dont la répétition sur le long terme n'ont pas un effet létal sur l'organisation. La transgression est vue comme le franchissement reconnu d'une norme mais considérée par l'acteur comme acceptable et raisonnable compte-tenu des circonstances. L'acteur a « bonne conscience ».

Est-ce là une pratique de sauvegarde de l'autonomie décisionnelle du professionnel ou un « habitus » de la culture professionnelle ancrée dans l'efficacité ? Ou encore enracinée dans une hiérarchisation ad hoc des normes visant à accomplir la valeur supérieure du bien du patient ? Voilà qui mériterait également d'être confirmé par une enquête de terrain car « Le réel, dit DEJOURS, c'est « ce qui, dans le monde, se fait connaître par sa résistance à la maîtrise technique et à la connaissance scientifique [... et qui] s'appréhende d'abord sous la forme de l'expérience au sens d'expérience vécue. »<sup>135</sup>

---

<sup>134</sup> Qui se produit d'une manière imprévisible en dehors du cours ordinaire des choses (CNRTL)

<sup>135</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », art cit.

### III. LA TRANSGRESSION NORMATIVE

---

« De la même manière qu'il n'existe pas en pratique de séparation entre l'obéissance à la règle et sa transgression, il n'est pas possible de séparer de manière binaire le domaine de la déviance ordinaire de celui de la déviance extraordinaire. »<sup>136</sup> Ainsi certaines transgressions s'affirment comme isolées, situées dans un contexte particulier. Ces transgressions sont expliquées, justifiées par des motifs formulés prudemment sous le qualificatif de la singularité. Pourtant elles ne sont, en réalité, pas rares et concernent tous les aspects de la décision médicale mais elles ont pour point commun de se jouer de manière critique dans l'élaboration de la décision et non dans la réalisation de celle-ci. Elles mobilisent des motifs relatifs à des valeurs ancrées dans la représentation de l'activité professionnelle qui conduisent à la possibilité d'une justification rationnelle et lucide. **Ainsi nous entendons par « transgression normative », la transgression qui, s'affranchissant des normes exogènes institutionnelles, reconstruit ou répond à des normes endogènes dans l'intention et la motivation de la décision médicale à la différence de la transgression adaptative dont le champ est celui de la réalisation.** Par exemple, « on pourrait penser que l'intérêt du patient, personne malade, souffrante, justifierait que les règles soient respectées, mais c'est justement au nom de cet intérêt que les soignants justifient bien souvent leur transgression. Déjà Smith, cité par Carricaburu et Ménoret (2004), en 1958 défendait l'idée qu'il « n'existe pratiquement aucune routine administrative instituée dans les hôpitaux qui ne puisse être, et ne soit en fait, souvent violée ou contrecarrée, par un médecin pour cause d'urgence médicale, ou par quiconque agissant pour le médecin, qui fait état de la même nécessité médicale ». <sup>137</sup>

Dans la littérature, l'existence de normes supérieures pour l'individu semble un facteur non seulement fréquent mais également justificatif de la transgression. Celle-ci est jugée par l'acteur au regard de sa « bonne volonté »<sup>138</sup>, et qui, même si elle relève pour une part de

---

<sup>136</sup> O. Babeau, « LE MANAGER ET LA TRANSGRESSION ORDINAIRE DES REGLES », art cit, p. 263.

<sup>137</sup> P. Cloarec, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité », art cit.

<sup>138</sup> « De tout ce qu'il est possible de concevoir dans le monde, et même en général hors du monde, il n'est rien qui puisse sans restriction être tenu pour bon, si ce n'est seulement une BONNE VOLONTÉ. L'intelligence, le don de saisir les ressemblances des choses, la faculté de discerner le particulier pour en juger, et les autres talents de l'esprit, de quelque nom qu'on les désigne, ou bien le courage, la décision, la persévérance dans les desseins,

l'adaptation au carcan de normes instituées de la décision médicale, se caractérise par l'existence et le suivi d'une norme estimée supérieure à celles-ci et qui conduit à les enfreindre. **La transgression normative signifie un réagencement hiérarchique des normes qui réactualise la norme comprise comme idéal. Objet de la conviction de l'acteur, cette transgression n'est cependant pas identifiée comme une dissidence** au sens où elle s'opposerait aux normes instituées qui seraient jugées comme « injustes » et que la faiblesse de l'ensemble institutionnel pourrait justifier.<sup>139</sup> La transgression normative peut être identifiée comme effet de la densification normative ou de la distorsion normative, qu'elle tente de réorienter ou de minimiser.

### 1. Densification normative et liberté professionnelle

---

Analyser la motivation transgressive ne peut se faire en dehors du contexte singulier à l'activité médicale, d'une abondante littérature de sociologie déployant une controverse constante et tenace cristallisée dans une opposition entre « la rationalisation des pratiques médicales », « la standardisation du soin », « la quantification », « la normalisation », « la mesure de l'activité médicale », « la dérive gestionnaire », l'abus du « pouvoir néo-managérial », « l'implantation du *New Public Management* » et « la liberté d'exercice », « la singularité du malade », « la liberté de prescription »...etc.

D'une manière générale le développement croissant du corpus de normes médicales autrement dit la densification normative, tend de plus en plus à être perçue par une partie des professionnels comme un ensemble de « contraintes tayloriques » (Cf infra), un dispositif de contrôle c'est-à-dire « tout ce qui a d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les

---

comme qualités du tempérament, sont sans doute à bien des égards choses bonnes et désirables ; mais ces dons de la nature peuvent devenir aussi extrêmement mauvais et funestes si la volonté qui doit en faire usage, et dont les dispositions propres s'appellent pour cela caractère, n'est point bonne. (...) Ce qui fait que la bonne volonté est telle, ce ne sont pas ses œuvres ou ses succès, ce n'est pas son aptitude à atteindre tel ou tel but proposé, c'est seulement le vouloir ; c'est-à-dire que c'est en soi qu'elle est bonne; et, considérée en elle-même (...) » Emmanuel Kant, « Fondements de la métaphysique des mœurs », p.87, éd. Delagrave.

<sup>139</sup> O. Babeau, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, op. cit., p. 149.



conduites, les opinions et les discours des êtres vivants »<sup>140</sup>. **La densification normative serait vécue comme une confiscation de l'autonomie décisionnelle, comme une entrave à la liberté d'exercice dans l'intérêt du soigné.**

Pour illustrer la perte d'autonomie des soignants, Julien DUMESNIL<sup>141</sup> revient sur les évolutions de ces dernières décennies. Il évoque également la révolution de l'Evidence Based Medicine, l'émergence de la doctrine du *New Public Management* ainsi que la judiciarisation croissante du monde médical. L'EBM, nous l'avons dit, s'est inscrite progressivement dans les esprits et dans les actes comme « la formalisation scientifique objective de la pratique soignante optimale », tandis que le *New Public Management* rationalisait économiquement le soin pour une efficacité accrue promouvant des procédures normalisées soutenues par des outils d'évaluation et de contrôle qualité ou qualité totale. Parallèlement les institutions normatives ont vu leur pouvoir s'accroître, renforçant ainsi leur valeur normative et surtout augmentant la densification normative. L'EBM est ainsi synthétisée sous la forme de Recommandations de Bonnes Pratiques, Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC), ou Recommandations par Consensus Formalisé (RCF) dont la fonction « guidante » glisse peu à peu vers la fonction de contrôle par la promotion de la sécurité et de la qualité. La puissance normative de l'Institution est telle que « l'autonomie des cliniciens pourrait bientôt se réduire à l'application de procédures standard et la pratique clinique être soumise à une évaluation permanente de conformité avec lesdits standards. »<sup>142</sup>. Pourtant nous avons vu la nécessité d'interprétation des normes dans une décision qui est toujours située, ainsi pour DUMESNIL, « c'est cet aspect herméneutique et artisanal de la pratique médicale qui semble potentiellement menacé par la logique de standardisation. »

Pourtant, « la HAS participe au processus de « normalisation » en santé. Il s'agit là d'un moyen d'améliorer la qualité du système de santé et le service rendu au patient, et un moyen de renforcer la confiance des usagers vis-à-vis de ce système de santé en co-construisant avec les professionnels et les patients les outils et référentiels adaptés. Au sein du processus de normalisation, la HAS dispose d'outils différents et la méthodologie est adaptée à chaque

---

<sup>140</sup> A. Giorgio, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*, p.31.

<sup>141</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, ERES, 2010.

<sup>142</sup> *Ibid.*, p. 699.

production, mais quelques principes fondamentaux s'appliquent systématiquement : EBM, travail avec les professionnels et les usagers, gestion des liens d'intérêts. Cela distingue la HAS d'autres organismes producteurs de normes, notamment pour la gestion des liens d'intérêt, particulièrement rigoureuse à la HAS. Ces normes ne sauraient toutefois dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences de l'utilisateur. »<sup>143</sup>. Alors si l'autonomie est laissée au soignant quant à la décision, pourquoi, malgré les arguments de la qualité et la sécurité, est-elle vécue comme « contrainte » ? Pourquoi le soignant ressent-il ou qualifie-t-il de « transgression » le non-respect de normes qui n'ont pas de prétention à être contraignantes ?

Sûrement parce que le contrôle se déploie dans la « fusion de la contrainte et de la liberté »<sup>144</sup>. En effet, si la garantie normative se fonde sur les impératifs de sécurité et de qualité, si la portée normative réside dans la collaboration avec les services, les dispositifs, les systèmes et donc l'Institution, alors toute décision irrégulière est perçue comme transgressive quand bien même elle serait légitimée éthiquement. Autrement dit le contrôle et, à l'autre extrémité, la transgression, relèvent d'une adhésion volontaire aux normes, ou d'une infraction que l'acteur produit pour ainsi dire « envers lui-même » au regard de l'intériorisation de ces normes. « Car ce système normatif opère dans tous les domaines au nom de l'impératif de sécurité, de gestion des risques individuels et collectifs, dans une transparence et par une grammaire de l'assentiment qui requiert une adhésion consentie à des dispositifs de contrainte »<sup>145</sup>.

**Ainsi, la densification normative cerce constamment l'intention et la réalisation de la décision par un flux continu de communication institutionnelle. L'acteur de la décision, « bien qu'en n'étant pas directement contrôlé, est constamment tenu de rendre ses actes compatibles avec les exigences de la toile institutionnelle sur laquelle sa vie se déroule »<sup>146</sup>.**

---

<sup>143</sup> C. Grenier et al., « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », *Les Tribunes de la sante*, 2020, N° 64, 2, p. 37-47.

<sup>144</sup> M. Lianos et M. Douglas, « Danger et régression du contrôle social : des valeurs aux processus », *Deviance et Societe*, 2001, Vol. 25, 2, p.20.

<sup>145</sup> R. Gori, *La fabrique des imposteurs*, Les liens qui lièrent., 2013, p.48.

<sup>146</sup> M. Lianos et M. Douglas, « Danger et régression du contrôle social », art cit, p. 34.

Ce bornage permanent, bien qu'il ne soit pas assorti de véritable coercition ou de sanctions explicites, crée une sensation d'oppression et de malaise lorsqu'il s'agit de prendre une décision qui sort des « rails normatifs » quand bien même cela se ferait sur la convocation de l'éthique du soin ou des principes plus abstraits de l'éthique tels que le principisme ou l'éthique de la responsabilité. **Enfin, protéger activement la liberté de la décision médicale comme valeur supérieure aux normes de la standardisation, c'est admettre le réel parce qu'il faut reconnaître que le simple rapport aux normes ne permet pas de qualifier le sens éthique d'une décision. « C'est toujours un sujet singulier – le professionnel – qui se doit d'agir, conscient d'un sens, d'un imaginaire à l'œuvre, d'une représentation sociale portant partiellement l'action tout en assumant le sens risqué qu'il déploie dans son propre agir »<sup>147</sup>. La valeur éthique d'une décision ne peut être déterminée par la seule capacité d'orientation dans le labyrinthe normatif.**

Enfin, la résistance à « l'imposture »<sup>148</sup>, la dénonciation de « l'hôpital, comme nouvelle industrie »<sup>149</sup> ou « la protocolisation croissante de la pratique médicale »<sup>150</sup> sont autant de formulations d'une inquiétude réelle : « L'idéal moderne de la relation médecin malade pourrait correspondre à un scénario de ce type : un médecin scientifique exposant « objectivement » les faits tels qu'ils se présentent et les options possibles à un malade libre et éclairé, choisissant en toute connaissance de cause, un soin rationnel ; le tout étant formalisé dans un contrat de soin. Nous voyons donc comment la technique et la « science médicale » peuvent, dans l'esprit de certains, constituer désormais l'espace de dialogue axiologiquement neutre (ou prétendu tel) pour une relation médecin malade « rationnelle ». L'ancien pouvoir, qualifié de subjectif – dans le sens où il était politique et moral – des médecins est ainsi peu à peu remplacé par la puissante normalisation « scientifique » des règles de travail. »<sup>151</sup>.

Plus encore, si la dimension humaine de la décision médicale est renvoyée à sa faillibilité et soumise au soupçon de prosélytisme politique et moral, si elle peut être à terme neutralisée

---

<sup>147</sup> D. Jacquemin, « La transgression : une expérience à penser pour construire la visée éthique de certaines pratiques cliniques », art cit.

<sup>148</sup> R. Gori, *La fabrique des imposteurs*, op. cit.

<sup>149</sup> S. Velut, *L'hôpital, une nouvelle industrie*, op. cit.

<sup>150</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, op. cit.

<sup>151</sup> J. Dumesnil, « I. Perte d'autonomie professionnelle ou fin d'un corporatisme archaïque ? », *Souffrance et théorie*, 2011, p.41.

par l'Institution, c'est que la relation médecin-malade dans ses évolutions ne s'oppose pas à la standardisation des pratiques, elle contribue au contraire à la renforcer. «A travers les exigences d'une médecine dans laquelle le patient serait « roi », à l'instar du consommateur, la relation médecin-malade trouve de plus en plus son terrain de dialogue dans une norme objective ou scientifique du soin. La relation contractuelle entre le prestataire de soin et le patient remplace peu à peu la relation de confiance, aujourd'hui dénigrée comme paternaliste »<sup>152</sup>.

## 2. **Densification normative et « norme des normes » : l'interhumain**

---

Mais plus encore **la densification normative exogène au colloque singulier est perçue comme une confiscation de « l'interhumain »** tel que qualifiée par Grégoire MOUTEL<sup>153</sup>. Pour lui, c'est « un terme qui vise à englober la relation interpersonnelle, la nature du regard porté sur autrui et le sens des actions réalisées avec et pour autrui. L'interhumain passe directement par la rencontre, l'action entre les individus, par leurs échanges. Il est fait de temps, de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. » Cette idée se retrouve sous différentes appellations comme « la prise en compte de la subjectivité », « pour la préservation de la relation médecin-malade », « la prise en compte de l'humain », « traiter le patient dans sa globalité »...etc. De fait, de manière transversale dans une grande fréquence de la littérature concernant le rapport du soignant à la force normative, le constat est récurrent : « En examinant l'opposition entre conceptions de la mesure de l'activité médicale, l'analyse qui y est présentée a en effet mis en évidence le fait que l'intention poursuivie par ceux qui élaborent et appliquent les procédures de quantification à visée de gouvernement est moins la production d'une connaissance objective servant de base indiscutable au débat public, que la mise en place d' « instruments de gestion » autorisant une surveillance plus assurée de l'effectuation de l'activité qu'ils ont la charge d'administrer et de la bonne réalisation des objectifs qu'ils se sont fixés. »<sup>154</sup> Or « le soin, activité humaine particulièrement chronophage, est incompatible avec les modèles décisionnels standardisés, le recueil

---

<sup>152</sup> *Ibid.*, p. 45.

<sup>153</sup> G. Moutel, *Défendre la place de l'interhumain dans notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2015.

<sup>154</sup> A. Ogien, « La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales*, 2000, 55, 2, p.311.

numérique exhaustif des informations, la multiplication des logiciels de traitement de celles-ci, etc. En investissant tout l'univers du soin, ces opérations ont grevé la rentabilité économique de l'ensemble et ont surtout grignoté ce qu'avait déjà atteint l'Occident capitaliste : l'individu. À l'hôpital plus que partout ailleurs, cette dérive a engendré un manque déconcertant de pragmatisme et un haut degré de déshumanisation. »<sup>155</sup>.

### 3. Densification normative à l'épreuve du réel : l'incertitude

---

« Donner force de loi, dans le cadre de protocoles de plus en plus contraignants, à une connaissance fragile qui devrait être davantage éprouvée et contextualisée, revient à organiser la minimisation, voire la négation, de l'incertitude attachée à cette connaissance. Une démarche scientifique rigoureuse ne méconnaît pas l'incertitude »<sup>156</sup>. L'incertitude doit être réaffirmée sans cesse comme inhérente au vivant humain contre l'utopie du risque Zéro plébiscitée par les nouvelles exigences culturelles de nos sociétés contemporaines<sup>157</sup> parce qu'elle « tient autant à la nature même de la connaissance utilisée et utilisable par le soignant, qu'aux modalités de sa production et de son utilisation dans la pratique du soin. Ainsi, l'incertitude est consubstantielle à l'acte de soin et à la décision médicale ». <sup>158</sup> Pour AZRIA la connaissance rationnelle « est bien loin de lever l'incertitude qui entoure aujourd'hui encore un grand nombre de situations cliniques » pour plusieurs raisons. D'abord à cause de la difficulté de « faire opérer de concert connaissance globale et connaissance locale » au regard d'une diversité infinie du « vivant ». Nous avons en effet évoqué la difficulté de conciliation entre le général et le singulier « situé ». Ensuite, nous avons également rappelé le principe de l'incertitude inhérent à la science elle-même. Enfin, cette dernière reste, il faut le reconnaître, encore incomplète, la vérité médicale est et demeurera sans doute très longtemps une vérité partielle. AZRIA démontre également les « limites intrinsèques de la connaissance médicale » par sa production elle-même, issue de l'inférence statistique probabiliste qui permet d'apprécier utilement l'explication des phénomènes mais qui « n'explique ni ne prévoit aucun

---

<sup>155</sup> S. Velut, *L'hôpital, une nouvelle industrie*, op. cit., p. 23.

<sup>156</sup> É. Azria, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », art cit.

<sup>157</sup> Beck Ulrich, *Société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion, 2008.

<sup>158</sup> É. Azria, *Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin : de la nécessité de décider*, ERES, 2010.

d'entre eux. ». Ce type de connaissances ne peut valoir à titre de relation causale ou de lois universelles.

La transgression dans ce contexte est significative « des choix parfois extrêmement difficiles » qui incombent aux soignants : « décider, c'est mettre un terme à la délibération et trancher dans la masse des possibles pour en séparer la proposition paraissant la plus pertinente, c'est-à-dire la plus juste, la plus adéquate et la plus équitable. C'est en ce sens l'acte qui met un terme à la délibération, processus au cours duquel sont pesées les différentes possibilités en regard des connaissances générales et singulières »<sup>159</sup>.

A la différence de la réalisation de la décision qui peut être normalisée ou même standardisée et même si elle est interprétée comme nous l'avons vu, la décision, elle, relève de l'autonomie et de la responsabilité du soignant : « rester suspendu à des protocoles de prise en charge, sans recul critique par rapport à la pertinence que ceux-ci peuvent avoir dans un cas singulier, revient à ne pas décider, à refuser sa responsabilité et entache la qualité du soin. Le recul critique face aux protocoles écrits autorise, voire même favorise la transgression de ceux-ci. Cette transgression permet de s'adapter à chaque cas singulier, qui n'est bien sûr pas prévu par des protocoles figés, mais doit être justifiée par le responsable de la décision »<sup>160</sup>

#### 4. Distorsion entre valeur normative et portée normative. Faible valeur, forte portée : exemple de la PMA

---

« Très fréquemment, des soignants s'estiment soumis à des demandes de patients dont ils considèrent qu'elles contrarient les fondements moraux de leur engagement personnel dans leur métier. (...) les malades désorganiseront l'identité soignante et médicale. »<sup>161</sup>  
L'enquête du Groupe de Recherche du centre d'Éthique Clinique de l'hôpital Cochin (GREC/SEC) concernant 70 procédures d'accès à la PMA qui se sont bloquées en raison de doutes éthiques du soignant ou de son équipe. Ce travail mené par Philippe BATAILLE, Denis BERTHIAU et Véronique FOURNIER a révélé « la prépondérance de la subjectivité des

---

<sup>159</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>160</sup> *Ibid.*, p. 23.

<sup>161</sup> P. Bataille et L. Virole, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecine de la reproduction et palliative », *La nouvelle revue du travail*, 2013, 2.

médecins sur la décision médicale sous couvert d'arguments moraux, qu'ils disposent d'un support légal ou pas. » résistant ainsi à certaines demandes et pas à d'autres. Ceci a démontré que « l'éthique médicale en vient à se confondre avec l'intention morale des interdits de la loi, alors qu'ils s'appliquent de manière aléatoire. (...) Ce déplacement trahit une évolution du rapport personnel et d'équipe que le monde soignant entretient avec la morale promue et soutenue par les lois de bioéthique. » La subjectivité du personnel soignant alimente les normes morales soignantes qui, zélotes, s'imposent dans le staff parfois sans justification, comme par exemple « le bon âge social » qui peut bloquer l'accès à la PMA dans les services. Au point que, « la médecine de la reproduction qui a toujours été un puissant levier du changement social et de la modernité apparaît désormais réactionnaire en s'investissant du rôle d'agent moral d'un ordre social qu'elle a pourtant amplement contribué à défaire ». Le constat est sévère, mais il relève d'une transgression d'une nature inattendue, une transgression au rebours de celle de l'innovation, de l'évolution des structures sociales dans un domaine médical qui pourtant, « attire la plupart des volontés de transformation sociale, culturelle et politique ». Ce paradoxe est du, pour BATAILLE, à une « intrication de l'identité médicale et des référents légaux ». La transgression dans ce cas est une transgression zélée qui, par des normes morales professionnelles et subjectives, en quelque sorte durcit la loi ou les normes, en leur octroyant une interprétation ou une application qui va au-delà de leurs recommandations. L'amalgame des normes éthiques avec les normes morales professionnelles est produit par une subjectivation de la référence à la loi s'exprimant jusque dans la production de normes de services. Autrement dit, la confrontation aux tensions éthiques et morales générées par une médecine récente qui déborde le curatif et s'exerce « sur des zones frontières de la morale et de l'éthique jusqu'à la transgression » renforce la puissance normative des équipes hospitalières jusqu'à une sur-interprétation transgressive de la loi traduite dans des normes professionnelles afin de préserver l'intégrité individuelle des soignants.

Le processus circulaire paraît clairement établi par l'étude du GREC : « les représentations morales des soignants alliées à leur subjectivité, faites normes professionnelles par la loi qui les légitime, engendrent des violences institutionnelles à l'encontre des soignés. ». Cette circularité des normes illustre une confusion réelle entre la norme et les valeurs qui se traduit par une dégradation de la relation soignant-soigné.

Preuve en est que, lorsque la distorsion est réduite, lorsque la morale du soignant est distinguée de l'éthique, alors « les contenus humains et relationnels de la relation de soin l'emportent alors sur la logique de l'interdit moral et du refus de soin ». A l'autre bout du chemin de la vie, dans les unités de soins palliatifs, le constat est identique : la culture des soignants est devenue normative puisqu'elle produit une grille d'interprétation des demandes des soignés qui vise à déceler et refuser toute demande d'euthanasie ou de suicide assisté, se tenant fermement à une unique maîtrise de la douleur.

BATAILLE fait donc le constat **d'une transgression qu'il ne nomme pas, causée par une distorsion entre valeur et portée normative. Dans ce cas les normes morales individuelles et professionnelles, bien que dotées d'une moindre valeur normative dans la procédure médicale et d'une garantie normative qui devrait être minime, exercent pourtant une force effective sur la décision médicale.** Philippe BATAILLE l'exprime clairement : « les bonnes pratiques et les guides de conduite à tenir (...) agissent ensuite dans ces unités cliniques avec la force autoritaire d'une loi, sans en avoir la légitimité et même en s'écartant des intentions du législateur ». L'instrument de normalisation professionnelle est alors doté d'une « véritable force régulatrice des conduites et des pratiques »<sup>162</sup> qui produit une violence institutionnelle envers le patient dont la subjectivité est alors négligée. Le paradoxe réside alors dans le fait que la décision, soit est une transgression effective de l'Esprit de la loi, soit est une transgression ressentie par les soignants quant à leur intégrité.

Finalement, dans des domaines délicats de la médecine de la reproduction ou de soins palliatifs, qui sont des domaines fortement imprégnés de représentations culturelles, tout se passe comme si les normes professionnelles renforçaient leur portée normative, parfois au détriment de l'Esprit des lois, mais également de la relation intersubjective, à mesure de l'augmentation des demandes sociales de l'individu, concernant son corps et sa santé.

##### 5. Distorsion entre portée normative et garantie normative. Forte garantie, faible portée : exemple de l'AMM

---

**La distorsion entre les pôles de la force normative a donc pour conséquence d'inciter ou d'installer la transgression. Le constat peut être fait lorsqu'il existe une distorsion entre la valeur et la garantie normative, notamment lorsque la valeur obligatoire a peu de portée**

---

<sup>162</sup> *Ibid.*



**normative c'est-à-dire lorsqu'une norme est peu ou pas respectée.** Tel est le cas au le sujet de l'AMM. Le rapport conjointement adopté par l'Académie Nationale de Médecine et l'Académie Nationale de Pharmacie en 2018<sup>163</sup> concernant la prescription hors AMM est à cet égard très instructif.

L'AMM est une « Autorisation de Mise sur le Marché » délivrée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) qui circonscrit un médicament dans son indication thérapeutique, sa fréquence, sa posologie et la population concernée. Même si cet encadrement est strict, la liberté de prescription du médecin reste protégée par la loi,<sup>164</sup> ce qui valide qu'il puisse prescrire un médicament hors de son AMM. Cependant la prescription hors AMM n'est pas remboursable, doit faire l'objet d'une mention « hors AMM » sur la prescription ainsi qu'une information du patient. En outre, dans le cas de cette pratique, la responsabilité du soignant est engagée en cas de risque disproportionné, d'invalidité scientifique ou d'insuffisance d'information. Pour les auteurs de ce rapport, « Il existe deux grands types de prescriptions de médicaments hors AMM : celles qui, injustifiables, nécessitent la poursuite et le renforcement des mesures actuellement en vigueur à leur rencontre et celles qui, en revanche, sont indispensables à une bonne prise en charge de certains patients, en particulier enfants, personnes âgées, femmes enceintes... : justifiables, elles devraient être reconnues comme telles, ce qui n'est pas toujours le cas, et bénéficier d'un statut approprié »<sup>165</sup>. « Injustifiables » mais « pas marginales », tel est le constat du rapport. Et pour cause, « si la situation actuelle devait être caricaturée, on pourrait la caractériser par son opacité, une certaine inertie des pouvoirs publics et des autorités réglementaires, une position ambiguë et inconfortable des industriels du médicament, une certaine ignorance de la part des professionnels de santé, voire un certain degré d'hypocrisie de la part de l'ensemble des parties prenantes dont les soignants et les pharmaciens subissent les inconvénients. ». Pour un certain nombre de raisons que le rapport détaille, si la situation

---

<sup>163</sup> G. Bouvenot et M.-P. Serre, « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable Off -label drug use in France. A need for clarification », art cit, p. 7.

<sup>164</sup> ( article L .162-2 du code de la sécurité sociale et R.4127-8 du code de la santé publique).

<sup>165</sup> G. Bouvenot et M.-P. Serre, « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable Off -label drug use in France. A need for clarification », art cit, p. 4.

est loin d'être satisfaisante du point de vue réglementaire, les principaux acteurs de santé et les patients semblent pourtant bien s'en accommoder. Cette situation n'est d'ailleurs pas nouvelle, de nombreuses études<sup>166</sup> attestent de ces « transgressions ordinaires ».

Pourtant par principe les prescriptions hors AMM sont inacceptables en dehors de circonstances particulières que le rapport énumère et les dispositions concernant la prescription hors AMM sont explicitées dans le Code de la Santé Publique qui s'articulent avec celles du Code de la Sécurité Sociale. Mais les faits sont sans appel : « Après sept années d'expérience pratique, force est de constater que cette loi n'est que très partiellement appliquée et qu'elle n'a pas permis de résoudre valablement le problème du hors AMM en France». <sup>167</sup> **Si la loi est théoriquement dotée de force obligatoire, elle n'a pas ou peu d'effectivité, faute d'une véritable réception par ses destinataires mais surtout faute d'une véritable garantie qui mènerait à la faire respecter. La valeur obligatoire ne s'est pas développée dans une garantie normative validant ainsi les pratiques transgressives qui, s'installant dans la culture professionnelle, tendent à devenir ordinaires.** La loi ne trouve pas son effectivité au regard de la complexité de sa mise en œuvre qui s'est révélée tout à fait insatisfaisante : mises à jour trop lentes, incomplètes, ou même contradictoires ; mobilisation trop forte des soignants dans la veille documentaire...etc.

On aurait pu s'attendre, dans une telle situation, à ce que le rapport propose un unique renforcement de la garantie normative, c'est à dire du contrôle ou de la sanction afin de rééquilibrer la force normative vers davantage de portée. Ainsi la faible portée normative dûment constatée donne effectivement lieu à « la poursuite et le renforcement des mesures en vigueur ». Mais, les prescriptions hors AMM « justifiables, elles, devraient être reconnues comme telles, ce qui n'est pas toujours le cas, et bénéficier d'un statut approprié. Il importe en effet de prendre en considération un certain nombre de circonstances où le strict respect de l'AMM ne coïncide pas avec la meilleure prise en charge thérapeutique du patient, c'est-à-

---

<sup>166</sup> Par exemple 2013 : Marjorie Schlier « Pourquoi les médecins généralistes prescrivent-ils hors AMM ? », Jean-Michel Debarre « Prescription de médicament hors AMM : fondements, limites, nécessités et responsabilité », ...etc

<sup>167</sup> G. Bouvenot et M.-P. Serre, « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable Off -label drug use in France. A need for clarification », art cit, p. 7.

dire avec l'obligation déontologique et légale de lui procurer les meilleurs soins. ». Autrement dit le rapport, cherchant à rééquilibrer la portée normative, propose d'un côté un renforcement de la garantie, mais aussi de l'autre un renforcement de la valeur normative, c'est-à-dire une validation et un accompagnement de certaines pratiques légitimes « du terrain ».

Finalement, implicitement, le rapport cherche d'un côté à éradiquer la transgression ordinaire d'une prescription hors AMM estimée comme injustifiable, mais cherche également d'un autre côté, à valider et accompagner la transgression « extra-ordinaire » dans laquelle il reconnaît non seulement une nécessité mais plus encore une légitimité.

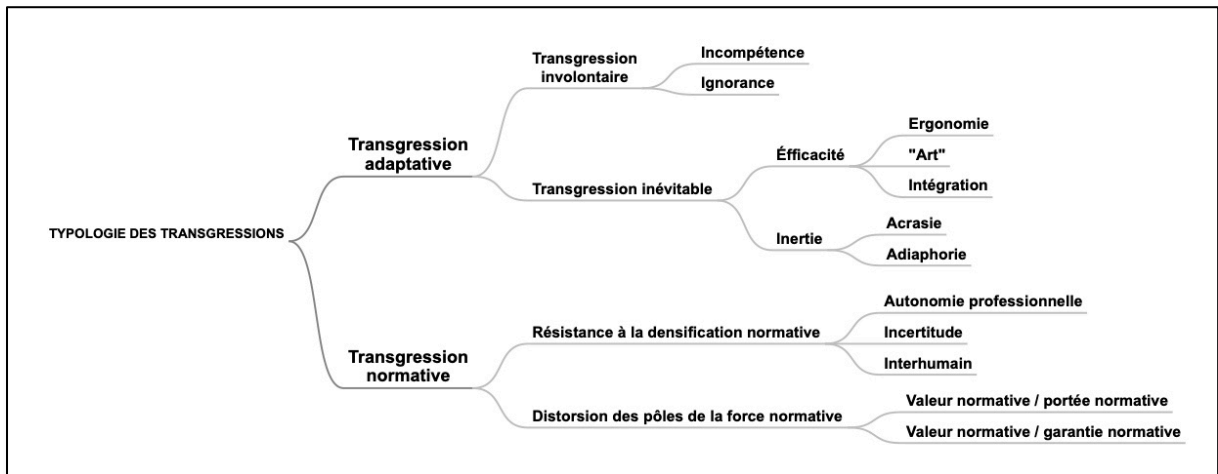


Figure 13 : Panorama des transgressions

## TROISIÈME PARTIE : RÉFLEXION SUR LA PERTINENCE DE LA TRANSGRESSION, LÉGÉTIMITÉ ETHIQUE

---

*Dans cette troisième partie, nous allons chercher à établir une analyse raisonnée de la transgression dans sa dimension potentiellement éthique. Quelle légitimité éthique l'acteur donne-t-il à sa transgression ? Quel rôle peut avoir l'éthique dans la transgression ? L'éthique peut-elle donner un sens à la transgression ? Il s'agira d'analyser et de préciser le rapport entre l'éthique et la densification normative dans la transgression.*

### I. RÉFLEXIONS SUR LA PERTINENCE DE LA TRANSGRESSION

---

Nous avons vu que, la dimension transgressive est d'abord déterminée par **le contexte de densification normative** dans lequel elle se produit, un contexte de standardisation croissante. Plus précisément, la décision médicale semble généralement déterminée par **la portée normative** c'est à dire la manière dont sont « vécues » les normes : soit comme des normes d'optimisation, soit comme des normes de contrainte, soit comme des normes d'évaluation et de contrôle ou encore des normes facultatives.

Elle est aussi directement alimentée par la « source » de la norme, **la valeur normative** selon qu'elle soit exogène ou endogène mais également selon l'évaluation individuelle ou collective de la légitimité de l'émetteur. Plus précisément, il est possible de « lire » la transgression du point de vue de la force et de la densification normative et de leurs effets tant du point de vue de l'acteur que de l'analyse du contexte.

#### 1. Les points de vue de la légitimité vue par l'acteur

---

La pertinence éthique de la transgression pose évidemment la question de ce que l'on entend par « éthique » mais pose également la question de ce que l'acteur lui-même, entend par « éthique ». En effet, nous avons établi deux catégories de transgressions qui invoquent de manières inégales des motivations non homogènes.

##### a. Transgression an-hétique

---

La transgression adaptative se décline dans la transgression ergonomique, la transgression « pour l'art médical », la transgression par acrasie ou adiaphorie. Cet ensemble de transgressions s'inscrit dans le champ de la réalisation tant de la décision médicale que de la pratique médicale. A ce titre, certaines de ces transgressions actives invoquent un motif

légitime relevant du réagencement des normes aux exigences d'une action située dont on cherche à améliorer l'efficacité ou la qualité. Ainsi certaines transgressions ergonomiques peuvent répondre à un « bien être personnel » (améliorer le confort de travail par exemple), à un « bien être altruiste » (améliorer le confort du patient, préserver sa singularité) ou à une « exigence organisationnelle ». Mais d'autres transgressions adaptatives passives demeurent floues, voire mutiques sur leurs véritables motivations. Si la transgression intégrative relève d'une volonté a priori « bien compréhensible » de socialisation professionnelle (besoin d'affiliation, de sécurité ou de coopération), cette volonté n'entre pas dans la catégorie de l'intention éthique mais dans celle de la dynamique du groupe de travail. Plus encore, les transgressions par acrasie ou adiphorie semblent franchir les limites du périmètre tracé par les valeurs de la pratique médicale. Non seulement elles n'invoquent pas de dimension éthique, mais plus encore elles peuvent l'ignorer voire même y porter atteinte.

Les transgressions normatives ne sont pas non plus homogènes quant à la mobilisation de l'argument éthique par l'acteur. En effet, certaines transgressions résultant d'une trop forte densification normative « résistent » à la superposition de la fonction « guidante » de la norme avec sa fonction d'uniformisation et de standardisation institutionnelles. En réaffirmant des valeurs fondamentales comme l'irréductibilité de la liberté professionnelle, de l'interhumain ou de l'incertitude, elles mobilisent l'argument éthique comme motivation. Tandis que d'autres résultant d'une distorsion des pôles de la puissance normative n'invoquent pas l'argument éthique pour se légitimer.

#### b. Transgression éthique pour l'acteur

---

Dans la catégorie des transgressions adaptatives, seule la transgression « pour l'art médical » revêt du point de vue de son acteur, une dimension éthique. En effet, avec une grande fréquence, la littérature refuse « la prétendue supériorité d'une connaissance factuelle, statistique, impersonnelle et soi-disant objective, sur les connaissances acquises, l'intuition, l'expérience individuelle, les rationnels physiopathologiques et la qualité idiosyncratique du raisonnement clinique, seuls capables, à leurs yeux, de répondre à des myriades de situations cliniques différentes, qui ne peuvent être mécaniquement résolues à

partir de *guidelines* simplificatrices »<sup>168</sup>. Et ce refus est motivé d'abord par la confiance et le confort du malade que le médecin recherche par l'arbitrage entre les arguments théoriques et les arguments pratiques et humains. La défense de « l'art médical », se référant aux normes symboliques du « corpus hippocratum » appelle « la norme des normes » comme supérieure à toute réduction « mécaniste » de la décision médicale tout comme la transgression normative qui défend « l'interhumain ».

Ce type de transgression a une dimension éthique indéniable au sens où il s'agit, sans nier l'assise d'une décision fondée sur la science, de la réaffirmation de « la place pour la représentation personnelle du médecin, mais aussi du patient »<sup>169</sup>. Ces « arrangements » avec l'Evidence Based Medicine, ou avec les normes institutionnelles, ne renient pas la conciliation de la science et de l'interhumain dans la décision médicale, mais résiste plutôt au détournement de son interprétation en termes de standardisation par les institutions.

De prime abord les deux catégories de transgressions adaptatives ou normatives n'ont donc ni la même force d'invocation du motif, ni le même champ de représentation de ce motif. Lorsque la motivation est jugée légitime - et ce sont les transgressions qui nous intéressent - elle l'est dans la première catégorie (transgression adaptative « pour l'art médical ») dans le champ de la subjectivité et dans la seconde catégorie (transgressions normatives relatives à la liberté professionnelle, à l'interhumain ou à l'incertitude) dans le champ des principes. Autrement dit, **la réalisation de la décision médicale semble appeler l'éthique du soin, l'éthique appliquée, tandis que l'intention de la décision, elle, se réfère davantage à des valeurs « idéales » comme par exemple l'hippocratisme, le principisme, l'éthique de la responsabilité, de la discussion, de la justice ou de la sollicitude.**

En effet, la transgression éthiquement justifiée se caractérise par une motivation conscientisée qui, par le biais d'une évaluation de priorités, se réfère finalement à des normes éthiques endogènes, qu'elles soient pratiques ou théoriques, qui conduisent l'acteur éventuellement à la transgression des normes institutionnelles exogènes. Dans tous les cas, la transgression éthiquement justifiée résulte d'une démarche raisonnée prenant en compte de manière rationnelle la supériorité des valeurs éthiques sur les normes.

---

<sup>168</sup> G. Moutel et C. Hervé, « Evidence-based medicine : source normative de la relation médecin-patient et de la décision médicale ? », *Act. Med. Int. Neurologie*, 2002, 8, n.citant P. Even et B. Guiraud-Chaumeil.

<sup>169</sup> *Ibid.*, p. 184.

### c. Conception de l'éthique de l'acteur

---

Dans le champ de la réalisation de la décision médicale (« pour l'art médical ») la transgression qui convoque des valeurs éthiques le fait dans le registre de l'éthique du soin. En effet, ce type de transgression adaptative semble s'affirmer sur ce que GILLIGAN établit comme la « capacité à prendre soin d'autrui », comme le « souci prioritaire des rapports à autrui », autrement dit dans le champ de l'éthique du *care*. Ainsi, le refus d'une décision réduite à l'EBM ou à un ensemble de normes institutionnelles qui standardisent la pratique médicale, se révèle dans la transgression qui réaffirme l'attention, la responsabilité et la compétence. Ainsi, l'ajustement au réel d'un soigné « situé » convoque le constat de « l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse »<sup>170</sup>. Le *care* implique à la fois l'engagement de la perception qui résiste à la « modélisation algorithmique » et l'intelligence pratique qui résiste à la standardisation et cela dans une capacité de s'identifier à autrui. La responsabilité afférente au *care* relève d'une sagesse pratique dont la finalité pragmatique est la réalisation de la prise en charge adaptée. Cette dimension pratique dans la réalisation, le *taking care of* légitime la transgression « pour l'art médical » et s'entend dans la « rencontre directe d'autrui à travers son besoin, l'activité dans sa dimension de contact avec les personnes »<sup>171</sup>. La légitimité éthique de cette transgression adaptative pour le malade peut apparaître comme une nécessité de « procurer efficacement ce qui pourvoit à ses besoins ». D'ailleurs, « la réaction de l'autre est le critère d'évaluation de la « réussite » ou du moins de la convenance des actes du soin » : cette dimension de réciprocité guide la pratique et son réajustement éventuel, ce qui place la relation de soin au cœur de la décision. Par conséquent, si la densification normative entrave cette relation, elle devient délétère et occasionne la transgression.

Dans le champ de l'intention, de la motivation de la décision médicale (transgressions normatives pour la liberté professionnelle, pour l'interhumain ou pour accepter l'incertitude) l'acteur se réfère davantage à des valeurs ou des principes plus abstraits. En effet, la liberté professionnelle est une valeur fondamentale de la pratique médicale, l'interhumain (qui rejoint le *care* dans sa réalisation pratique) est une qualité essentielle du « corpus

---

<sup>170</sup> A. Zielinski, « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. », *Études*, 2010, 413, 12, p. 631-641.

<sup>171</sup> *Ibid.*

hippocratum », l'incertitude assumée qui entrave la mise en chiffre de la décision médicale est un principe fondamental de l'épistémologie et peut-être même de la philosophie dans son ensemble. Chacune de ces transgressions fait appel à la norme comprise au sens « d'idéal » conceptuel source d'inspiration, outil qui transcende le réel pour permettre à l'acteur de se dépasser, de chercher continuellement à renouveler l'esprit d'initiative et l'autonomie comprise comme « auto-nomos », soit la capacité de produire soi-même de nouvelles normes (Cf. Supra) ou de réformer les existantes par le questionnement. L'appel à la réflexion sur la justice, sur la responsabilité, sur le respect, sur la conception de la personne...etc. au-delà d'une régulation organisationnelle du soin traduit une conscience vive du rôle éminemment social de la pratique médicale qui doit accepter de se jouer y compris sur la scène de l'avenir des sociétés. Ces transgressions ne sont transgressions que des limites toujours plus restreintes posées par la densification normative, mais elles sont significatives de la volonté d'analyser et de proposer des pistes plus adaptées à la pratique médicale qu'à la régulation organisationnelle, plus adaptées aux personnes qu'au processus de standardisation. De ce point de vue, elles rendent visibles les questions, la complexité et les impasses de l'activité soignante mais peuvent aussi, de manière plus large, contribuer à « bouger les lignes » par les débats qu'elles provoquent ou permettent quant aux choix de société auxquels la pratique médicale est intimement liée.

## 2. Un contexte : effets de la force normative sur la médecine, rempart de l'éthique

---

Si la transgression peut être légitimée éthiquement par l'acteur, elle peut l'être aussi par le contexte général dans lequel il est placé aujourd'hui pour prendre sa décision et dont l'analyse critique peut être tout à fait pertinente. Ainsi, la rationalisation, la standardisation, la menace de la réification du soigné et de l'instrumentalisation du soignant sont autant d'effets de la densification normative dont la transgression légitimée éthiquement nous parle.

### a. La rationalisation

---

Dès la fin des années 1990, la recherche de nouveaux moyens de maîtriser les dépenses de santé a induit une vaste campagne de rationalisation de la pratique médicale. Rationalisation qui fut d'abord comprise comme une volonté d'établir la décision médicale de manière rationnelle, c'est-à-dire conforme à la raison, à la logique scientifique et au bon sens indépendamment du seul jugement empirique de l'expérience (EBM), puis qui fut appliquée



« selon des principes rationnels afin d’obtenir le maximum de rendement avec un minimum de coût »<sup>172</sup>(*New Public Management* ). Le terme « rationalisation » contient en lui-même les deux sens qui ont installé les tensions entre les instances institutionnelles et les soignants dans l’utilisation des instruments normatifs, mais plus encore les deux sens qui créent la frontière que franchit la transgression normative, révélant ainsi la confusion.

Dans la plurivocité du terme s’incarne la plurivocité des fonctions de la norme. En effet, dans le sens d’un outil rationnel, la norme, nous l’avons vu, a pour fonction de guider, elle sert à optimiser la décision -comme l’évoquaient les créateurs de l’EBM- mais dans le sens économique et institutionnel, la rationalisation des pratiques a instrumentalisé la norme dans sa fonction de contrôle, de mesure et d’évaluation -au nom de la qualité, de la sécurité et surtout de l’efficience.

Ainsi pour Élie AZRIA, « L’Evidence Based Medicine a été progressivement détournée de son objectif initial – préserver l’autonomie de jugement des médecins face à l’expansion des connaissances scientifiques- au profit d’une « rationalisation » revendiquée des prises en charge médicales, via des protocoles de plus en plus contraignants. Or si dans la pratique cette standardisation ne supprime pas l’incertitude, elle risque fortement de déshumaniser la relation de soin. »<sup>173</sup>. Pour lui, l’EBM s’est « progressivement détournée de son objectif pédagogique » sous la pression des autorités de tutelle, devenant ainsi un outil de contrôle des risques et des coûts en produisant des recommandations, des référentiels et des protocoles de prise en charge « en tout genre ». L’EBM est devenu un dispositif « producteur et prescripteur de normes » au service de la régulation, objectif de l’Institution.

**Il faut reconnaître le glissement d’une fonction à l’autre comme origine du malaise qui lève les critiques de la standardisation des pratiques médicales. Ainsi, la perméabilité, la porosité entre les différents sens de la fonction de la norme a permis une sorte de « colonisation de l’intérieur » de la décision médicale par des impératifs et des référentiels qui n’appartiennent pas aux valeurs fondamentales du soin et qui, altérant, parasitant l’intention, finissent par la déséquilibrer jusqu’à induire la transgression.** Concrètement la duplicité de la fonction de la norme agit au gré de son utilisation ou plus précisément de son interprétation comme un cheval de Troie : la « norme des normes » de RICOEUR s’est altérée

---

<sup>172</sup> CNRTL

<sup>173</sup> É. Azria, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », art cit.

sans qu'on ne s'en soit jamais véritablement aperçu ! Autrement dit la plurivocité de la norme a entériné le passage d'une volonté légitime de rationalité fondée par le « corpus hippocratum » fondateur à une volonté d'évaluation et de contrôle.

La légitimité de la « transgression pour l'art » ou de certaines transgressions normatives ne réside pas dans la tension entre deux normes différentes, l'une prenant sa source dans « le savoir » et l'autre dans « le malade », dans l'affirmation du sujet face à la science, ce serait humiliant pour la pensée médicale d'affirmer qu'elle en soit encore là ; mais plutôt, selon nous, dans **l'affirmation de l'irréductibilité de la décision médicale à un standard c'est-à-dire à une méthode fixe à suivre dans la réalisation de décisions en série qui pourrait de surcroît être utilisée comme référence pour l'évaluer sur les seules critères de sa conformité.**

La transgression qui résulte des tensions entre les normes institutionnelles et les valeurs « éthiques » appelle une clarification nécessaire sur les fonctions de la norme utilisée de manière « volontairement » confuse et indistinctement tantôt comme guide, tantôt comme évaluation et outil de contrôle par l'Institution.

Dans cette perspective certaines transgressions normatives ont une dimension éthique au sens où elles rétablissent le « fléau de la balance » sur les marqueurs « du souci des personnes singulières, insubstituables, irremplaçables »<sup>174</sup>. En effet, « si la science est certes ce moyen indispensable permettant une action efficace au service d'un objectif moral, mais il n'y a pas, pour autant, de définition exclusivement scientifique ou rationnelle de la santé ».<sup>175</sup> La transgression normative qui réaffirme l'autonomie professionnelle, l'incertitude ou l'interhumain, affirme la dialectique épistémologique et éthique irréductible dans la décision médicale. D'ailleurs, « son nez commence à pointer lorsque le sentiment de contrainte s'exaspère, lorsqu'une règle est mal vécue intégrée, symbolisée : la transgression est alors libératoire, et dans une certaine mesure progressiste dans sa dimension exploratoire des lois. »<sup>176</sup>. Progressiste dans le sens où l'intention éthique comme norme idéale du soin - « norme des normes »-, au-delà de son rôle général d'harmonisation, pourrait bien s'avérer à terme la seule garantie du respect de la singularité -et pas seulement de l'autonomie - du malade face à la densification normative qui sert la standardisation.

---

<sup>174</sup> P. Ricoeur, « La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale », art cit.

<sup>175</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, op. cit.

<sup>176</sup> V. Estellon, « Éloge de la transgression », art cit.

## b. La standardisation

---

La confusion entre la rationalisation scientifique et la rationalisation économique a ouvert la voie à un processus dense de standardisation tant de la décision médicale que des parcours de soin. Et pour cause, « la standardisation dans ce cas précis s'applique au travail d'exécution en fixant des procédures et règles opératoires qui permettent d'engager l'action d'une manière reproductible, à la définition de bonnes pratiques, ou encore à travers l'introduction de standards de performance ».<sup>177</sup>

Pour l'Institution, la prise en charge d'un malade est identifiée comme un « processus de production organisationnel »<sup>178</sup> qui se heurte à quatre attributs de ladite prise en charge : la variété des parcours, l'imprévisibilité, la temporalité parfois aléatoire et enfin la participation du patient à sa prise en charge, qui comme « co-producteur de son parcours », fait de lui un acteur au service de l'organisation de celle-ci ». Ainsi, « Les quatre attributs du parcours, de variabilité, de variété, de durée, et d'implication du malade, permettent, une fois rassemblés, de donner un sens précis au parcours comme processus productif. Ils contribuent tous à leur manière à sa singularité. En les croisant, toutes sortes de parcours peuvent en effet se définir. (...) Cette multiplicité de cas singuliers laisse aussi deviner la difficulté à assurer leur maîtrise simultanée, car la somme des parcours n'est pas l'addition de facteurs identiques comme dans une approche de flux constitués de cas homogènes. »<sup>179</sup>. La contingence de chaque cas, ajoutée au nombre croissant des malades « peut se qualifier ainsi comme une production de parcours singuliers, mais à assumer désormais à grande échelle. La quête de rationalité, et donc de standardisation, émerge de cette recherche d'une production de masse personnalisée ». MINVIELLE relève bien la tension qui se dégage avec d'un côté la singularité, le constat inéluctable que chaque malade est unique et nécessite une prise en charge adaptée, de l'autre « la nécessité de répondre aux besoins croissants de prise en charge renvoie à une production à grande échelle qui tend à vouloir standardiser ».

---

<sup>177</sup> É. Minvielle et C. Sicotte, « La quête de rationalité : le cas de la standardisation de la prise en charge des malades », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2018, Vol. XXIV, 58, p. 69-90.

<sup>178</sup> *Ibid.*

<sup>179</sup> *Ibid.*

**Cette standardisation conduit donc à déterminer des formes d'organisation dont l'objectif est d'optimiser le flux des malades en répondant de « la manière la plus standardisée possible » tout en assurant l'adaptation à la « variabilité et la contingence d'un cas lorsque c'est nécessaire ».** Pour MINVIELLE l'arbitrage entre la prise en charge standardisée et la conservation de l'initiative d'adaptation aux particularités personnelles du malade repose sur l'arbitrage de l'acteur de terrain, tout comme la décision médicale repose sur l'arbitrage par le professionnel entre les recommandations décisionnelles statistiquement établies et la personnalisation de la décision située.

C'est précisément ce monopole de l'arbitrage que le professionnel saisit pour faire basculer la décision du côté de l'humanité du patient, de la co-décision avec lui parfois au détriment des normes et standards neutres attendus. Si « l'écart à la norme peut relever aussi bien de l'interprétation et du « sur-mesure » thérapeutique que la transgression d'une règle judicieuse », <sup>180</sup> reste que « concevoir l'écart par rapport à la norme que sous l'angle de la transgression fautive » laisse à croire que le « meilleur soin possible résulte d'une application littérale ou automatique de la science médicale », et, pourrions-nous rajouter, nécessairement optimisé par le processus de densification normative.

Le processus de standardisation médicale repose en effet sur l'idée que l'homme est faillible et que la sécurité des systèmes ne pourra être assurée de manière optimale qu'en écartant le « facteur humain ». Si la première partie de ce postulat n'est pas discutable (l'homme est incontestablement faillible), la seconde, qui érige la puissance normative en facteur d'amélioration est plus discutable. « Cette idée, déjà très répandue dans de nombreux secteurs industriels, est en train de prendre une place démesurée dans la gestion de l'activité soignante » <sup>181</sup>. Au point que il ne parait pas superflu de devoir s'interroger sur la qualification parfois de « transgression » par l'organisation des choix humains dans l'intérêt de l'humain.

### c. L'éthique comme sauvegarde de « l'interhumain »

---

---

<sup>180</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, op. cit., p. 702.

<sup>181</sup> É. Azria, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », art cit.

Le contexte actuel de l'exercice des professions soignantes est donc marqué par le processus de densification normative qui, par ses effets d'hyper-rationalisation,<sup>182</sup> induit une standardisation croissante de la décision et de la pratique médicale ainsi qu'une forte poussée vers la régulation des « flux ». Mais l'actualité nous a aussi montré dans les faits la responsabilité immense et le pouvoir colossal de l'expertise médicale dans nos sociétés modernes. Il est donc évident que la médecine de catastrophe sanitaire que nous vivons pose de manière aiguë et fondamentale la question de l'éthique face à la tentation d'une médecine de masse, standardisée et humainement neutralisée au nom de l'efficacité ou de la sécurité. Le soupçon de faillibilité de l'artisanat du soin ou de la prise en charge insufflé par l'inflation normative qui submerge l'activité médicale, doublé de la justification non plus seulement de l'urgence mais également de la masse, pourrait bien valider de facto les aspirations de l'Institution d'une organisation « en flux » des parcours de soin. Il y a là, en tous cas ; le danger d'un changement de « crédibilité » : au prétexte d'un doute sur la subjectivité, on entendrait, grâce aux procédures, faire l'économie d'acteurs qui pensent et jugent par eux-mêmes et qui, de ce fait, perturbent ou entravent le « trafic » des malades.

Mais « ménager la place de l'interprète face à la loi, la place de celui qui, par sa pratique effective et parce qu'il en a saisi l'esprit, donne vie à un protocole toujours incomplet. C'est dans ce mouvement dialectique irréductible que nous pouvons espérer maintenir une médecine éthiquement défendable, c'est-à-dire performante pour les patients. Le rapport à la loi, qu'elle soit scientifique ou morale, s'envisage alors comme une discussion permanente dont il serait préjudiciable de souhaiter la fin. Renoncer à ce rapport dialectique serait certes renoncer à la responsabilité médicale et à l'inquiétude qui l'accompagne mais ce serait également abandonner les patients à l'insuffisance des protocoles et au caractère fondamentalement insensé que présente toujours la maladie. »<sup>183</sup>

Il ne s'agit pas pour l'Institution de renier la médecine personnalisée, la co-décision ou même l'autonomie du patient. Elle a intégré ces exigences dans la modélisation des parcours, des prises en charge, plus encore elle les a « digéré » si on peut dire, en « enchâssant » le patient dans ses propres modes de fonctionnement : un patient rationnel, responsable et

---

<sup>182</sup> É. Minvielle et C. Sicotte, « La quête de rationalité », art cit.

<sup>183</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, op. cit.

autonome qui exerce des choix « guidés »<sup>184</sup> au sein d'un dispositif avec lequel il interagit mais « qui est conçu de telle sorte que les protocoles d'interaction amènent l'utilisateur à se conformer à un certain type de comportement attendu et rendu en quelque sorte obligatoire par la configuration même du dispositif. »<sup>185</sup>

D'ailleurs, Annemarie MOL<sup>186</sup> a montré de manière pertinente que la logique du soin attachée aux amarres des normes institutionnelles, est bien différente de la logique du choix que sous-tend la référence à l'autonomie du patient<sup>187</sup>. « Dans la logique du soin, ce qui se joue est un ajustement constant et indéfini, effectué ensemble par les soignants et les soignés, entre les désirs et les possibilités, la technologie et les habitudes, la maladie et la vie sociale. », commente Céline LEFÈVE, « un bricolage » ou un « rafistolage » partagé qui appelle les expériences respectives et qui peut le cas échéant faire fi des normes et des protocoles de standardisation. La perspective de MOL, qui fait du soin avant tout un co-agir avec le patient, explicite avec exactitude la nature de certaines transgressions normatives ou de celles « pour l'art médical » qui « prennent au sérieux la réalité des besoins des malades et des pratiques de soin ». Elle révèle « l'inventivité du soin partagée par les soignés et les soignants » en donnant à voir le soin tel qu'il est.

Finalement, la motivation éthique de la transgression qui vise certaines adaptations des normes à l'agir ou à la décision peut se légitimer du point de vue du *care*, c'est-à-dire des impératifs de l'activité de soin comme « sagesse pratique » en collaboration étroite avec le patient. Cet aspect du soin échappe à la théorisation, qui, dès qu'elle tente de s'en saisir, l'appauvrit. Il relève de « l'intelligence situationnelle » et sûrement de la sensibilité éthique qu'évoquait Pierre LE COZ dans son Petit traité de la décision médicale car « le fait est que l'éthique est avant tout une affaire de sensibilité. Le souligner, c'est rappeler ses limites, non pas emboîter le pas à l'éthique sentimentaliste qui domine actuellement la grand-scène médiatique. Car naturellement il ne suffit pas qu'un médecin soit sensible et ému par la

---

<sup>184</sup> Cf. Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa) que nous avons déjà évoqué.

<sup>185</sup> C. Thibierge, *La densification normative. Découverte d'un processus* - *Sciencesconf.org*, <https://densinormative.sciencesconf.org/resource/page/id/9.html>.

<sup>186</sup> A. Mol, *Ce que soigner veut dire*, Presses des Mines., 2009.

<sup>187</sup> C. Lefève, « Logique du choix ou logique du soin ? Réflexions à partir de... », *Santé Education*, 2014, 1, p. 30-33.

souffrance d'un malade pour que la décision qu'il va prendre soit ajustée au contexte. Affirmant que les émotions sont les révélateurs des valeurs éthiques, nous disons en même temps qu'elles ne sont pas en elles-mêmes des valeurs. Il n'y a pas d'éthique sans émotion, mais en elle-même, une émotion n'est pas éthique »<sup>188</sup>. Mais il est parfaitement clair que seul l'« interhumain » emprunt de discernement, de sensibilité, de capacité de dialogue et d'écoute peut produire l'intention nécessaire à une action respectueuse, éthiquement acceptable.

Le terme d'« interhumain » est d'ailleurs significatif et nous l'avons adopté sans tergiverser parce qu'il nous semble particulièrement adapté pour signifier qu'il ne s'agit plus seulement de sauvegarder ou promouvoir l'autonomie du patient mais bien de protéger le sujet de la standardisation excessive, de la régulation neutre des institutions. Protéger le malade dans sa dimension humaine avec ses aspérités, ses contradictions ou paradoxes, ses temporalités et son unicité, dans ses appartenances et sa singularité, dans sa nature d'interaction sociale qui résiste à la régulation des institutions. Préserver le sujet-malade tout autant que le sujet-soignant des effets d'un contrôle social « qui permet, sous couvert de bonne gestion, de commodité et d'équité pratiques, de procéder à un contrôle et à une normalisation extrême des actes, des conduites et des segments de l'existence de tous les professionnels, et à terme de tous les citoyens »<sup>189</sup>.

L'éthique de ce point de vue peut être une manière pour la médecine de participer, de manière active et avisée, à l'histoire de la société et même, pour reprendre une expression de Lucien SÈVE de « constituer un rempart contre un faisceau d'aliénations toujours renaissantes »<sup>190</sup>.

### 3. Un processus : la densification normative de la médecine, résistance éthique

---

Nous avons vu qu'« il se peut que ce processus entre en distorsion, et que la densification normative devienne alors une vraie voie de déshumanisation. Poussée à l'extrême, elle peut en effet tourner à la caricature, et cela dans les deux fonctions de direction et de mesure des

---

<sup>188</sup> P. Le Coz, *Petit traité de la décision médicale*, op. cit., p. 17.

<sup>189</sup> R. Gori, *La fabrique des imposteurs*, op. cit., p. 76.

<sup>190</sup> Lucien Sève

normes. » Ainsi, la densification normative lorsqu'elle s'affole et devient pathologique, « permet et alimente l'instrumentalisation et la réification des personnes ».

#### a. Distorsion de la fonction de direction des conduites

---

La densification normative est une voie de déshumanisation<sup>191</sup> lorsque la normativité se traduit dans une confusion entre la fonction de guide (diriger, orienter, encadrer) et la fonction de mesure (juger, contrôler, évaluer...). Nous avons évoqué la réduction drastique du champ de l'action libre sous le poids des procédures de contrôle, de surveillance et d'inspection qui crée ce que Catherine THIBIERGE nomme de manière évocatrice des « rails normatifs ». Nous avons illustré ce phénomène à travers la transgression passive par acrasie ou adiphorie. En effet ces deux types de transgression alertent sur la relégation de ce que Christophe DEJOURS nomme le « travail vivant », que Laurence SEFERDJELI et Fabienne TERRANEO appellent « les règles du métier » ou « les savoirs faire ».

La dimension heuristique de la décision et de la pratique médicale pourrait s'en trouver laminée par un enseignement qui se concentrerait sur une formalisation scientifique dite objective et optimale afin de servir la standardisation recherchée par l'Institution. Pour assurer la régularité des flux en son sein, il serait tentant d'adhérer à une « formalisation écrite -ou le plus souvent chiffrée- de ce qui, autrefois, s'enseignait majoritairement par le compagnonnage et la pratique effective, c'est-à-dire la clinique »<sup>192</sup>. **Une telle coercition de la pratique médicale par la confusion des normes de « guidance » et des normes de « contrôle », ferait du soignant un simple foncteur de la norme, un effecteur de décisions pré-formatées sur des arborescences et autres process.**

La légitimité de la transgression comme « reconquête » de l'autonomie et de la liberté du médecin vue sous cet angle n'est pas une simple résistance corporatiste face à une administration « sourde » et « aliénante », elle est une transgression d'abord adaptative nécessaire à la mise en œuvre de la décision médicale, mais elle est aussi une transgression normative dans le sens où elle réactualise non seulement un principe fondateur de l'exercice médical mais aussi un droit inscrit dans le code de la santé publique : la liberté de prescription.

---

<sup>191</sup> C. Thibierge, « La densification normative. Découverte d'un processus - Sciencesconf.org », art cit.

<sup>192</sup> J. Dumesnil, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, op. cit., p. 698.



**De ce point de vue l'autonomie décisionnelle du soignant n'est pas à gagner auprès du patient mais bien plutôt dans une résistance mesurée et éclairée à la force normative qui émane de la mise en œuvre progressive et invisible des modalités du contrôle des institutions.**

**b. Distorsion de la fonction de mesure de la normativité : folie de l'évaluation**

Albert OGIEN avait déjà analysé finement l'alliance de la norme et du nombre dans le domaine médical mais lorsque la densification normative devient pathologique, elle entraîne de facto « une démesure de la mesure ». Ainsi, « la puissance montante de la norme s'allie en effet à celle du nombre, ou plutôt du chiffre, au service d'une standardisation, d'une normalisation, d'une uniformisation croissante des comportements et d'une rationalisation des activités humaines, qui entraînent toujours plus loin dans la réduction de la part du sujet. Dans des domaines toujours plus nombreux et variés, les logiques quantitatives et les objectifs chiffrés norment l'action de manière démesurée et l'obsession de la mesure se retourne en démesure »<sup>193</sup>.

La densification normative de l'évaluation est discrète et subtile, elle se dissimule derrière les impératifs irréfutables de la qualité et de la sécurité érigés en principes dans une « mise en risque de notre monde »<sup>194</sup>. Elle produit un effet similaire au bateau de Thésée tel que l'évoquait Plutarque. Le flux des normes fait qu'elles se remplacent telles les planches du bateau que l'on change pour le préserver, mais, contrairement à ce que l'on pourrait penser, elles n'exercent pas seulement une pression croissante sur la décision en l'asservissant davantage,<sup>195</sup> mais leur nature change, chaque norme « neuve » est une norme évaluative qui en remplace ou en améliore une autre qui, elle, était plutôt « guidante », au point qu'il pourrait ne plus rester aucune planche d'origine. Se poserait, et se pose sans doute déjà la question de savoir si la décision a toujours la même finalité qu'au temps d'Hippocrate ou si la densification normative en a fait une toute autre embarcation !

L'évaluation a étendu son champ d'application d'une manière spectaculaire dans le domaine médical, d'abord parce que les sources de cette évaluation se sont multipliées mais

---

<sup>193</sup> C. Thibierge, « La densification normative. Découverte d'un processus - Sciencesconf.org », art cit.

<sup>194</sup> Beck Ulrich, *Société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, op. cit.

<sup>195</sup> Nous avons vu la faible garantie normative au regard de la sanction.

également parce que celles-ci se sont renforcées. Un autre marqueur de cette densification consiste en la diversification des « objets » saisis : l'évaluation s'est d'abord appliquée à des produits tels que les médicaments, puis elle a colonisé les institutions, les services, les équipes, les prises en charges, les compétences pour se développer également sur le registre de la satisfaction du malade ou l'intention du soignant, au point de se saisir... de quasiment tout ! Cela se double d'un accroissement corrélatif et exponentiel du nombre d'acteurs concernés, destinataires et évaluateurs (les organismes qui évaluent sont également évalués). Cette extension de l'évaluation se double d'un alourdissement administratif et procédurier difficile à supporter par les acteurs du soin. Mais surtout l'intensification de la force normative de l'évaluation se fait souvent au détriment de la réalité d'une véritable garantie : **l'évaluation est ressentie par les acteurs comme une contrainte très forte alors qu'elle n'est souvent ni obligatoire ni véritablement contraignante.**

La reconnaissance de la distorsion pathologique de l'évaluation est déterminée par différents marqueurs que Catherine THIBIERGE évoque sans compromis. D'une part « sa dimension totalisante » caractérisée par « la propension de l'évaluation à régir, sans limites, l'ensemble de la société, tous secteurs confondus, avec une transposition aux activités centrées sur l'humain, aux œuvres de l'esprit et finalement aux personnes, des indicateurs de mesure propres aux choses. ». Mais plus encore et notre analyse en témoigne, cette tendance ne trouve que très peu de résistance dans les esprits convaincus non seulement de son inéluctabilité mais surtout de son bien-fondé : elle génère d'ailleurs des transgressions des valeurs médicales en son sens (transgression par acrasie ou adiaphorie). Elle semble avoir conquis son évidence triomphante<sup>196</sup> et incontestable en médecine sur le socle de la sécurité alliée à la qualité.

La superposition des fonctions de direction et de mesure, que nous avons déjà évoquée, est trompeuse et ses effets sont délétères. L'évaluation a par exemple, introduit une dimension inédite dans la décision médicale tout comme dans tous les espaces de travail : l'évaluation individualisée. « En amont, elle conditionne la définition des activités et leur standardisation, les objectifs fixés et les contrats passés avec la hiérarchie ; en aval, elle organise le contrôle de l'activité – parfois sur une base quotidienne –, détermine ce que chacun est censé recevoir de son activité – rémunération, prime, promotion, etc. – et

---

<sup>196</sup> B. Vidaillet, *Evaluez-moi ! Les ressorts d'une fascination*, Seuil., 2013.

conditionne de nouveaux objectifs. »<sup>197</sup> L'évaluation individualisée couramment pratiquée a pour effet d'atomiser l'individu, l'isolant de ses collègues dans un face à face à l'Institution à laquelle il « rend des comptes » et elle est finalement ressentie sous le label de « surveillance ».

### c. Collaboration / coopération / discussion : résistance éthique

---

S'il est indéniable que la densification normative s'appliquant au soignant aurait pu l'isoler, elle s'est traduite en réalité par la nécessité de collaboration, de coopération et de discussion face à la complexité scientifique, technique mais aussi au regard de la complexité induite par la densification normative. A tel point que les sources normatives se sont également saisies de cette dimension de la décision médicale jusqu'à la volonté de les normaliser dans des recommandations, puisque « des équipes efficaces produisent des soins plus sûrs »<sup>198</sup>. La collaboration répond ainsi à la complexité croissante des soins induite par la progression des sciences, tandis que la coopération est rendue nécessaire pour établir la cohérence des tâches « morcellées » par les impératifs organisationnels.

D'ailleurs, une analyse horizontale des motivations des acteurs fait apparaître de manière notable une dimension qui nous semble récurrente dans les transgressions légitimées éthiquement par les acteurs : la collaboration, la coopération, la délibération, la discussion. En effet, que ce soit au sein des équipes soignantes, au sein des services ou dans l'espace privé du colloque singulier avec le patient ou même dans l'intimité intellectuelle du soignant, la transgression éthiquement légitimée est souvent une transgression négociée : négociée par des discussions au sein des services, négociée par des coopérations entre différents acteurs du soin, négociée par la collaboration avec le patient, négociée par la délibération « avec soi-même », et même négociée par la consultation critique de la production de la littérature. Sous cet aspect, la transgression répond quasi constamment à des niveaux certes différents, mais répond tout de même à l'exigence fondamentale de l'éthique de la discussion qui cherche le consensus ou tout le moins le compromis. Ainsi, la dimension éthique de la transgression

---

<sup>197</sup> B. Guźniczak, « Évaluez-moi ! Les ressorts d'une fascination », *Les Cahiers Dynamiques*, 2014, n° 62, 4, p. 14-21.

<sup>198</sup> HAS, *Qu'est-ce que le travail en équipe ?*, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe).

reconnue par l'acteur est justifiée, et sa responsabilité assumée est le fruit d'un esprit critique cherchant à ajuster sa décision dans la prise en compte des divers facteurs et intervenants et non une simple posture de conviction personnelle.

Mais « si la coopération vise le travail tel qu'il se réalise concrètement, et si par ailleurs, comme on l'a vu, les professionnels sont obligés de contourner les règles, de les transgresser pour les adapter et parvenir à atteindre les objectifs ; cela implique qu'il faut de la confiance pour coopérer. Il faut pouvoir exposer son travail aux collègues, un travail impliquant ces transgressions qui sont indispensables à son accomplissement, de même qu'il faut connaître le travail réel des autres et leur manière spécifique de tricher avec les règles<sup>199</sup>. Ces manières collectives de faire face au réel, mises en débat quotidiennement dans le cadre d'échanges plus ou moins formels, constituent les règles du métier. Ce ne sont donc ni les prescriptions, ni les protocoles ; mais les façons concrètes de s'y prendre, les ficelles du métier, les compromis acceptables qui définissent la bonne manière de faire face à des situations complexes et mouvantes. C'est une manière de combiner les multiples contraintes, injonctions parfois contradictoires issues de la diversité des acteurs institutionnels. »<sup>200</sup>

Cette dimension de la « discussion », est particulièrement mise en évidence par la littérature contemporaine sur « la fin de vie ». D. JACQUEMIN et P. RODRIGUES<sup>201</sup>, par exemple, évoquent la redécouverte du mot de « transgression » afin de « mieux nommer l'action et le sens de cette dernière » lorsque, face à une situation singulière comme la demande de mort qui est réalisée par l'équipe (strictement dans les termes prévus par la loi). Ce qui nous semble instructif dans leur article c'est la dimension du malaise induit par « l'innomé », le « sans mot ». En effet, « pouvoir nommer ce qui est et se vit permet d'entrer dans un processus de rendre compte, certes aux autres, mais peut-être par-dessus tout à soi-même et de pas rester dans cette attitude souvent rencontrée de « ne pas être bien avec ça ! ». Il importe à nos yeux de pouvoir réellement qualifier ce qu'on fait et d'oser en parler

---

<sup>199</sup> Tricher dans le courant d'ergonomie de langue française, ce n'est évidemment pas voler ou tromper, c'est bien plutôt dans le sens d'« atténuer ou dissimuler un défaut matériel dans l'exécution d'un ouvrage, grâce à des artifices ou à des procédés de métier » (Littré).

<sup>200</sup> L. Seferdjeli et F. Terraneo, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », art cit.

<sup>201</sup> D. Jacquemin et P. Rodrigues, « Pertinence du recours au concept de transgression face aux nouvelles situations de fin de vie », *Ethics, Medicine and Public Health*, 2015, 1, 4, p. 424-430.

même si l'action conduit le professionnel en des lieux et des modalités qui ne sont pas habituellement les siens ». La transgression qualifie dans cet article « ces gestes (...) qui renvoient à l'extension d'un mandat de la médecine que des professionnels n'avaient pas généralement choisi dans la genèse de leur engagement. En effet, la médecine se trouve de plus en plus conviée à devoir assumer la médiation du sens de l'existence. C'est à elle qu'il appartient largement -quand ce n'est pas exclusivement pour certains de nos contemporains- de réguler, via la demande individuelle du patient, le rapport instauré au bonheur, au malheur, assignée qu'elle est de répondre à toute sollicitation de restauration d'un « équilibre » désiré. ». Cette extension croissante du rôle social de la médecine met en jeu de nouvelles responsabilités souvent bien lourdes qui peuvent mettre à mal l'identité morale du soignant et même l'atteindre dans son intégrité. Or « c'est la reconnaissance partagée du non-habituel, du hors lieu, de la limite qui, seule, permet de tenir dans une action sensée dont, individuellement et collectivement, on peut reconnaître l'horizon, celui de la nomination d'une exception de sens paradoxalement argumentée de manière sensée. » Ainsi la transgression peut ouvrir l'espace de la communication, conduire à l'éthique délibérative quant à la pertinence des normes et plus encore lorsque celles-ci conduisent à un dilemme par leurs ambiguïtés, leurs conflits ou même encore leur absence.

Ainsi pour reprendre Michel FOUCAULT à propos de la transgression, **« il faut la dégager de ses parentés louches avec l'éthique. La libérer de ce qui le scandaleux ou le subversif, c'est à dire de ce qui est animé par la puissance du négatif. La transgression n'oppose rien à rien, ne fait rien glisser dans le jeu de la dérision, ne cherche pas à ébranler la solidité des fondements ; elle ne fait pas resplendir l'autre côté du miroir par-delà la ligne invisible et infranchissable. (...) Peut-être n'est-elle rien d'autre que l'affirmation du partage. »**<sup>202</sup> La transgression à notre sens ouvre l'espace de la discussion théorisé par HABERMAS<sup>203</sup>, à ce titre elle contribue à développer l'aspect éthique d'une décision en s'affranchissant des normes ou en les dépassant au sein des délibérations.

La décision médicale est un lieu de tension entre les valeurs (individuelles, scientifiques, morales, professionnelles...) mais également entre les valeurs et les normes (protocoles, recommandations, référentiels, principes...). La transgression ouvre le champ des possibles en

---

<sup>202</sup> M. Foucault, « Préface à la transgression », art cit.

<sup>203</sup> J. Habermas, *De l'éthique de la discussion*, op. cit.

convoquant les acteurs dans une démarche de négociation et d'exploration au-delà de leur propre point de vue mais surtout au-delà du point de vue institutionnel. En s'affranchissant des « rails normatifs », elle invite à prendre en compte la « norme des normes » c'est-à-dire les intérêts et le bien être des personnes dans le respect essentiel de leur être et de leur existence. Elle nous soumet à l'esprit critique par la prise en compte des jugements de chaque participant à la décision en nous conviant au pluralisme et au respect de l'autre sans entraves mais surtout sans protection exogène. La transgression « met à nu » la pensée de l'acteur devant le groupe mais elle lui permet également d'évoluer par la recherche du consensus ou à défaut du compromis et le « rhabille » d'une perspective nouvelle : une meilleure connaissance de lui-même et de l'autre, une confiance renouvelée envers l'équipe dans le partage de la responsabilité.

Cette activité de négociation « affûte des dextérités et des connaissances qui aboutissent à la mise à jour d'une identité de soi et à la maîtrise des conditions qui entourent cette identité.(...) Autrement dit, l'aptitude à la négociation comme partie de l'interaction en société requiert et génère une socialisation profonde. (...) L'articulation du lien entre le légitime et le social s'exprime aussi par une deuxième fonction importante du négociable qui est de contribuer de façon cruciale à la constitution de la symbolique de la liberté. »<sup>204</sup>

## II. TRANSGRESSION, ETHIQUE ET CONTROLE SOCIAL

---

**La médecine est une construction historique et sociale et doit être pensée en fonction de son inscription dans la société, c'est-à-dire en fonction de la manière dont la société, à un moment donné, définit la nature des relations sociales qui l'anime et en fonction des conflits et tensions qui la traversent.** D'ailleurs pour FOUCAULT, notamment, « la médecine n'est donc que sociale en son origine, et sa naissance scientifique est incompréhensible si l'on ne tient pas compte de cette origine. »<sup>205</sup>. Ainsi, « l'histoire de la médecine telle que la pratique Foucault doit donc être tout d'abord l'archéologie de notre auto-constitution comme sujets malades et en bonne santé, ainsi que de notre perception, de nos pensées et pratiques relatives à la maladie, à la santé, au médecin, à l'institution médicale et à ses normes. »<sup>206</sup>.

---

<sup>204</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social*, op. cit., p. 60.

<sup>205</sup> Michel Foucault *et la médecine*, p.32.

<sup>206</sup> *Ibid.*, p. 14.

Pour lui, « depuis la fin du XVIIIe siècle la médecine, liée au développement du capitalisme, est une « stratégie » qui évolue sur deux voies conjointes et complémentaires : celui du progrès des sciences du vivant et de la matière auxquelles elle est indexée, et celui d'une multiplication des lieux où ces énoncés scientifiques sont dits, écrits, mémorisés, réappropriés, réactivés, entretenant par là même le jeu d'un pouvoir normalisateur. »<sup>207</sup>. L'inscription de la médecine dans la pratique sociale est une entente entre le maître CANGUILHEM et l'élève FOUCAULT qui, prolongeant le travail de son mentor, conforte la perspective selon laquelle les savoirs médicaux et les pratiques médicales ne sont pas indépendants des normes sociales dans lesquelles ils sont insérés, inscrits. Plus encore, pour FOUCAULT la pratique sociale de la médecine se traduit par la notion d'Institution. « Les institutions sont alors des structures concrètes dont la fonction est de faire correspondre des pratiques de répression au nouveau discours normalisateur de la maladie mentale et de la clinique. C'est précisément cette correspondance des pratiques au discours de l'institution que Foucault va mettre en question durant les années soixante-dix, en introduisant dans l'appréhension des institutions disciplinaires (écoles, prisons, usines, casernes, hôpitaux) l'analyse de la « microphysique du pouvoir ». Celle-ci va lui permettre d'introduire un écart entre la rationalité du discours que tient l'institution sur elle-même et la rationalité de l'exercice effectif de son fonctionnement qui va le conduire à une « problématisation des institutions ». »<sup>208</sup>

Aujourd'hui pour LIANOS, le terme Institution qualifie « toute structure qui centralise le comportement humain autour de sa propre existence et de ses propres projets, et dans ce sens, configure inévitablement les fragments d'action et de pensée qui lui sont consacrés, avec un impact sur la vie interne, intime et sociale des sujets de ces fragments. (...) Ce qui crée l'Institution dans la modernité récente est sa fonction de jonction, sa concentration des actions et des pensées autour d'elle, et donc sa capacité inhérente à réguler ces actions et pensées, du fait qu'elle les génère. La densité et la minutie de la maîtrise des comportements effectués par la séduction et la coordination utile, plutôt que par la force, font que la société des institutions nous propulse dans une « grande régularisation » dont le sujet contrôlé est

---

<sup>207</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>208</sup> P. Sauvêtre, « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions », *Tracés*, 2009, 17, p. 165-177.

principalement un usager et consommateur actif et sélectif. »<sup>209</sup> Cette redéfinition permet d'appréhender l'enjeu contemporain de l'exercice de la médecine qui, quittant la pratique disciplinaire, n'en intègre pas moins les nouveaux schèmes du contrôle social post-industriel.

C'est ainsi que la médecine d'aujourd'hui peut se comprendre dans « la folie de la norme »<sup>210</sup>, dans une densification normative qui, « apparaît comme un phénomène de société, une tendance majeure de l'évolution de nos sociétés, caractéristique de la période contemporaine. À cette échelle, nous pouvons la définir comme un processus sociétal global par lequel les normes montent en puissance, à l'échelle de la société toute entière. »<sup>211</sup>. A tel point que ce processus traduirait une forme inédite de contrôle social.

### 1. De la normalisation à la standardisation

---

Tandis que la normalisation vise à ramener à un état normal, habituellement constaté dans sa fréquence, ce qui avait cessé de l'être, ou vise à rendre normal ce qui ne l'était pas encore, la standardisation vise à rendre conforme à un même type, à un modèle unique. Entre la normalisation et la standardisation se joue une fois encore la polysémie de la norme qui dans un cas se réfère à la fréquence, et dans l'autre se réfère à un modèle prototypique. Si la normalisation a perdu son innocence au sein de l'activité médicale par l'intégration du changement de paradigme initié par CANGUILHEM puis FOUCAULT, la standardisation, elle, nous l'avons vu, est en pleine puissance d'extension. **La standardisation induit elle aussi un contrôle, une vérification et une évaluation de conformité mais cette vérification et cette évaluation ne se réfèrent plus à des catégories biologiques, ni même sociales mais organisationnelles.**

En effet, la standardisation est produite par l'activité gestionnaire planifiée. Elle correspond aux exigences d'un mode complexe d'organisation qui nécessite un contrôle constant afin de servir la qualité et la sécurité tant des décisions, des pratiques, du parcours de soin...etc. D'ailleurs « le contrôle intégré à l'activité institutionnelle est souvent perçu comme bénéfique et parfois même libérateur plutôt que contraignant, par ce qu'il forme une condition préalable et souvent, fait partie d'un service offert à la population de son champ,

---

<sup>209</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social*, op. cit., p. 16.

<sup>210</sup> C. Dejours, « La folie de la norme », art cit.

<sup>211</sup> C. Thibierge, *Postface*, op. cit.



autrement dit, aux « usagers ». (...) Par définition le contrôle institutionnel est impersonnel dans son origine et atomisé dans sa réception car il est conçu et appliqué par une organisation dans un contexte de processus généralisé de distribution homogène d'une certaine activité. »<sup>212</sup> Ainsi, l'Institution hospitalière, par exemple, émet son activité de manière diffuse et impersonnelle par un flux gestionnaire de retour et de suivi sur des individus isolés.

Dans un tel contexte, on comprend que la densification normative sert la nécessité « de réguler exclusivement la coquille fonctionnelle » de l'Institution. Le contrôle est normatif parce qu'il est gestionnaire et non l'inverse<sup>213</sup>. La décision médicale « doit » se standardiser parce qu'elle « ne doit pas » entraver le flux d'efficacité institutionnelle et organisationnelle plébiscitée de manière paradoxale par l'utilisateur lui-même.

Ainsi les transgressions éthiquement mobilisées ne réinvestissent pas seulement la dimension inter-subjective face à une rationalisation déshumanisante, mais contrarient plutôt ce que L. MICHALIS nomme le « dé-sujetissement » de l'individu. Elles dérogent à l'exigence de n'avoir pour objectif que des comportements propices à l'efficacité fonctionnelle de l'organisation. La transgression de ce point de vue est exempte de tout jugement cognitif ou moral de la part de l'Institution, elle n'a pas de contenu axiologique, elle n'est perçue que sous l'angle d'un problème de régulation organisationnelle qu'il s'agit de résoudre sans référence à la pensée de l'acteur ou de l'utilisateur.

## 2. De la standardisation à la régulation

---

La fonction de la rationalisation ou de la standardisation est une fonction organisationnelle qui vise à anticiper et prévoir pour mieux gérer mais la densification normative qui enchâsse aujourd'hui la pratique et la décision médicale sur des « rails normatifs » cherche à en établir également, selon nous, la régularité. Cette régularité s'exprime d'abord dans le caractère d'un mouvement, d'un processus soumis à un rythme uniforme qui s'établit dans une certaine constance. Tel est l'objectif de l'Institution aujourd'hui : établir la fluidité du traitement des malades, construire des parcours de soin sans « à coup », sans fluctuation, dans une circulation harmonieuse et homogène. Repérer et éradiquer les obstacles, les obstructions, les aspérités quelle qu'en soit la nature afin de

---

<sup>212</sup> M. Lianos, « Le contrôle social après Foucault », *Surveillance & Society*, 2003, 1, 3, p.434.

<sup>213</sup> M. Lianos, « Le contrôle social après Foucault », art cit.

fluidifier le fonctionnement. La régulation se traduit par le fait d’agir sur le système complexe de l’Institution et d’en coordonner les actions pour un fonctionnement correct et régulier un peu à l’image du Métro<sup>214</sup>. « Dans l’interaction automatisée, la distinction disparaît entre ce qui est de l’ordre du normatif et ce qui est de l’ordre du praticable. Tout ce qui marche est norme et tout ce qui ne marche pas est déviance. Dans un paquet de socio-régulation efficace, la déviance devient impossible et la norme une règle technique d’action, un paramètre neutre, indépendant de toute décision et valeur. On a là sans doute la plus importante transformation qui soit jamais intervenue dans le champ du contrôle social, si l’on excepte les périodes de bouleversement extrême de la régulation sociale, telles que les guerres, les révolutions ou les catastrophes majeures».

### 3. De la régulation au flux

---

Stéphane VELUT raconte d’une manière très claire comment l’expression « transformer l’hôpital de stock en hôpital de flux »<sup>215</sup> le fait sortir de sa torpeur intellectuelle et réaliser à quel point « déconnecter les mots de la chose, inhiber le langage jusqu’au politiquement correct est devenu pandémique »<sup>216</sup> au sein de l’Institution. Et pour cause, le flux, la régularité, le bon fonctionnement sont des paramètres neutres, indépendants de toutes décisions et valeurs. A notre sens, il n’y a pas véritablement d’agents qui imposent réellement une gouvernance déshumanisante au nom de l’exigence de régulation organisationnelle parce qu’il n’y a pas non plus de véritable pouvoir qui en aurait la charge tant dans l’intention que la réalisation : « la définition de ce qui appartient ou non à la sphère du contrôle ne dépend ni de la conscience du sujet ou du groupe impliqué ni de la volonté de celui qui produit l’effet en question, mais plutôt des conditions que forme leur interaction »<sup>217</sup>. En réalité, en passant de la normalisation à la standardisation, de la discipline au contrôle, « des gens communément nommés malades » à la régulation des flux, l’Institution notamment

---

<sup>214</sup> M. Lianos, *Le nouveau contrôle social*, op. cit.

<sup>215</sup> S. Velut, *L’hôpital, une nouvelle industrie*, op. cit., p. 6.

<sup>216</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>217</sup> M. Lianos, « Le contrôle social après Foucault », art cit, p. 435.

hospitalière, mais l'Institution de la santé en général, ne fait que traduire les formes évolutives du contrôle social vers une « fluidité indifférente et efficace »<sup>218</sup>.

#### 4. Légitimité de la transgression pour une décision éthique

---

##### **Pourquoi une décision éthiquement légitimée peut-elle être qualifiée de transgression ?**

Le soubassement d'une telle question réside avant tout, nous l'avons vu, dans une superposition ou plus précisément une confusion des fonctions de la norme. Affirmer de manière laconique qu'une transgression est éthique, c'est transcrire la confusion entre la fonction de contrôle de la norme et sa fonction guidante, entre la norme-instrument et la norme-idéal. Bref, cette assertion est signifiante de l'amalgame entre les normes et les valeurs.

Nous avons vu que les normes peuvent avoir pour fonction de cadrer et parfois même contraindre la réalisation de la décision médicale, mais nous avons également vu que les normes véhiculées par la réflexion professionnelle peuvent être des normes guidantes et inspirantes concernant l'intention de la décision, attachée aux valeurs essentielles de la pratique médicale. D'un côté, il s'agit de normes instrumentales de réalisation, de l'autre il s'agirait de parler plus justement de valeurs du soin.

En effet, le respect, le souci de l'autre, l'attention, la vulnérabilité, l'autonomie, la justice, la confiance, l'interhumain, la responsabilité...etc. relèvent davantage de l'engagement de l'acteur du soin que du respect des dispositifs normatifs exogènes. Ainsi, pour LEVINAS, c'est toujours dans le visage d'autrui que je rencontre l'exigence de valeurs ou pour le dire autrement c'est dans l'expérience du partage de la vulnérabilité que se construit « le fonds commun d'humanité ».<sup>219</sup> Les valeurs relèvent de l'expérience, de la formation et de la liberté du sujet, elles se construisent par une série d'adhésions qui déterminent un choix dont la motivation ne saurait être imposée sous peine de devenir une contrainte impossible à garantir. Pour autant, les valeurs qui justifient la légitimité de la transgression, telles qu'elles sont apparues dans les motivations, ne relèvent pas simplement de la subjectivité du soignant (désirs ou préférences) et en cela dans la pratique médicale, elles ne peuvent pas être éconduites par ce soupçon de relativité. « Il est possible d'identifier un grand nombre de

---

<sup>218</sup> M. Lianos et M. Douglas, « Danger et régression du contrôle social », art cit, p. 20.

<sup>219</sup> A. Zielinski, « La vulnérabilité dans la relation de soin », *Cahiers philosophiques*, 2011, n° 125, 2, p. 89-106.

critères de distinction entre le normatif et l'axiologique qui n'ont rien à voir avec le supposé caractère universel des normes et le supposé caractère relatif des valeurs ». <sup>220</sup> Ainsi pour Ruwen OGIEN un des critères de la distinction entre les normes et les valeurs, est relatif à la séparation d'analyse que nous avons posé entre l'intention et la réalisation de la décision. Pour lui, « pour être complet, un énoncé normatif doit faire référence à un agent, spécifier un type d'action obligatoire, permise ou interdite et des circonstances. L'action ne doit être ni nécessaire ni impossible. Les énoncés évaluatifs s'appliquent aux actions mais aussi aux croyances, aux émotions, au caractère, à certains objets ou événements naturels, bref, à toutes sortes de choses dont il ne dépend pas de nous qu'elles soient ou pas ». <sup>221</sup> Autrement dit, la puissance normative s'applique à ce qui doit être, tandis que les valeurs s'appliquent à ce qui est -sans nous- ou ce qui pourrait être. Dans cette distinction ontologique réside la limite dont nous parle la transgression : la norme voudrait conditionner l'intention.

La transgression peut donc apparaître comme transgression des normes institutionnelles tout en se justifiant par l'adhésion à des valeurs éthiques et déontologiques. Dans ce cas, la transgression apparaît comme significative de la culture médicale qui privilégie dans son exercice l'adéquation aux valeurs sur l'orthodoxie des normes.

---

<sup>220</sup> R. Ogien, « Repenser les relations entre les faits, les normes et les valeurs », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 2012, Vol. 45, 1, p. 17-31.

<sup>221</sup> *Ibid.*

## CONCLUSION

---

Notre revue raisonnée de la littérature sur la transgression nous a amené, nous le savions, à une profonde réflexion sur les normes qui est d'ailleurs loin d'être épuisée.

Le processus de la densification normative qui touchent la décision et la pratique médicales se traduit par une violente rationalisation économique sous prétexte d'une rationalisation scientifique, par la standardisation généralisée nourrie des impératifs organisationnels d'efficacité, par une inflation de l'inspection et de l'évaluation légitimée par des exigences de qualité et de sécurité, une acceptation unilatérale des dispositifs de contrôle signifiant une fusion de la liberté et de la contrainte concernant autant le soignant que le soigné. Les effets de cette densification sont les signes d'un réagencement de l'organisation de l'Institution de la santé sur le modèle des dispositifs de régulation propres à nos sociétés contemporaines.

Il est désormais acquis que la médecine est une pratique sociale. Au cours de son évolution elle a toujours porté en son sein les transformations profondes de la société, « le champ de la santé peut être considéré non seulement comme exemplaire du champ social en général, mais aussi comme un bon vecteur d'éclairages sur un large éventail de faits et de rouages sociaux, en particulier en ce qui concerne les transformations des normes et des valeurs ». <sup>222</sup> Aujourd'hui, la densification normative comme phénomène social global nous invite à dépasser les références Foucaaldiennes pour appréhender les paradigmes modernes qui émergent de l'analyse et des réflexions contemporaines identifiant des formes nouvelles du lien social et du contrôle social. La médecine souffre et se disperse dans les qualificatifs de cette souffrance sans trouver, nous semble-t-il, l'unité de ses maux qui lui permettrait de faire face à ses bouleversements, à en comprendre les enjeux. Peut-être est-ce parce que cette transformation est profonde mais imperceptible. Peut-être est-ce parce qu'elle se joue à un niveau qui la dépasse, sur « la toile institutionnelle » dont elle n'est plus vraiment un acteur de normalisation mais un instrument de régulation, ce qui expliquerait que la souffrance et la réification ne touchent plus seulement le soigné mais tout aussi violemment le soignant.

La transgression est duale : elle peut relever de la « fabrique du consentement » et traduire les dérives de la « servitude volontaire », mais elle peut également révéler la

---

<sup>222</sup> Normes et valeurs dans le champ de la santé, p.7.

saturation normative, et traduire une forme de dysfonctionnement. Le paradoxe nous est apparu clairement : la transgression procède, selon, d'une obéissance ou d'une désobéissance.

La double valence de la transgression est confirmée : elle peut générer des actes légitimes et nécessaires, mais aussi des actes inacceptables et dommageables malgré une finalité constante : le soin. Juger de sa légitimité peut se faire a posteriori, une fois l'acte accompli, dans un mouvement réflexif qui reconstruit l'historique du processus de la décision médicale et cherche à questionner la pertinence du résultat au regard des valeurs de l'éthique. Mais elle peut être envisagée a priori parfois pressentie -à défaut d'être nommée- dans le « champ des possibles » et mobiliser les valeurs éthiques afin d'ouvrir la discussion, la concertation et engager un débat ouvert quant à la responsabilité de chacun des acteurs pour construire de manière collaborative l'intention et la réalisation d'une décision située.

Ce paradoxe est induit par la densification normative qui « valorise les actions techniques et non les actions d'écoute et d'accompagnement qu'elle ne peut objectivement ni mesurer, ni contrôler ou évaluer et qui non seulement ne relèvent pas de l'optimisation organisationnelle des flux et de la régulation, mais qui sont chronophages et inconciliables avec les modèles décisionnels standardisés. Cette non-reconnaissance de la discussion et de la réflexion éthique » comme un acte libre et éclairé du soin « conduit indirectement à ne plus réfléchir, à agir sans réfléchir, à ne plus penser à ce que nous pouvons produire sans réfléchir avant d'agir ». <sup>223</sup> La densification normative est telle qu'elle peut parfois faire oublier l'objet même de ces normes : le soigné. Ainsi l'obéissance exagérée aux dispositifs normatifs peut produire des décisions aveugles à l'intention éthique qui devrait les motiver, des décisions qui, privées de sens, génèrent de la souffrance tant pour le soignant que pour le soigné. Et la désobéissance peut alors apparaître comme légitime et éthiquement fondée par les valeurs du soin.

Comme nous avons averti, il ne s'agit pas de faire l'éloge de la transgression au nom d'un idéal polymorphe, ni même de proposer une « éthique de la transgression » mais nous sommes en accord avec AUBRY lorsqu'il nous convie à non pas transgresser la norme mais le rapport à la norme, le rapport à la fonction de contrôle de la norme, tout en restant dans

---

<sup>223</sup> I. Martin et M. Chaix, « 18 octobre 2017 - Savoir soigner, est-ce savoir transgresser ? - Information et débats - EREBFC », art cit.

l'espace du droit, et en garantissant le bon fonctionnement de l'institution. Il faut réfléchir au rapport individuel que chacun d'entre nous entretient avec la norme et se donner les moyens de discuter collectivement sa fonction au lieu de la subir avec, parfois, une certaine résignation. Cette interrogation concerne l'éthique elle-même, « qu'est-ce que faire de l'éthique ? », à cette question deux façons de répondre : soit élaborer des normes et y conformer les actes en vue du soin, soit s'affranchir de manière raisonnée de ces normes si nécessaire par la discussion collective. D'un côté, la réflexion éthique peut renforcer la fonction de contrôle de la norme, la puissance d'évaluation et finalement la densification normative. Elle peut d'un autre côté, développer sa fonction guidante légitime, sa puissance opératoire et proposer un éclairage critique sur les dispositifs de régulation, sur le lien social et la société. Ici, ce n'est pas le lieu pour établir ce choix, si tant est qu'il faille véritablement en faire un ! Mais il paraît clair que le développement moderne de l'activité éthique cherche l'équilibre.

Historiquement fondée, la force normative de l'éthique est très spécifique puisqu'elle tente de se maintenir détachée du caractère obligatoire traditionnel. F. DREIFUSS-NETTER associe l'éthique dans l'activité médicale à une « normativité parajuridique à caractère déontologique »<sup>224</sup>. En dehors du champ particulier de la bioéthique, attaché à la maîtrise du progrès médical, il n'existe pas de « loi d'éthique » parce qu'« aucune loi ne saurait dispenser les acteurs de santé de leur réflexion éthique »<sup>225</sup>. Nous l'avons vu à propos des transgressions normatives. C'est pourquoi la réflexion éthique « peut conduire à une transgression de la loi, en connaissance de cause, et en assumant les conséquences de son comportement ». Autrement dit, le droit ne définit pas l'éthique, il définit le corps de la loi.

Mais l'éthique est peut-être l'Esprit de la loi, l'Esprit de la Lettre, que nous avons évoqué, et dans ce rôle elle peut permettre de pallier les aberrations de celle-ci, l'interpréter, dépasser ses contradictions, la faire évoluer. Ainsi « les comités d'éthique peuvent, par leur réflexion éthique, inspirer des normes juridiques mais l'éthique elle-même ne peut être la norme. Cette affirmation doit être entendue dans deux sens différents : l'éthique n'est pas la norme parce que seule la loi a un caractère obligatoire sanctionné par l'État mais en outre, l'éthique ne saurait être « normative » car chaque situation médicale est unique et ne peut être évaluée

---

<sup>224</sup> F. Dreifuss-Netter, « Ethique et régulation en santé », *Annales de la Régulation*, 2009, 2.

<sup>225</sup> Centre de recherche juridique Pothier (ed.), *La force normative*, op. cit., p. 606.

d'une manière générale. Il ne saurait y avoir de « norme » universelle des comportements dans le domaine de la santé »<sup>226</sup>.

L'éthique propose des instruments à forte portée normative c'est-à-dire ayant une force inspiratrice mais sans établir leur garantie, parce qu'elle a une double fonction : « inspirer le législateur et guider les soignants ». De ce point de vue, elle actualise, rappelle et défend le sens abstrait de la norme-idéal comme un rempart contre la densification normative des modèles concrets de régulation, standardisés, qui servent la régulation organisationnelle « désujettissante ». Cette force normative indicative -l'éthique indique le chemin- éclaire, notamment par la transgression lorsque c'est nécessaire, l'esprit des normes générales qu'elle transcrit, qu'elle transpose dans une « application concrète, avec peut-être un rôle prophylactique... »<sup>227</sup>.

Cette étude a donc montré que l'éthique peut se positionner en parallèle des normes, parfois en opposition avec celles-ci et protège l'interhumain de la généralité neutre et abstraite des dispositifs de régulation mis en place par les institutions. De ce point de vue, il ne faudrait pas lui faire perdre la spécificité de sa force normative, à savoir son caractère non obligatoire, sa fidélité au sens premier de la norme, « la norme de normes » : guider tout en s'appuyant sur des valeurs essentielles de la médecine ainsi que sur la confiance en l'humanité des acteurs, qu'elle restaure parfois contre le contrôle institutionnel pour protéger le soigné mais aussi le soignant de la réification.

Ne perdons pas la conviction à laquelle Paul RICOEUR nous invite : « parler éthique, c'est partir de la conviction qu'il existe une manière « meilleure » d'agir et de vivre. Une « vie bonne », mais aussi une manière de vivre bien et pour l'autre; et j'ajouterai aussitôt : dans le cadre d'institutions justes. La réponse aux demandes d'éthique implique ces trois références: souci de soi, souci de l'autre, souci de l'institution »<sup>228</sup>.

---

<sup>226</sup> *Ibid.*, p. 607.

<sup>227</sup> *Ibid.*, p. 608.

<sup>228</sup> P. Ricoeur, « L'éthique, la morale et la règle », *Autres Temps*, 1989, 24, p. 52-59.



### Limites et prolongements envisageables de la recherche

---

- Au niveau empirique, **conduire une étude sur les normes** pour revisiter et compléter notre analyse raisonnée de la littérature à la lumière des témoignages des professionnels sur le terrain.
- Au niveau pragmatique, préciser la violence institutionnelle qui légitime les transgressions et questionne les normes d'organisation par dispositifs de régulation tant du côté du soignant, que du côté du soigné.
- Au niveau des normes, questionner de manière contemporaine la notion « d'autonomie » sous l'éclairage de la notion de la « fusion de la contrainte et de la liberté » développée par Michalis LIANOS.
- Au niveau philosophique, **approfondir l'analyse des mutations du paradigme de la pensée médicale à la lumière des théories contemporaines du lien social et du contrôle social** (Catherine THIBIERGE et Michalis LIANOS).

## ANNEXES

Tableau récapitulatif de l'évolution des publications sous l'item « recommandations » dans les rapports d'activité de la Haute Autorité de Santé

| Année | TITRE sous lequel apparaissent les recommandations de pratiques professionnelles                    | Recommandations professionnelles | Fiches Mémo | Fiches points clés et solutions – organisation des parcours | « Pertinence » | Protocoles nationaux de diagnostic et de soins PNDS | Guides médecins | Nouveaux items dans la rubrique « recommandations »   | Total publications sous l'item « Recommandations » |
|-------|---|----------------------------------|-------------|---|----------------|---|-----------------|---|--|
| 2005  | Evaluer les stratégies de santé   | 11                               |             |   |                |   |                 |   |  |
| 2006  | Stratégies de santé   | 8                                |             |   |                |   |                 |   |  |
| 2007  | Améliorer la qualité et la sécurité des soins   | 17                               |             |   |                |   | 22              | Accréditation des médecins  |  |
| 2008  | Améliorer la qualité et la sécurité des soins   | 14                               |             |   |                |   | 24              |   |  |
| 2009  | Améliorer la qualité et la sécurité des soins   | 12                               |             |   |                |   | 12              | Collèges de Bonnes pratiques  |  |
| 2010  | Améliorer la qualité et la sécurité des soins   | 9                                |             |   |                |   | 15              |   |  |
| 2011  | Pratiques professionnelles  | 10                               |             |   |                |   | 6               |   |  |
| 2012  | Evaluation et recommandation<br>Outils, guides et méthodes pour la qualité et la sécurité des soins | 12                               |             |   |                |   | 5               | RBP Information   |  |
| 2013  | Evaluation et recommandation<br>Outils, guides et méthodes pour la qualité et la sécurité des soins | 7                                | 12          | 2   | 4              |   |                 | Protocoles nationaux de diagnostic et de soins (maladies rares)<br>Critères de qualité<br>Fiches points clés et solutions - organisation des parcours<br>Protocoles de coopération<br>Notes<br>« Pertinence » |  |

|      |   |    |    |    |    |    |  |  |            |
|------|---|----|----|----|----|----|--|--|------------|
| 2014 | Evaluation et recommandation<br>Outils, guides et méthodes pour la qualité et la sécurité des soins | 7  | 5  | 7  | 3  |    |  | Avis d'efficience  |            |
| 2015 | Evaluation et recommandation<br>Outils pour la qualité et la sécurité des soins                     | 6  | 7  | 13 | 1  | 8  |  | Outils d'accompagnement des parcours de soin (9)   |            |
| 2016 | Recommander   | 3  | 14 | 4  | nr | 17 |  |  | <b>69</b>  |
| 2017 | Recommander les bonnes pratiques  | 7  | 8  | 3  | 5  |    |  | Il faut que l'envie de faire soit au rendez-vous   | <b>71</b>  |
| 2018 | Recommander les bonnes pratiques  | 8  | 8  | 7  | 4  | 14 |  | Référentiels<br>Fiche méthodologique<br>Médico-social<br>Feuilles de route<br>Aide à la prise de décision partagée | <b>142</b> |
| 2019 | Recommander les bonnes pratiques  | 10 | 15 | 8  | 4  | 26 |  | Guides de bonne pratique   | <b>114</b> |

## Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

### Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)

Pour les personnes faisant face à une décision à prendre en matière de santé ou d'ordre social



#### 1 Clarifiez la décision à prendre.

Quelle décision devez-vous prendre?

Pour quelles raisons devez-vous prendre cette décision?

Quand devez-vous faire ce choix?

Où en êtes-vous avec vos réflexions sur ce choix?  Pas encore réfléchi aux options  Sur le point de choisir  
 Réflexion en cours  Le choix est déjà fait

#### 2 Explorez vos options.



##### Connaissances

Indiquez les options et les bénéfices et risques que vous connaissez.



##### Valeurs

Utilisez des étoiles (★) pour indiquer l'importance que vous accordez à chaque bénéfice et risque.



##### Certitude

Sélectionnez l'option qui correspond aux bénéfices qui sont les plus importants pour vous. Évitez les options qui correspondent aux risques les plus importants pour vous.

|           | Raisons de choisir cette option<br>Bénéfices / Avantages / Pour | Importance<br>0★ Pas du tout<br>5★ Énormément | Raisons d'éviter cette option<br>Risques / Désavantages / Contre | Importance<br>0★ Pas du tout<br>5★ Énormément |
|-----------|---|---|--|---|
| Option #1 |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input type="checkbox"/>                      |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input checked="" type="checkbox"/>           |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input type="checkbox"/>                      |
| Option #2 |   | <input checked="" type="checkbox"/>           |  | <input checked="" type="checkbox"/>           |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input type="checkbox"/>                      |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input type="checkbox"/>                      |
| Option #3 |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input checked="" type="checkbox"/>           |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input checked="" type="checkbox"/>           |
|           |   | <input type="checkbox"/>                      |  | <input checked="" type="checkbox"/>           |

Quelle option préférez-vous?  Option #1  Option #2  Option #3  Incertain(e)



##### Soutien

Quelle autres(s) personne(s) est(sont) impliquée(s)?

Quelle option préfère-t-il(s)/elle(s)?

Ressentez-vous une pression de leur part?





Oui  Non  Oui  Non  Oui  Non

Comment peuvent-il(s)/elle(s) vous soutenir pour prendre cette décision?

Quel rôle préférez-vous assumer pour prendre cette décision?





Partager cette décision avec...  
 Prendre cette décision moi-même après avoir considéré les opinions de...  
 Laisser quelqu'un d'autre prendre la décision...

**3 Identifiez vos besoins concernant la décision à prendre.** Adapté de The SURE Test © 2008 O'Connor & Légaré.

|   |                      |   |                              |                              |
|---|----------------------|---|------------------------------|------------------------------|
|  | <b>Connaissances</b> | Est-ce que vous connaissez les bénéfices et risques de chaque option?                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  | <b>Valeurs</b>       | Avez-vous le sentiment de savoir ce qui est le plus important pour vous à l'égard des bénéfices et risques? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  | <b>Soutien</b>       | Avez-vous suffisamment de soutien afin de faire votre choix?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|  | <b>Certitude</b>     | Êtes-vous certain de ce qui constitue le meilleur choix pour vous?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si vous répondez « Non » à une question, vous pouvez revoir les étapes deux 🟡 et quatre 🟣, en réfléchissant à nouveau à vos besoins. Les personnes qui répondent « Non » à une ou plusieurs questions ont tendance à reporter leur décision à plus tard, à changer d'avis, à éprouver du regret vis-à-vis de leur choix ou à blâmer les autres si le résultat qui découle de l'option choisie est mauvais.

**4 Planifiez les prochaines étapes selon vos besoins.**

| Besoins en matière de prise de décision  | ✓ Approches suggérées  |
|--|--|
|  <p><b>Connaissances</b><br/>Si vous pensez ne PAS avoir assez d'information</p>  | <input type="checkbox"/> Renseignez-vous sur les options et les probabilités des bénéfices et des risques.<br><input type="checkbox"/> Dressez une liste de vos questions.<br><input type="checkbox"/> Notez où vous pouvez trouver les réponses à vos questions (p.ex. bibliothèque, professionnels de la santé, conseillers).<br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>  |
|  <p><b>Valeurs</b><br/>Si vous n'êtes PAS certain(e) des bénéfices et des risques qui sont les plus importants pour vous</p>  | <input type="checkbox"/> Révisez les étoiles à l'étape deux 🟡 pour voir ce qui est le plus important pour vous.<br><input type="checkbox"/> Trouvez des personnes qui ont de l'expérience avec les bénéfices et les risques.<br><input type="checkbox"/> Parlez à d'autres personnes qui ont pris cette décision.<br><input type="checkbox"/> Renseignez-vous sur ce qui fut le plus important pour d'autres personnes.<br><input type="checkbox"/> Discutez avec d'autres personnes de ce qui est le plus important pour vous.  |
|  <p><b>Soutien</b><br/>Si vous sentez ne PAS avoir assez de soutien</p> <p>Si vous ressentez une <b>PRESSI</b>ON de la part des autres concernant un choix spécifique</p>   | <input type="checkbox"/> Discutez de vos options avec une personne en qui vous avez confiance (p.ex. un professionnel de la santé, un conseiller, un membre de votre famille, un ami).<br><input type="checkbox"/> Trouvez de l'aide pour vous soutenir dans votre choix (p.ex. financement, transport, garde d'enfants).<br><input type="checkbox"/> Concentrez-vous sur les opinions des personnes les plus importantes pour vous.<br><input type="checkbox"/> Partagez ce guide avec d'autres personnes.<br><input type="checkbox"/> Demandez à une autre personne impliquée dans cette décision de remplir ce guide. (Voyez où vous êtes en accord. Si vous n'êtes pas d'accord sur certaines données, obtenez plus d'informations. Si vous n'êtes pas d'accord sur ce qui est le plus important pour vous, considérez l'opinion de l'autre personne. Chacun à votre tour, identifiez ce qui est de plus important pour l'autre.)<br><input type="checkbox"/> Trouvez une autre personne pour aider tous ceux et celles impliqués dans cette décision. |
|  <p><b>Certitude</b><br/>Si vous êtes incertain(s) du meilleur choix pour vous</p> <p>Autres facteurs rendant la décision <b>DIFFICILE</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> Révisez les étapes deux 🟡 et quatre 🟣, en réfléchissant à nouveau à vos besoins.<br><p>Énumérez d'autres approches pour faciliter la prise de décision :</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>   |

## BIBLIOGRAPHIE

---

AUBRY Régis, *15 février 2017 : Dire l'indicible ! Pourquoi, comment et en quel sens parler de la transgression dans le champ de la santé ? - EREBFC*, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/15-fevrier-2017-dire-l-indicible-pourquoi-comment-et-en-quel-sens-parler-de-la-transgression-dans-le-champ-de-la-sante/>, 2017.

AZRIA Élie, « Le soignant et la standardisation des pratiques médicales », *Laennec*, 2013, Tome 61, 3, p. 32-41.

AZRIA Élie, *Connaissance, incertitude et décision dans la pratique du soin : de la nécessité de décider*, ERES, 2010.

BABEAU Olivier, *La transgression ordinaire. Pratiques et fonctions de l'écart habituel à la règle dans les organisations*, Eska, 2011.

BABEAU Olivier, « Le manager et la transgression ordinaire des règles : le cas des sociétés de conseil en management », 2007.

BABIN E. et GRANDAZZI G., « Les paradoxes du système de soins en France », *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2019, 136, 3, p. 145-146.

BALANDIER Georges, *Anthropologie politique*, Presses Universitaires de France, 2013.

BALANDIER Georges, *La transgression dans un projet d'anthropologue-sociologue*, , 2010.

BAROWSKI Anne, « La transgression dans le conte. - Dévoiler - Avertir - Prévenir ? »

BASZANGER Isabelle, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 1981, 22, 2, p. 223-245.

BATAILLE Philippe et VIROLE Louise, « Quand la morale du soignant devient l'éthique du soin. Conflits éthiques et normes professionnelles en médecines de la reproduction et palliative », *La nouvelle revue du travail*, 2013, 2.

BECK ULRICH, *Société du risque: sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion (coll. « Champs Essais »), 2008.

BETTELHEIM Bruno, *Psychanalyse des contes de fées*, Robert Laffont., 1976.

BOUVENOT Gilles et SERRE Marie-Paule, « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable Off -label drug use in France. A need for clarification », p. 43.

BOUVET Renaud, *Liberté du médecin et décision médicale*, thesis, Rennes 1, 2016.

CCNE, *L'avis 129 contribution du CCNE à la révision de la loi de bioéthique*, , 2019.

CENTRE DE RECHERCHE JURIDIQUE POTHIER (ed.), *La force normative*, Paris [Bruxelles], LGDJ-Lextenso éd. Bruylant, 2009, vol. 1/.

CHAINTRON Julie, *Contes merveilleux ; dossier thématique: la transgression - Andersen, Grimm, Perrault - Librairie Generale Francaise*, 2016.

CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale*, , 2018.

CHAPPOZ Yves et PUPION Pierre-Charles, « Le New Public Management », *Gestion et management public*, 2012, Volume 1/n°2, 2, p. 1-3.

CHOPARD Jean-LUC et FRACHE Sandra, *14 mars 2017 L'éthique, les règles, la transgression : qu'est-ce que « faire de l'éthique » ? - EREBFC*, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/l-ethique-les-regles-la-transgression-qu-est-ce-que-faire-de-l-ethique/> , 2017.

CLOAREC Philippe, « Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle », *Recherche en soins infirmiers*, 2008, N° 93, 2, p. 28-31.

COUTURIER Mathias, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social (RDSS)*, 2014, 1, p. pp.120-133.

CRESPIN Renaud, « Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques », *Sciences sociales et sante*, 2016, Vol. 34, 4, p. 45-69.

DEBRE Bernard, *La grande transgression: l'homme génétiquement modifié*, M. Lafon, 2000.

DEJOURS Christophe, « La folie de la norme : de la norme à la crise », *Le present de la psychanalyse*, 2019, N° 2, 2, p. 121-140.

DELEUZE Gilles, « Post-scriptum sur les sociétés de contrôle. », *L'autre journal*, 1990, 1.

DOREY Roger, *L'Interdit et la transgression*, Paris, Dunod (coll. « Inconscient et culture »), 1983.

DOSDAT Jean-Claude, *Les normes nouvelles de la décision médicale*, BNDS., (coll. « Thèses »), 2004.

DREIFUSS-NETTER F., « Ethique et régulation en santé », *Annales de la Régulation*, 2009, 2.

DUMESNIL Julien, *Art médical et normalisation du soin*, Presses Universitaires de France, 2011.

DUMESNIL Julien, « I. Perte d'autonomie professionnelle ou fin d'un corporatisme archaïque ? », *Souffrance et theorie*, 2011, p. 13-48.

DUMESNIL Julien, *Implications éthiques d'une « protocolisation » croissante... de la pratique médicale*, ERES, 2010.

ELSHOUD Stéphane, *Fiches de droit de la santé et de droit médical*, 2017.

ESTELLON Vincent, « Éloge de la transgression », *Champ psychosomatique*, 2005, n° 38, 2, p. 149-166.

ESTELLON Vincent, « Éloge de la transgression », *Champ psychosomatique*, 2005, n° 38, 2, p. 149-166.

ÉTAT Le Conseil d', *Etude annuelle 2013 : Le droit souple*, <https://www.conseil-etat.fr/actualites/actualites/etude-annuelle-2013-le-droit-souple>.

FOUCAULT Michel, « Des espaces autres. Hétérotopies. », 1984, vol.5.

FOUCAULT Michel, *Préface à la transgression*, , 1963.

FOUCAULT Michel et FOUCAULT Michel, *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard (coll. « Histoire de la sexualité »), 1997.

GIORGIO Agamben, *Qu'est-ce qu'un dispositif ?*

GIRIN Jacques et GROSJEAN Michèle (eds.), *La transgression des règles au travail*, Paris, L'Harmattan (coll. « Collection Langage & travail »), 1996.

GORI Roland, *La fabrique des imposteurs, Les liens qui lièrent.*, 2013.

GRENIER Catherine, GULUDEC Dominique Le, MONTALEMBERT Pierre de et MOUNIC Vincent, « Haute Autorité de santé et normalisation de la médecine », *Les Tribunes de la sante*, 2020, N° 64, 2, p. 37-47.

GUIRAUD-CHAUMEIL, *Les hôpitaux universitaires en l'an 2000*, Toulouse : Privat., 1996.

GUZNICZAK Bernard, « Évaluez-moi ! Les ressorts d'une fascination », *Les Cahiers Dynamiques*, 2014, n° 62, 4, p. 14-21.

HABERMAS Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, Paris, Flammarion, 2014.

HAS, *Qu'est-ce que le travail en équipe ?*, [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe).

JACQUEMIN Dominique, « La transgression : une expérience à penser pour construire la visée éthique de certaines pratiques cliniques », *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*, 2015, 14, 2, p. 91-97.

JACQUEMIN D. et RODRIGUES P., « Pertinence du recours au concept de transgression face aux nouvelles situations de fin de vie », *Ethics, Medicine and Public Health*, 2015, 1, 4, p. 424-430.

LACAN Arnaud, *Le brown-out, ce nouveau fléau dans l'entreprise*,



<https://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2019/04/25392-le-brown-out-ce-nouveau-fleau-dans-lentreprise/>.

LAMBRICHS Louise L, *La vérité médicale: Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*, Paris, A. Fayard-Pluriel, 2013.

LE COZ Pierre, *Petit traité de la décision médicale*, Seuil., 2007.

LEFEVE Céline, « Logique du choix ou logique du soin ? Réflexions à partir de... », *Santé Education*, 2014, 1, p. 30-33.

LEPLAT Jacques, *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*, Presses Universitaires de France, 2008.

LIANOS Michalis, « Le contrôle social après Foucault », *Surveillance & Society*, 2003, 1, 3, p. 431-448.

LIANOS Michalis, *Le nouveau contrôle social: toile institutionnelle, normative et lien social*, Paris, France, L'Harmattan (coll. « Collection Logiques sociales »), 2001.

LIANOS Michalis et DOUGLAS Mary, « Danger et régression du contrôle social : des valeurs aux processus », *Deviance et Societe*, 2001, Vol. 25, 2, p. 147-164.

LLAMBRICH Claire et POUTEAU Cécile, « Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 2017, 44.

LOMBROSO Cesare, *L'homme criminel: étude anthropologique et médico-légale*, F. Alcan, 1887.

MARTIN Isabelle et CHAIX Muriel, *18 octobre 2017 - Savoir soigner, est-ce savoir transgresser ? - Information et débats - EREBFC*, <http://www.erebfc.fr/information-et-debats/18-octobre-2017-savoir-soigner-est-ce-savoir-transgresser/>, 2017.

MINVIELLE Étienne et SICOTTE Claude, « La quête de rationalité : le cas de la standardisation de la prise en charge des malades », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2018, Vol. XXIV, 58, p. 69-90.

MINVIELLE (Etienne), « Dossier : Gérer la singularité à grande échelle. », *GESTIONS HOSPITALIERES*, 1998.

MOL Annemarie, *Ce que soigner veut dire*, Presses des Mines., 2009.

MOUTEL Grégoire, *Défendre la place de l'interhumain dans notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2015.

MOUTEL Grégoire, « Éthique de la recherche biomédicale - Quelles questions sur l'information des patients ? », *médecine/sciences*, 2013, 29, 2, p. 206-210.

MOUTEL Grégoire, « Prise en charge de la douleur et evidence-based medicine : vers un... », *La Lettre du Cancérologue*, 2008, 27, 3, p. 113-114.

MOUTEL Grégoire et HERVE Christian, « Evidence-based medicine : source normative de la relation médecin-patient et de la décision médicale ? », *Act. Med. Int. Neurologie*, 2002, 8, p. 181-184.

OGIEN Albert, « Garfinkel et la naissance de l'ethnométhodologie », *Institut Marcel Mauss - CEMS*, 2016.

OGIEN Albert, *Sociologie de la déviance*, 2012.

OGIEN Albert, « La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales*, 2000, 55, 2, p. 283-312.

OGIEN Ruwen, « Repenser les relations entre les faits, les normes et les valeurs », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 2012, Vol. 45, 1, p. 17-31.

OTTAVIANI Didier, « Foucault - Deleuze : de la discipline au contrôle » dans Emmanuel Da Silva (ed.), *Lectures de Michel Foucault. Volume 2 : Foucault et la philosophie*, Lyon, ENS Éditions (coll. « Theoria »), 2014, p. 59-73.

RAZAC Olivier, *Avec Foucault, après Foucault: disséquer la société de contrôle*, Paris, L'Harmattan (coll. « Esthétiques. Série culture et politique »), 2008.

REACH Gérard, « La médecine, un art de la complexité », *Académie Nationale de Médecine*, 2018.

RICOEUR Paul, « La prise de décision judiciaire et médicale. Le juste et l'éthique médicale », *Méd&Droit*, 1999.

RICOEUR Paul, « L'éthique, la morale et la règle », *Autres Temps*, 1989, 24, p. 52-59.

ROBERT Constance, *Le vécu par les médecins généralistes d'un contentieux en responsabilité médicale*, Faculté de Médecine Paris Descartes, Paris, 2013.

SARDINHA Diogo, « L'éthique et les limites de la transgression », *Lignes*, 2005, n° 17, 2, p. 125-136.

SAUVETRE Pierre, « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions », *Tracés*, 2009, 17, p. 165-177.

SEFERDJELI Laurence et TERRANEO Fabienne, « Comprendre le travail de soins à l'hôpital », *Recherche en soins infirmiers*, 2015, N° 120, 1, p. 6-22.

THIBIERGE Catherine, *Postface : puissances de la norme et densification normative*, EMS Editions, 2017.

THIBIERGE Catherine, « Au Coeur de la Norme : Le Tracé Et la Mesure », *Archives de Philosophie du Droit*, 2008, 51, p. 341–371.

THIBIERGE Catherine, « Force normative : Conclusion ».

THIBIERGE Catherine, « Densification normative: l'essentiel ».

THIBIERGE Catherine, *La densification normative. Découverte d'un processus* - *Sciencesconf.org*, <https://densinormative.sciencesconf.org/resource/page/id/9.html>.

VELUT Stéphane, *L'hôpital, une nouvelle industrie*, Gallimard., (coll. « Tracts »), 2020.

VIDAILLET Bénédicte, *Évaluez-moi ! Les ressorts d'une fascination*, Seuil., 2013.

ZIELINSKI Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin », *Cahiers philosophiques*, 2011, n° 125, 2, p. 89-106.

ZIELINSKI Agata, « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. », *Études*, 2010, 413, 12, p. 631-641.

## Table des illustrations

---

|   |    |
|---|----|
| Figure 1 : pyramide des normes de la décision médicale.....   | 22 |
| Figure 2 : La problématique.....  | 25 |
| Figure 3 : Définition de la norme.....  | 32 |
| Figure 4 : Les fonctions de la norme.....   | 33 |
| Figure 5 : Déclinaison des normes comme modèle.....   | 35 |
| Figure 6 : Puissance de la norme.....   | 38 |
| Figure 7 : La force normative.....  | 41 |
| Figure 8 : Procédure de la décision médicale.....   | 43 |
| Figure 9 : Le processus décisionnel et les fonctions de la norme.....   | 44 |
| Figure 10 : Normes de la décision médicale.....   | 48 |
| Figure 11 : exemple d'augmentation des publications de recommandations par la Haute<br>Autorité de Santé..... | 50 |
| Figure 12 : Densification normative.....  | 55 |
| Figure 13 : Panorama des transgressions.....  | 89 |