

Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ?

Pour attirer et fidéliser des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins, il est nécessaire de repérer et valoriser les capacités organisationnelles et managériales positives existantes.

Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant »

S'il est un constat partagé et difficilement contestable, c'est bien celui de la « crise des ressources humaines » que traversent les organisations sanitaires et médico-sociales. Plusieurs des articles de ce dossier en font suffisamment état pour que nous ne le répétons. Ce constat regrettable et alarmant engage la responsabilité des chercheurs en gestion des ressources humaines (GRH), qui doivent contribuer à nourrir les débats actuels sur l'enjeu de transformation managériale des organisations de santé. La question principale qui leur est posée pourrait être la suivante : existe-t-il des solutions scientifiquement fondées pour attirer et fidéliser de manière durable et stable des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins au service du patient ?

Afin d'illustrer notre propos de chercheur en gestion des ressources humaines, nous avons retenu pour ce dossier les travaux académiques portant sur le Magnet Hospital, ce type d'établissements de santé « où il fait bon travailler et bon se faire soigner » [15]. Élaborés et mis à l'épreuve dans l'univers hospitalier, centrés sur les

professionnels de santé, les recherches sur les hôpitaux « magnétiques » ou « aimants » constituent un corpus de publications scientifiques important. Les résultats de ces études ouvrent, selon nous, une voie inspirante pour initier ou conforter des démarches managériales réconciliant qualité de vie au travail et qualité des soins.

Le Magnet Hospital : comment le définir ?

C'est au tournant des années 1980 que l'expression « Magnet Hospital » apparaît pour la première fois, faisant suite à une étude qualitative conduite par entretiens auprès d'un échantillon de soignants de quarante et un hôpitaux états-uniens. À cette époque, de nombreux hôpitaux nord-américains étaient exposés à des problèmes de pénurie de soignants. L'équipe scientifique de Margaret McClure, professeure de sciences infirmières, avait pourtant connaissance d'établissements réputés attractifs et qui « réussissaient en imaginant des organisations des soins qui fonctionnaient comme des "aimants" pour la profession : ils étaient capables d'attirer et de retenir des personnels correctement qualifiés » [50]. L'intuition de McClure était de laisser de côté les

Matthieu Sibé
Maître de conférences en sciences de gestion, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), université de Bordeaux, membre expert du HCSP, commission spécialisée Santé et Sécurité du patient, membre expert de l'ONQVT (Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social)



Prendre soin des professionnels de santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

raisons qui poussent à quitter un établissement, pour se focaliser sur les motifs qui invitent les soignants à y venir travailler et à y rester. Il s'agit là d'un renversement original de l'angle d'attaque des problèmes de *turnover* et de pénurie, qui vient éclairer les capacités positives des environnements et organisations de travail, afin d'agir sur la qualité de vie au travail, et au final induire des attitudes et comportements positifs des acteurs.

Au début des années 1990, le Magnet Hospital est devenu un label qui distingue, après une procédure de certification, « un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants »¹. Utilisé comme l'un des critères d'excellence pour désigner les meilleurs hôpitaux américains, ce label est actuellement détenu par plus de cinq cents établissements, principalement aux États-Unis, mais aussi en Australie, Nouvelle-Zélande, Canada. Le Magnet Recognition Program® est signalé régulièrement dans la littérature comme le « *gold standard* » en matière de qualité des pratiques infirmières et pourrait être considéré comme une marque employeur.

Depuis plus de trente ans, les multiples travaux académiques sur le Magnet Hospital ont pour objectif principal de catégoriser les « forces magnétiques ». Selon les

auteurs, l'inventaire peut varier, mais le recensement des huit dimensions essentielles de Kramer et Schmalenberg est le plus fréquemment cité dans la littérature :

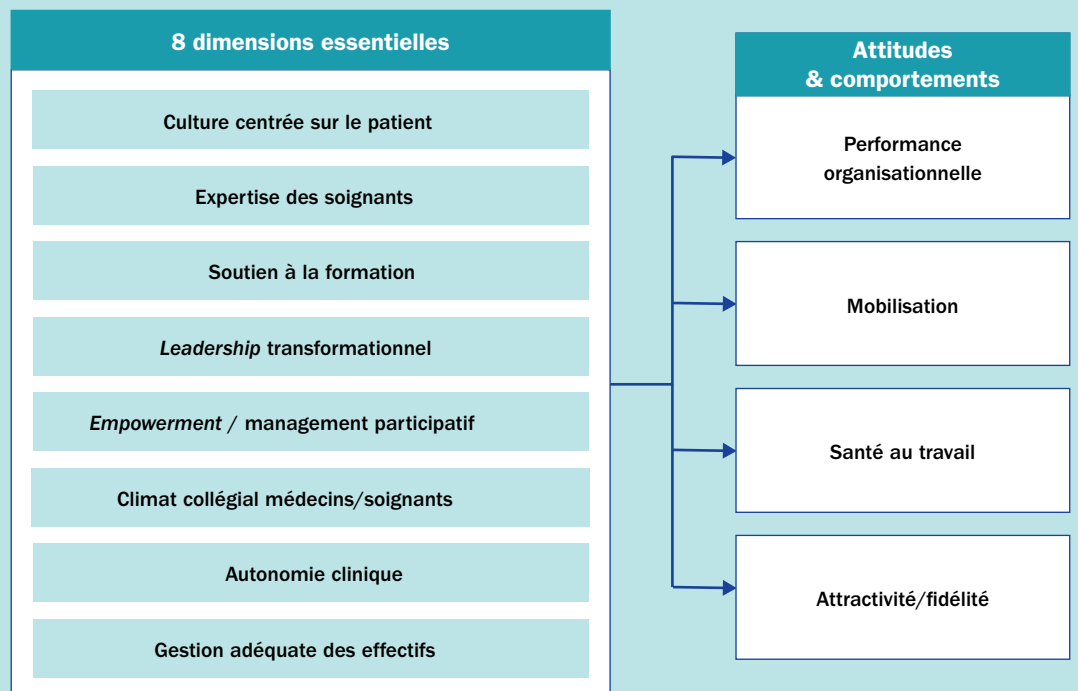
- une culture du soin centrée sur les besoins du patient,
- des soignants experts dans leur art,
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels,
- un *leadership* infirmier de type transformationnel,
- un mode de management participatif favorable à l'*empowerment* des soignants,
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants,
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique,
- une gestion adéquate des effectifs, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

À l'aide d'échelles validées, comme le *Nursing Work Index* [2] ou les *Essentials Of Magnetism Tool* [45], qui appréhendent le degré de perception par les soignants de ces caractéristiques organisationnelles et managériales « magnétiques », les études comparent généralement la performance des hôpitaux labellisés et non labellisés. La compilation des résultats conduit à un modèle conceptuel de type « causes-conséquences », fondé empiriquement sur les effets positifs des attributs « magnétiques » (figure 1). Ce modèle met en relation les huit dimensions essentielles du magnétisme citées précédemment avec les résultats observés empiriquement :

1. American Nurses Credentialing Center (ANCC), 2008.

figure 1

Modèle synthétique des causes-conséquences du Magnet Hospital



Source : [61].

- une meilleure performance des soins : qualité et sécurité des soins (+), satisfaction des patients (+) ;
- une plus grande mobilisation des soignants : satisfaction au travail (+), implication professionnelle (+), effort productif (+) ;
- une meilleure santé physique et mentale : accidents du travail (-), accidents d'exposition au sang (-), *burn-out* (-), équilibre vie privée vie professionnelle (+) ;
- une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation : postes vacants (-), absentéisme (-), intention de rester (+), *turnover* (-).

Brefs résultats d'une étude empirique sur le management « aimant »

S'il est fréquent d'objecter que le modèle du Magnet Hospital serait exclusivement adapté au contexte soignant nord-américain (c'est bien aux États-Unis qu'il a été mis en évidence!), il nous paraît utile d'imaginer tout de même sa transposition, même partielle, dans notre propre système. En effet, une part non négligeable des caractéristiques « magnétiques » se reflète dans un style de management qualitatif des ressources humaines. Les organisations « magnétiques » créent un climat bienveillant de travail au sein des unités de soins, qui se révèle propice à l'expression de la qualité de vie au travail des professionnels. C'est justement ce type de management « aimant » qui peut nous inspirer. Il repose sur :

- le *leadership* transformationnel de l'encadrement de proximité, caractérisant un chef de service ou cadre de soin stimulant, mobilisateur, visionnaire, charismatique et à l'écoute de ses collaborateurs ;
- l'*empowerment* perçu, caractérisant le sentiment d'être en capacité d'agir et de pouvoir contrôler son travail ;
- la collégialité du climat de relations interprofessionnelles, fondée sur la communication ouverte au dialogue, le respect mutuel, la confiance et l'estime réciproque entre médecins et soignants.

Dans une étude conduite auprès de 856 professionnels de soin dans 36 services hospitaliers français appartenant à 33 hôpitaux publics et privés français, nous avons construit et validé l'outil Comet©, qui apprécie la perception des médecins, infirmiers et des aides-soignants de leur « contexte organisationnel et managérial en établissement » [58]. Nous avons alors pu observer la capacité des acteurs à ressentir un tel mode de management « aimant » au sein de leur service respectif. Grâce à un procédé statistique (la classification hiérarchique ascendante), nous avons établi une typologie des services selon leur niveau de score de perception du contexte. Nous avons conclu qu'il existe des services développant une vision « positive » de leur climat et qualité de vie au travail, tant sur le plan de l'organisation et du management du service (attribution des tâches et objectifs, gestion des conflits, coordination des activités, soutien du supérieur, relations entre collègues, relations médecins/soignants...) que sur le plan de leurs attitudes au travail (sentiment d'efficacité collective, intention

de rester, satisfaction au travail, implication, charge émotionnelle supportable...). À l'inverse, il existe une catégorie de services dont les scores de perception sont systématiquement plus faibles, ayant une représentation négative de leur contexte, qui se manifeste dans des attitudes de plus faible mobilisation au travail [62]. Ce résultat nous a encouragés à tracer un lien d'influence entre la perception du mode de management « aimant » (*leadership* transformationnel, *empowerment* perçu et climat relationnel collégial entre médecins et soignants) et les attitudes positives au travail (satisfaction, implication, efficacité collective perçue, intention de rester).

Sans énumérer tous les résultats de cette étude, nous retiendrons d'une part que le mode relationnel collégial entre médecins et soignants est le plus déterminant statistiquement pour caractériser un mode de management « aimant ». Conformément à la littérature, les attentes des professionnels de santé vis-à-vis du travail d'équipe sont aujourd'hui importantes. Dans « l'hôpital-citadelle » cloisonnant les relations professionnelles en fonction des appartenances de corps, il importe que les acteurs dépassent les « rivalités » entre l'approche médicale du *cure* et l'approche soignante du *care*. L'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent comme nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la servante vis-à-vis du médecin. L'*empowerment* perçu ou le sentiment de pouvoir participer aux prises de décisions est un élément important pour les aides-soignantes de notre échantillon. La capacité d'agir et de s'exprimer leur fait souvent défaut dans les réunions d'équipe, sauf à mettre en place une vraie démarche participative des *staffs* (lire p. 41). Pour les médecins de notre échantillon, les qualités « transformationnelles » de leur *leader* médical contribuent fortement à leur perception positive du management du service, manifestant l'importance de la figure du chef de service pour cette profession.

D'autre part, les résultats montrent aussi que la perception d'un management « aimant » agit en renforçant en priorité le sentiment collectif d'efficacité, qui produit en réaction davantage de satisfaction et d'implication au travail, et améliore l'intention de rester membre du service. Ce sentiment de succès de l'équipe médico-soignante constitue pour les professionnels de santé une motivation à agir et à rester. Pour renforcer cette croyance d'efficacité, nécessaire à la réalisation réelle du succès, il s'avère utile chaque fois que nécessaire d'apporter de la reconnaissance individuelle et collective, de développer une culture positive de l'expérimentation et de l'erreur, d'offrir des opportunités d'apprentissage vicariant, c'est-à-dire par l'exemple.

Nous voyons, dans ces quelques résultats, l'intérêt du management « aimant » inspiré du Magnet Hospital. En



Prendre soin des professionnels de santé

dépit des règles et dispositions organisationnelles qui s'imposent par le haut à chaque manager, il lui reste toujours une marge de manœuvre, un degré de liberté, dans la manière d'animer et de piloter le collectif de travail. Pas besoin d'être dans un Magnet Hospital nord-américain pour choisir d'être un manager « aimant ». Dans le contexte français, nous croyons possible de développer un tel mode de management.

Pour conclure : quelles inspirations de l'hôpital magnétique retenir pour sortir de la crise des ressources humaines hospitalières en France ?

La nature profonde de l'hôpital magnétique devrait encourager dirigeants et managers à rompre avec l'approche exclusivement pathogénique de l'organisation. Il ne s'agit pas d'écarter de la réflexion la prévention des contraintes et souffrances qui pressent la réalisation du travail, elles sont présentes et il faut les traiter. Néanmoins, les managers doivent aussi s'appuyer sur la vision « salutogène » du travail. À l'instar de notre stratégie de santé publique actuelle, qui souhaite promouvoir la santé (et pas uniquement prévenir la maladie), les organisations doivent aussi devenir promotrices de santé au travail pour leurs salariés.

Mais comment faire pour opérer ce virage « qualitatif » du management des ressources humaines ? D'un point de vue pratique, les directeurs des ressources humaines doivent subordonner de manière stratégique la qualité des soins à l'amélioration de la qualité de vie au travail et au développement des « richesses humaines ». Ainsi, à l'aune des enseignements du Magnet Hospital, il devient possible d'imaginer :

- **une politique de recrutement** qui veille à sélectionner des professionnels qualifiés en nombre suffisant. La gestion des effectifs doit être en adéquation avec la charge de travail, en tenant compte des spécialités de chacun et des besoins de sécurité et de qualité des soins du patient. Après comparaison internationale, un alignement sur les meilleures pratiques en matière de taux d'encadrement (*ratio* nombre d'infirmiers/patients hospitalisés) ne devrait plus être un tabou en France. Dans les hôpitaux magnétiques, ce *ratio* est relativement faible (1 pour 5 à 8 patients). Il garantit une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [3]. Les Magnet Hospitals limitent aussi le recours à l'intérim et à la polyvalence des soignants pour préserver la stabilité des équipes et développer la confiance interprofessionnelle. L'appel à une équipe volante de remplacement pallie les besoins ponctuels en personnel. Autant d'éléments qui doivent interroger nos pratiques actuelles de gestion des effectifs soignants ;
- **une politique d'intégration des nouveaux personnels**, bâtie sur-mesure selon le profil professionnel individuel de la recrue à partir d'une évaluation initiale de son niveau de compétences. Il s'agit de s'appuyer sur les professionnels expérimentés déjà en poste, par une méthode de mentorat, désignant des tuteurs chargés de transmettre les bonnes pratiques cliniques et les valeurs

de l'établissement. Les Magnet Hospitals prennent le temps de l'accompagnement et du travail en binôme, en doublure, pour assurer l'intégration des nouveaux ;

- **une politique de formation** qui soutient activement les besoins de qualification des agents par l'octroi de moyens (financements, bourses, jours de congé), par l'animation de séminaires grâce aux ressources internes de l'établissement et par l'interaction active avec le milieu de la recherche. Les budgets de formation sont sanctuarisés dans les Magnet Hospitals ;
- **une politique de rémunération** prônant des mesures de reconnaissance qui encouragent l'innovation (prix de reconnaissance, bourses pour des projets novateurs, jours de congé exceptionnel, manifestations festives), mais qui n'a « rien d'exceptionnel ou de hors normes » [15]. Dans les Magnet Hospitals, l'acquisition de compétences supplémentaires est récompensée par un avancement de carrière, qui reconnaît l'éventail des spécialités médicales, soignantes et même managériales. Ces dispositifs influencent positivement la prise de responsabilités et le développement des pôles d'expertises ;
- **une politique d'amélioration des conditions de travail** qui porte le souci du bien-être des professionnels, en particulier au nom de la conciliation vie privée vie professionnelle (espaces de détente, pause santé, accès à une cafétéria, services de conciergerie, garderies, aide au transport, flexibilité des horaires...);
- **une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers** : l'encadrement de proximité – chefs de service, cadres de santé –, mais aussi les médecins jouent un rôle clé pour préserver le collectif et développer le sentiment d'efficacité des soins. À ce titre, le développement de la formation au management des médecins et des cadres de santé et la mise en œuvre de dispositifs de gestion des compétences collectives, notamment par l'ouverture d'espaces de discussion sur le travail, sont fortement à encourager.

Certaines pratiques de ressources humaines sont déjà en œuvre au sein des établissements de santé français. D'autres ne le sont pas. Un chantier de réflexion doit s'ouvrir pour juger dans quelle mesure telles ou telles dispositions peuvent être ajoutées ou étendues, en tenant compte des marges de manœuvre réelles réglementaires, organisationnelles et financières disponibles. L'hôpital magnétique pose les bases d'un hôpital « exemplaire » en accord avec les valeurs déjà affichées en 2013 par Édouard Couty et Claude Scotton dans leur *Pacte de confiance pour l'hôpital* [21] : « l'humanisme et la compétence professionnelle, le respect de la personne soignée, la solidarité et le respect de l'autre dans les relations professionnelles, la fierté, l'engagement et la reconnaissance des personnels ». Cette démarche invite ainsi les managers à prendre appui sur les capacités organisationnelles et managériales positives existantes, qui garantissent l'accomplissement des missions hospitalières tout en prenant soin de leurs patients comme de leurs personnels. 🍷

Expérimentation d'un management basé sur le concept d'hôpital magnétique

La performance collective regroupe les compétences individuelles avec la prise en compte des compétences relationnelles et organisationnelles, qui sont les fondements du travail en groupe. Afin de favoriser le travail en équipe, tout manager doit mobiliser ses collaborateurs, responsables des intérêts collectifs. C'est certainement un des objectifs de la mise en place du concept des hôpitaux magnétiques.

La pénurie d'infirmiers, le *turnover*, le désinvestissement de la profession avec l'envie de changer de métier est une réalité. Il convient donc de mieux comprendre les effets de la pénurie d'infirmiers et de mettre en place des modèles innovants pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants par le concept d'hôpital magnétique.

Problématique

En 2001, l'Union européenne a financé la recherche NEXT (*Nurses' Early Exit Study*)¹, dont l'objectif était d'une part d'étudier les raisons du départ prématuré des infirmiers de leur emploi, voire plus généralement de leur profession, et d'autre part d'analyser les conditions de travail, l'état de santé des infirmiers et le contenu du travail infirmier en vue d'une comparaison entre les dix pays participants à l'étude (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède). Nous retiendrons de cette étude la disparité des organisations qui favorisent le recrutement et la rétention du personnel infirmier. Les quelques hôpitaux belges qui avaient développé un modèle attractif avaient moins de *turnover* et d'absentéisme.

Le processus décrit par tous les auteurs met en avant les conditions de travail comme facteur prédictif du *turnover* des infirmiers : conditions de travail négatives/positives ► insatisfaction/satisfaction des infirmiers ► intention de quitter/rester dans l'hôpital ► départ/maintien dans la structure.

D'autres études d'orientation psychosociale [54] mettent en évidence la nécessité de développer des démarches managériales pour diminuer le stress perçu en augmentant le soutien social perçu, qui apporte de la reconnaissance aux professionnels. Ces recherches et préconisations nous amènent naturellement à proposer des dispositifs de management plus ambitieux, comme la mise en place du concept d'hôpital magnétique, impliquant un environnement organisationnel attractif.

Ce modèle, qui a vu le jour aux États-Unis dans les années 1980 [15] puis qui s'est poursuivi au Canada pour lutter contre la pénurie et le *turnover* des infir-

miers, est à ce jour bien opérationnel en Belgique, sous l'impulsion des chercheurs Stordeur S. et D'Hoorre W. [63], avec le projet Ariq (Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins).

Le modèle est défini à partir de trois axes communs : le sens de la mission, l'ouverture vers l'extérieur, le soutien organisationnel aux personnes. Chaque axe est défini par sept dimensions, qui se déclinent en 19 références et 88 critères d'évaluation. Le concept Ariq et son opérationnalisation à travers le référentiel est européenisé et utilisable en France.

Le projet Ariq : un exemple en France

Mis en place à la clinique Pasteur, à Toulouse, la démarche Ariq permet de mobiliser les infirmiers comme acteurs dans le système. Elle est le premier axe du projet social. Le projet Ariq est défini dans la politique de l'établissement et fait l'objet d'une communication sur l'intranet documentaire, accessible aux professionnels.

Un premier autodiagnostic a été réalisé par les responsables de services de soins en novembre 2009 afin de déterminer la faisabilité du projet. Pour les cadres de santé, cette stratégie les a positionnés en avant de la démarche projet, comme pilotes, nécessitant un *leadership* visible et un engagement fort pour favoriser l'adhésion de leurs équipes.

Le comité de pilotage Ariq, composé d'un représentant infirmier et aide-soignant de chaque service d'hospitalisation, des blocs opératoires et de l'encadrement soignant, a réalisé l'autodiagnostic suivant le référentiel Ariq, élaborant les réponses aux 88 critères. Après plusieurs réunions, 71 critères sont cotés A, 16 critères cotés B, 1 critère coté C, 0 critère coté D. Les soignants ont ensuite posé dix-sept plans d'amélioration, planifiés jusqu'en 2014, afin de répondre avec efficacité aux critères cotés B ou C. Ainsi, des axes d'amélioration des pratiques (consultation infirmière, éducation thérapeutique, utilisation de l'expertise des infirmiers ayant des diplômes universitaires) ont été discutés et planifiés comme objectifs à atteindre.

La participation des cadres de santé a été une ressource pour le groupe notamment en termes de renseignements nécessaires à l'étayage des éléments de preuve. Ajoutons que les soignants, très impliqués dans cette démarche visant la qualité de la prise en charge des patients, ont discuté chaque critère dans une ambiance de travail conviviale et détendue.

La phase de réalisation du projet a débuté en 2010, avec une réunion annuelle de la commission Ariq jusqu'à l'échéance 2014 pour présenter le bilan de l'avancée du projet.

Anne-Marie Pronost
Directrice adjointe de la clinique Pasteur, à Toulouse, maître de conférences associée à la Toulouse School of Management (TSM), Toulouse 1

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

1. Projet NEXT (Nurses Early Exit Study), un projet de recherche lancé par SALTSA, Commission européenne (QLK6-CT-2001-00475), 5^e programme-cadre.



L'efficacité du projet

L'efficacité du projet est mesurée chaque année par le score de satisfaction au travail [64], mais aussi par la participation et la réflexion de tous lors de chaque réunion (figure 1). Aujourd'hui, ce groupe est une commission autonome faisant partie du comité de pilotage Développement durable de la clinique Pasteur, et apportant sa contribution essentielle à la qualité de prise en charge des patients et de leur entourage.

La satisfaction au travail reste stable depuis 2010, il n'apparaît pas de différences significatives statistiquement. Mais l'effet est notable avant/après la mise en route de la démarche.

Au-delà de cet indicateur, à titre d'exemple, nous retiendrons des évolutions significatives, proposées par les soignants et suivies par la direction :

- la rédaction d'une charte de solidarité par les membres du comité de pilotage Ariq, pour favoriser l'entraide entre les services;
- la formation qualifiante des infirmiers (DIU soins palliatifs, DU douleur, plaies, cicatrisation, réanimation, hygiène, éducation thérapeutique, oncogériatrie, tabacologie, éthique, droit et gestion, développement durable, rythmologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle...). Ces infirmiers experts participent aux Copil Qualité en apportant leur expertise clinique;
- les formations diplômantes avec les parcours de professionnalisation (infirmiers de bloc opératoire [Ibode], puéricultrices, IDE pour les aides-soignants);
- le renforcement de la qualité du management par la formation DU management en santé pour l'encadrement soignant;
- l'évaluation de la charge en soins (SIIPS) pour tous les services avec la diffusion des résultats auprès des équipes (borne haute en termes d'effectifs);
- la poursuite de l'absence de recours aux agences intérimaires avec le fonctionnement du Service infirmier de compensation et de suppléance;
- la réorganisation des services (gestion du temps, mobilité interne...).

Après avoir mis en place le projet Ariq sur l'ensemble des services de la clinique Pasteur, il était essentiel de s'inscrire dans une démarche expérimentale plus ciblée dans un service. La dynamique des *clusters* Qualité de vie au travail en hospitalisation à domicile (HAD) (2016-2019) a été une véritable opportunité de poursuivre la politique Qualité de vie au travail (QVT) poursuivie au sein de la structure mais aussi de rencontrer l'ensemble des établissements de HAD poursuivant cet objectif commun. Lors des *clusters* QVT, il s'agit de mobiliser trois catégories d'acteurs : corps médical, direction d'établissement et professionnels de terrain avec les représentants des professionnels. La question des conditions d'exécution du travail comme facteur d'engagement au travail, levier essentiel de performance/qualité des soins, s'inscrit dans les espaces de discussion sur le travail comme un outil essentiel de management. Cela permet aux équipes multiprofessionnelles d'expérimenter des changements élaborés par elles-mêmes en installant l'évaluation embarquée : au fil de l'eau, par les professionnels acteurs de l'expérimentation.

Dans le contexte de l'innovation managériale, depuis 2017 la clinique Pasteur a souhaité inverser le sens classique des relations entre actionnaires, direction et employés, et a créé le programme Talents Pasteur. Chaque membre du personnel ou médecin libéral intervenant dans la clinique peut proposer, en toute légitimité, au directeur une initiative visant à innover dans tous les domaines ayant un lien avec la clinique, comme : le projet de réduire le bruit en réanimation, la création du livret de communication non verbale, la création par les soignants d'un chemin de formation pour les nouveaux arrivants en service de cardiologie, le projet de rénovation des locaux en HAD... La consécration de ces projets est fêtée lors de la soirée annuelle des talents, avec les présentations de ces projets moteurs de l'innovation.

Conclusion

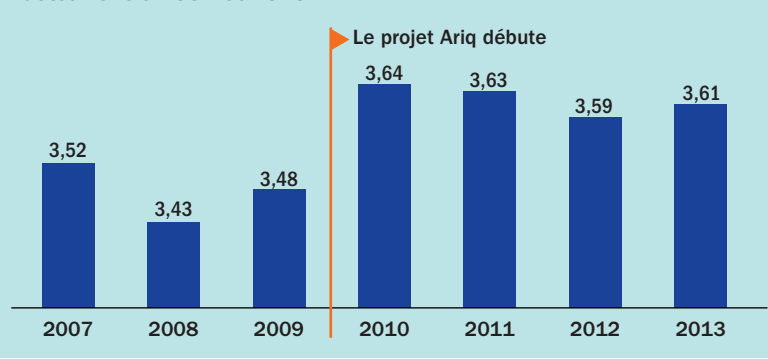
L'avenir d'une institution et la qualité de vie au travail nécessitent l'émergence d'une nouvelle dynamique et l'implication de tous les acteurs pour créer un environnement de travail qui permette aux professionnels de se réaliser pleinement, de favoriser leur appartenance à l'institution, de créer un milieu stimulant et intéressant, et pour répondre aux objectifs de qualité des soins et des prestations.

Il s'agit là d'une démarche participative, portée par l'encadrement, qui adopte un style de management par l'intelligence collective pour intégrer l'avis des professionnels, pour les rendre plus autonomes et plus conscients des valeurs communes de l'établissement de santé agile.

Le concept d'hôpital magnétique rentre bien dans le concept « *d'organisation qualifiante ou apprenante* ». Pour Zarifian [65], dans l'organisation qualifiante, se fait jour un traitement événementiel de l'activité : tout acte de travail exceptionnel devient une opportunité. C'est une illustration de la performance sociale collective. 🍎

figure 1

Taux de satisfaction des infirmiers diplômés d'État (IDE) à la clinique Pasteur entre 2007 et 2013



La démarche participative dans les services de soins

La démarche participative est un modèle organisationnel conçu par des soignants en hématologie regroupés dans une association, le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH), sur le constat de la fréquence de la souffrance des soignants en hématologie. L'objectif était de proposer un modèle de fonctionnement au niveau des services qui puisse, en diminuant la souffrance des soignants et donc en améliorant leur qualité de vie au travail, optimiser la qualité de prise en charge des patients et de leurs proches.

Ce modèle est devenu obligatoire dans tous les services de soins pour la prise en charge des patients en soins palliatifs depuis la circulaire ministérielle de juin 2004 et son *Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissements*, sous le terme de « démarche palliative » (asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services [et à domicile] en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants) [23, 51]. Dans la version (V) 2010 de la Haute Autorité de santé (HAS), la mesure 13a du manuel de certification des établissements de santé, qui exige la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjours et dans les établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad]), constitue l'une des cinq mesures prioritaires de ce manuel [19].

Le modèle

Le modèle organisationnel de la démarche participative repose sur la création d'outils de partage qui sont l'association d'espaces d'échanges où tous les membres de l'équipe soignante sont présents et de groupes de travail traduisant la mise en place d'une démarche projet.

Quatre types d'espaces d'échanges

- **Les formations internes aux équipes**, dont les sujets doivent répondre aux attentes des soignants, permettent, outre un niveau de formation homogène, de créer un collectif de travail avec les échanges induits par la formation et de permettre à ceux qui ne prennent pas régulièrement la parole de le faire.

- **Les staffs pluriprofessionnels**. Organisés au niveau de chaque unité de soins, ils permettent d'établir un projet de prise en charge personnalisé à partir des besoins des patients et de leurs proches, notamment pour les situations complexes, mais aussi les prises de décisions éthiques. L'ordre de prise de parole est essentiel. Dans le référentiel que nous proposons,

l'aide-soignant parle en premier, posant les problèmes et présentant le patient, puis l'ordre de prise de parole est le suivant : l'infirmier, le psychologue et les autres intervenants de soins de support si besoin, puis le médecin, enfin les étudiants.

- **Le soutien aux équipes** en cas de vécu de situations difficiles ou de crises, sous forme de réunions ponctuelles (*staffs* de débriefing), en présence d'un psychologue extérieur au service, permet aux soignants de s'exprimer sur leur vécu de la situation.

- **Les espaces d'échanges de managers**. Ils sont indispensables à la réussite de ce modèle organisationnel. Ils regroupent tous les médecins et cadres de santé du service et permettent de résoudre les problèmes de fonctionnement relevant de l'équipe managériale en utilisant le même type de management. Au cours de ces réunions sont discutés les thèmes, non directement liés à l'équipe (fonctionnement médical, planification des entrées...), des recrutements médicaux, de la permanence médicale, des prévisions ou des réorientations d'activités... Elles ont de multiples conséquences : reconnaître le rôle de chacun dans la prise de décision, inculquer une culture « participative » et une homogénéité du management qui retentit au quotidien dans l'attitude de chaque manager vis-à-vis de l'équipe, mettre en place une formation des managers si le besoin est exprimé.

La démarche projet

La démarche projet est un élément majeur de la démarche participative. Elle consiste à mettre en place des groupes de travail pluriprofessionnels chargés de proposer des pistes de réflexion et de faire des propositions d'amélioration. Elle peut correspondre à deux situations différentes :

- **la mise en place de groupes de travail ponctuels** soit à partir de problématiques ou de fonctionnement « de terrain », soit à partir d'applications d'« obligations institutionnelles » (procédures, législation, arrivée de nouveaux protocoles ou de nouvelles technologies) ;

- **la réalisation d'un projet de service**, démarche globale qui consiste à recenser les points à améliorer dans le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge globale des patients et de leurs proches, à faire des propositions au sein de groupes de travail autonomes et de les valider avec l'ensemble de l'équipe.

Les impacts sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins

Nous ne rapporterons que l'étude réalisée en oncopédiatrie. Vingt-cinq des trente centres d'oncopédiatrie français ont participé à cette étude, qui a permis de

Philippe Colombat
 Chef du pôle de cancérologie, CHU de Tours, président de l'ONQVT (Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.



Prendre soin des professionnels de santé

collecter 510 questionnaires soignants et 440 questionnaires patients (142 questionnaires remplis par les enfants s'ils avaient 12 ans ou plus et 298 questionnaires remplis par les parents pour les enfants de moins de 12 ans). Le schéma de l'étude consistait à tester l'impact des quatre facteurs organisationnels et managériaux les plus déterminants dans la qualité de vie au travail (leadership transformationnel, soutien organisationnel perçu, justice organisationnelle et soutien à l'autonomie) mais également la démarche participative et ses quatre composantes (formation interne, *staffs* pluriprofessionnels, soutien aux équipes et démarche projet) sur la qualité de vie au travail, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Impact sur la qualité de vie au travail

Il existe une relation très significative entre la démarche participative et la qualité de vie au travail des soignants, tant au niveau santé globale ($p < 10^{-9}$) qu'au niveau de la qualité de vie au travail psychologique ($p < 10^{-10}$), sociale ($p < 10^{-4}$), culturelle ($p < 10^{-9}$) et physique ($p < 0,05$). Ces

quatre composantes analysées séparément apparaissent jouer un rôle dans cette relation démarche participative-qualité de vie au travail : la formation ($p < 0,001$), les *staffs* ($p < 10^{-4}$), la démarche participative ($p < 10^{-4}$) et le soutien aux équipes ($p < 0,01$). La démarche participative influence également de manière positive l'engagement au travail des soignants ($p < 10^{-3}$), et leur satisfaction au travail ($p < 10^{-3}$) (tableau 1).

La démarche participative et les *staffs* apparaissent ainsi être les composantes de la démarche projet influant le plus sur les marqueurs d'impact de la qualité de vie au travail étudiés (figure 1).

Impact sur la qualité des soins

À notre connaissance, il s'agit du seul modèle organisationnel de service, publié, qui ait montré un impact sur la qualité des soins évaluée par les patients.

Ces résultats confirment le rôle essentiel du management et de l'organisation, et par conséquent de la qualité des collectifs de travail sur la qualité de vie au travail des soignants. L'étude montre une corrélation

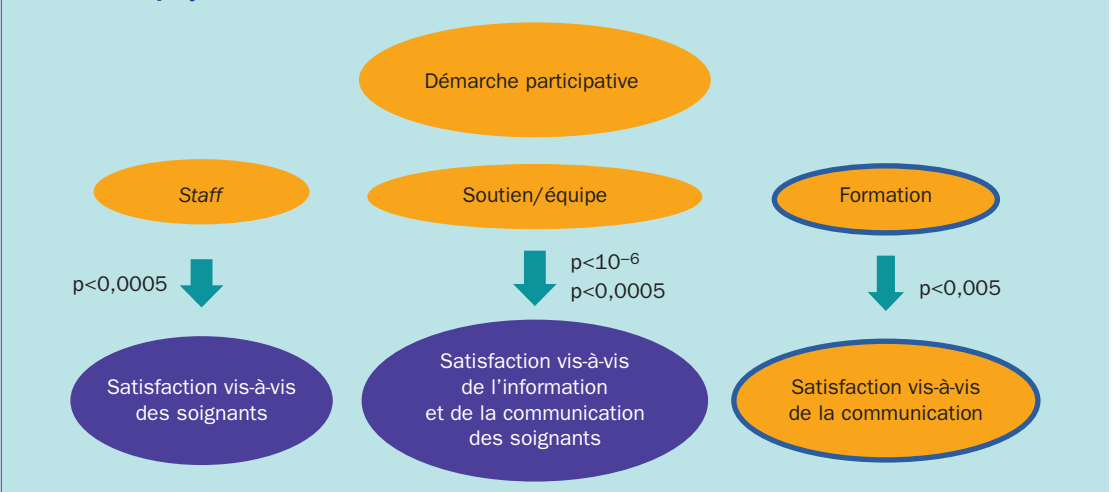
tableau 1

Corrélation entre démarche participative et facteurs organisationnels et managériaux

Facteurs	Démarche participative							
	Formation		Staffs		Soutien		Projet	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Soutien organisationnel perçu	0,29	$< 10^{-10}$	0,23	$< 10^{-6}$	0,27	$< 10^{-8}$	0,31	$< 10^{-11}$
Leadership transformationnel	0,28	$< 10^{-9}$	0,11	$< 0,05$	0,21	$< 10^{-5}$	0,25	$< 10^{-7}$
Justice organisationnelle	0,34	$< 10^{-13}$	0,24	$< 10^{-6}$	0,19	$< 10^{-4}$	0,32	$< 10^{-12}$
Soutien à l'autonomie	0,28	$< 10^{-9}$	0,10	$< 0,05$	0,21	$< 10^{-5}$	0,27	$< 10^{-8}$

figure 1

La démarche projet



très forte entre ce modèle fonctionnel et les principaux facteurs organisationnels et managériaux qui impactent la qualité de vie au travail des soignants.

Les conditions de réussite

Certaines conditions, non liées à l'organisation, sont nécessaires à la réussite du modèle. Nous ne ferons que les citer ici.

- En *a priori* : des valeurs communes autour du soin, une bonne cohésion et une bonne communication au sein de l'équipe.
- La qualité des espaces d'échanges. La conduite d'une réunion participative par un manager nécessite de respecter des règles strictes d'animation, que nous décrivons selon la technique des trois tours de table :
 - ◆ 1^{er} tour de table pour que chacun donne son analyse du problème,
 - ◆ 2^e tour de table pour que chacun donne des propositions de solutions,

- ◆ 3^e tour de table pour la recherche de consensus et prise de décision qui sera validée par le manager.
- La qualité du leadership.

Et demain : nos trois objectifs

- Faire appliquer ce modèle avec le plan personnalisé de prise en charge globale non seulement pour la prise en charge des patients en soins palliatifs, mais aussi pour la prise en charge de tous les patients atteints de maladie chronique et en gériatrie, psychiatrie et dans le domaine du handicap.
- Que la formation à la démarche participative soit intégrée dans la formation de tous les managers de la santé que sont les médecins, les cadres de santé et les directeurs d'établissements de santé ou médico-sociaux.
- Réaliser un questionnaire d'évaluation de la démarche participative dans les services de soins qui puisse servir aux directions des services de soins, des pôles ou des établissements. 🍌

Prévention et promotion de la santé au travail ? Le rôle du service de santé au travail du CHU de Bordeaux

Les services de santé au travail (SST) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin¹, ils :

- conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et participent à la veille sanitaire.

Le CHU de Bordeaux étant un établissement de plus de 14 000 agents, il bénéficie d'un service autonome de santé au travail propre à l'établissement. Le cadre réglementaire fixé par l'article L. 4622-8 du Code du travail issu de la loi du 20 juillet 2011 recommande pour les services autonomes de santé au travail de constituer une équipe pluridisciplinaire avec des missions définies dans le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 : « *L'intervenant en prévention des risques professionnels participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail (Code du travail, art. R. 4623-38). Choisi pour ses compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail, il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions. Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance (Code du travail, art. R. 4623-37).* »

Le CHU de Bordeaux s'engage de manière active dans la démarche des « Hôpitaux promoteurs de santé », il s'inscrit donc pour ses personnels dans la logique de préservation de la santé des collectifs. Conscient de la pertinence en matière de prévention de renforcer

Nathalie Gréard
Psychologue
du travail
coordonnatrice
de l'équipe
pluridisciplinaire,
CHU de Bordeaux
**Catherine
Verdun-Esquer**
Médecin, cheffe
du service Santé
au travail, CHU
de Bordeaux

1. Code du travail, art. L. 4622-2 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006189752&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20131204>



Prendre soin des professionnels de santé

les actions directes sur les conditions de travail, les organisations et leur management, le service de santé au travail du CHU de Bordeaux s'est engagé de manière volontariste dans le dimensionnement pluridisciplinaire de son service bien avant le cadrage réglementaire prévoyant la pluridisciplinarité en santé au travail dans la fonction publique hospitalière. En effet, en 2007, afin de renforcer et d'élargir l'action médicale sur le champ de risques psychosociaux, le service de santé au travail du CHU de Bordeaux a intégré une compétence en psychologie de la santé au travail.

Depuis, l'hygiène et la sécurité puis l'ergonomie sont venues élargir le champ disciplinaire et d'action de l'équipe. Cette démarche innovante, étayée par posture réflexive constante assurée avec les médecins sur l'activité de chacun, est à l'origine d'une charte interne au CHU pour la prévention et la gestion des risques psycho-sociaux (RPS), puis d'une seconde concernant les missions de l'équipe pluridisciplinaire.

En 2012, la soumission et l'obtention d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) sur la prévention conjointe des troubles musculo-squelettiques et des risques psychosociaux a permis d'éprouver une méthode d'intervention en binôme ergonomiste et psychologue en santé au travail. À la faveur de ce nouvel enjeu de pratique pluridisciplinaire, l'équipe d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) a bénéficié d'une analyse des pratiques animée par le Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes de Bordeaux-INP (Institut polytechnique de Bordeaux) à raison d'une séance par bimestre. Ces échanges ont permis de mettre en débat les logiques disciplinaires, à travers les pratiques professionnelles, entre hygiène et sécurité, ergonomie et psychologie, puis de les articuler avec celles de la responsabilité et du pilotage médical.

En conséquence, l'organisation de travail en équipe a été consolidée, permettant la construction d'un véritable collectif de travail pluridisciplinaire piloté par les médecins du travail. De manière opérationnelle, trois modalités organisationnelles ont été posées. Tout d'abord, la mise en place de *staffs* mensuels dans lesquels les intervenants en prévention des risques professionnels et médecins du travail de secteur débattent des demandes et s'entendent sur une conduite à tenir. Puis la création d'une mission de coordination des intervenants en prévention des risques professionnels qui se positionne en appui et management de l'équipe au quotidien. Enfin, toujours dans une logique d'échange des pratiques et de coconstruction des interventions entre chaque discipline, un *staff* hebdomadaire entre intervenants en prévention des risques professionnels est animé par le coordonnateur.

Ce travail d'équipe permet au service de santé au travail de mieux répondre aux missions de prévention qu'il s'est fixées par le renforcement de l'expertise médicale et le développement des actions sur le terrain tant sur le plan individuel que collectif.

L'atout majeur de l'équipe pluridisciplinaire, 7,9 équivalents temps plein au total, composée d'ergonomes, de psychologues assurant des missions différenciées en psychologie de la santé et du travail, de préventeurs hygiène et sécurité et d'un coordonnateur, est son appartenance à l'institution hospitalière, son expérience et sa capacité d'innovation. En effet, cette proximité du terrain et des agents lui a permis d'acquérir une connaissance approfondie et maîtrisée de l'activité des professionnels médicaux et non médicaux, de leurs conditions d'exercice mais également des enjeux de la vie institutionnelle au travers de ses ressources, contraintes et marges de manœuvre. Cet accès direct aux problématiques rencontrées par l'ensemble des acteurs ainsi que sa structuration organisationnelle lui confèrent une capacité d'adaptation particulièrement réactive pour des interventions non programmées telles que la gestion de crise ou de situations critiques sur le plan individuel et collectif.

Ainsi, différentes modalités d'intervention peuvent être proposées, tant sur le plan individuel que collectif (tableau 1).

En parallèle, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail s'est mobilisée activement sur la problématique de la santé des médecins de manière très articulée entre médecins du travail et intervenants en prévention des risques professionnels.

Les consultations individuelles en psychologie de la santé au travail sont en constante augmentation. De plus, sur le plan individuel est expérimentée sur cette fin d'année une méthode d'accompagnement à la reprise après épuisement professionnel. En fin de période d'arrêt maladie et de soin, lorsque les ressources psychologiques peuvent de nouveau être mobilisées, un trio – psychologue du travail, psychologue de la santé, ergonomiste – engage un accompagnement individualisé auprès du médecin. L'enjeu est de travailler simultanément le rapport psychologique au travail, les stratégies psychologiques de « faire face » et l'analyse de l'activité et de ses marges de manœuvre en vue d'améliorer les conditions d'exercice. De plus, un échange avec le responsable d'unité médicale est programmé pour engager les réajustements des conditions pour prévenir la rechute. Le résultat attendu est un double cheminement entre l'ajustement du médecin à ses conditions d'exercice et l'adaptation des conditions d'exercice aux capacités de faire face du médecin.

Sur le plan collectif, l'accompagnement sur les organisations médicales, par l'intermédiaire de suivi d'équipe et/ou de conseil au responsable d'unité, s'est développé ainsi que l'accompagnement dans la gestion des conflits par les actions de conseil ou d'entretiens médiés.

Sur le plan institutionnel, la participation du service de santé au travail en pluridisciplinarité à la sous-commission (de la Commission médicale d'établissement) « attractivité et accompagnement des carrières » a favorisé la mise en place de deux dispositifs : prévention et prise en charge du *burn-out* en collaboration avec le centre

tableau 1

Les interventions de l'équipe pluridisciplinaire

Interventions individuelles

Étude de poste d'aménagement ou d'adaptation en lien avec :

- une exposition professionnelle spécifique
- une restriction ou un handicap

Consultations de psychologie en santé au travail

- Prévention d'une décompensation
- Prévention d'une rechute à la reprise du travail
- Accompagnement en postexposition de situations violentes
- Accompagnement de maintien dans l'emploi

Interventions collectives

Mesures d'expositions collectives ou études de risque

- Mesures du niveau sonore
- Mesures d'éclairage
- Étude sur l'exposition spécifique de produits chimiques
- Étude sur la manipulation des produits chimiques
- Analyse de la charge physique de travail et du risque lié aux manutentions
- Évaluation des interruptions de tâches
- Évaluation du risque chimique (méthode INRS) et recensement des CMR
- Suivi postprofessionnel pour les personnes ayant été exposées à des risques chimiques
- Évaluation des risques psychosociaux

Audits et diagnostics

Ces interventions peuvent porter sur l'ensemble des risques et mobilisent au moins deux IPRP, elles s'apparentent à des interventions de consultants extérieurs selon la méthode suivante :

- Des réunions de recueil et analyse de la demande
- Des échanges pluridisciplinaires entre IPRP et médecins du travail afin de :
 - déterminer les modalités d'intervention du SST
 - alimenter l'analyse de terrain
 - construire une proposition d'intervention écrite

Analyse de pratiques professionnelles

- Interventions programmées à un rythme généralement trimestriel
- Séances dédiées aux équipes confrontées de fait à une activité par nature éprouvante (soins palliatifs pédiatriques, oncologie médicale, thanatologie et dépositaire, service social, urgences...)

Interventions sur les conditions relationnelles de travail

- Entretiens médiés ou conciliations
- Rédaction d'une charte de savoir-être en milieu de travail
- Réunions de collectifs de travail pour analyse et réajustement des facteurs impliqués dans la dégradation des conditions relationnelles de travail

Interventions non programmées à la demande en postimmédiat ou au plus tard à 48 ou 72 heures

- Appui conseil à la direction et à l'encadrement lors de la gestion de crises internes
- Accompagnement des équipes en situation de crise interne (suspicion d'empoisonnement, décès brutal, TS...)
- Accompagnement des équipes sur des prises en charge complexes dans la relation de soin, la pathologie et son contexte
- Évaluation du risque chimique et physique suite à une exposition accidentelle

Interventions d'appui conseil

Conseil à l'encadrement et à la direction

- Gestion des situations problématiques d'équipe ou de comportements individuels inadaptés en situation de travail avec ou sans dimension disciplinaire
- Organisation du travail
- Stratégies de communication
- Gestion des conflits médicaux et non médicaux
- Problématiques managériales
- Participation aux délégations d'enquête paritaires

Conseil en conception, aménagement ou restructuration

- Réaménagement des espaces de travail et postures physiques de travail
- Optimisation des espaces de travail
- Assistance à la maîtrise d'ouvrage et conseils sur plans



Prendre soin des professionnels de santé

de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression de l'hôpital Charles-Perrens, et gestion des conflits médicaux par la conciliation.

En conclusion, comme le démontrent son rapport d'activité et le projet de service du service de santé au travail, l'équipe pluridisciplinaire est à ce jour forte de sa structuration et de ses compétences. En effet, en 2017 et 2018, elle a réalisé pour le CHU environ 1 100 et 1 400 interventions individuelles (consultations, études de poste et conseil à l'encadrement), ainsi que 145 et 169 interventions collectives tous risques confondus.

Par ses compétences acquises et la pluralité de ses méthodes d'intervention, l'équipe est en mesure d'assurer de manière opérationnelle sa mission de

conseil tant à l'employeur qu'aux salariés, et de justifier d'une expertise sur la prévention en santé au travail et sur le développement de la qualité de vie au travail auprès des personnels non médicaux et médicaux. Cette expérience du service de santé au travail du CHU de Bordeaux montre le rôle actif que la médecine du travail, dans une approche pluridisciplinaire, peut jouer vis-à-vis des défis de la QVT. L'enjeu est double : prendre soin individuellement des professionnels de santé et agir en amont par une stratégie de prévention primaire. Il s'agit d'une modification de fond de la place des SST, renforçant leur mission de conseil aux directions et au management pour promouvoir la santé des individus mais également la santé organisationnelle et celle des collectifs de travail. ■

Quelles initiatives pour la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ?

Pour une mission « ambulatoire » effective dans la stratégie nationale

Éric Galam
Professeur
des universités,
département
Médecine générale,
université de Paris ;
coresponsable
du DIU Soigner
les soignants (Paris-
Toulouse)

L'ambulatoire fait partie intégrante du plan « Ma Santé 2020 » annoncé en septembre 2018. Malgré la loi HPST¹, vieille de dix ans, et les louables efforts institutionnels pour faire apparaître de la coopération et de la structure derrière les fonctions individuelles, la difficulté conceptuelle est toujours présente pour tous, acteurs producteurs ou bénéficiaires : pas de mur, pas d'organisation, pas d'équipe. Comme l'a été longtemps la médecine générale par rapport aux autres spécialités, l'ambulatoire est ce qui reste lorsque l'on a fini de parler de l'hôpital et des établissements de soins. En serait-il de même des soignants ? Ce qui reste lorsqu'on a épuisé les structures, produits et autres dispositifs ? Pourtant les acteurs de santé savent bien qu'ils ne sont pas seuls et que chacun intervient à son niveau : pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, laboratoires, ambulanciers, médecins... Tous ces intervenants sont bien présents mais chacun se pense seul.

Points de vue et chronologies

Au fond, il est aussi question ici de représentations et de priorisations dans la gestion de la santé publique en fonction de principes et d'un contexte donnés. Soit le centre du soin est l'hôpital avec en toile de fond un

environnement sanitaire, soit au contraire, il existe un maillage du système de santé dans lequel l'hôpital n'est que l'un des dispositifs venant en second, voire en troisième recours (cf. les figures 1 et 2 qui traduisent deux approches radicalement opposées).

La crise sanitaire en cours a illustré cette nécessité d'arbitrages. Très légitimement, au début de l'épidémie, l'ambulatoire a été mis de côté pour orienter directement les patients vers l'hôpital : inversion du fond (centre du soin) et de la forme (contexte du soin) d'une part et des chronologies d'autre part, l'hôpital devenant un temps, premier recours. L'ambulatoire a été réactivé ensuite pour accompagner le déconfinement et atténuer les risques retardés des pathologies chroniques non traitées devant la désertification des cabinets médicaux.

Explicitier l'implicite : organisation et personnes

Révéler et optimiser les structures existantes en les organisant : c'est bien là l'un des objectifs affichés des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). De même, révéler la présence vivante et complexe du soignant dans les soins en explicitant les modes de fonctionnement est un passage obligé pour la qualité de vie au travail. Exercer en tant que soignant n'est pas qu'une question d'organisation, de gestion ou de management. Devenir soignant ne relève pas uniquement de connaissances à acquérir mais aussi d'expériences cliniques à vivre et d'iden-

1. Loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 : pourquoi commencer par « hôpital » ?

figure 1

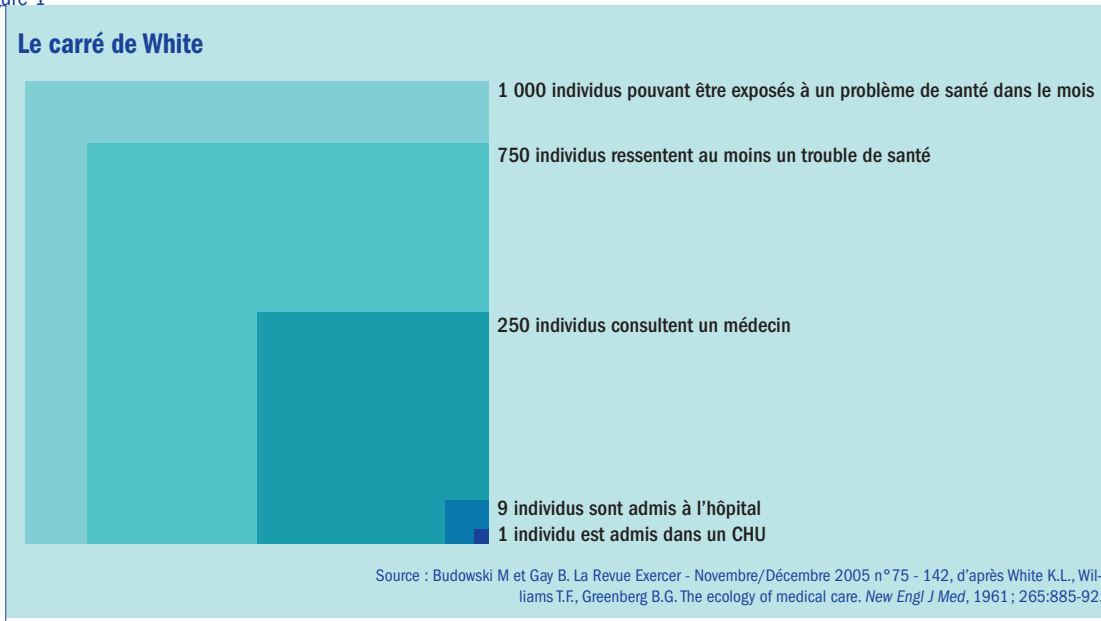
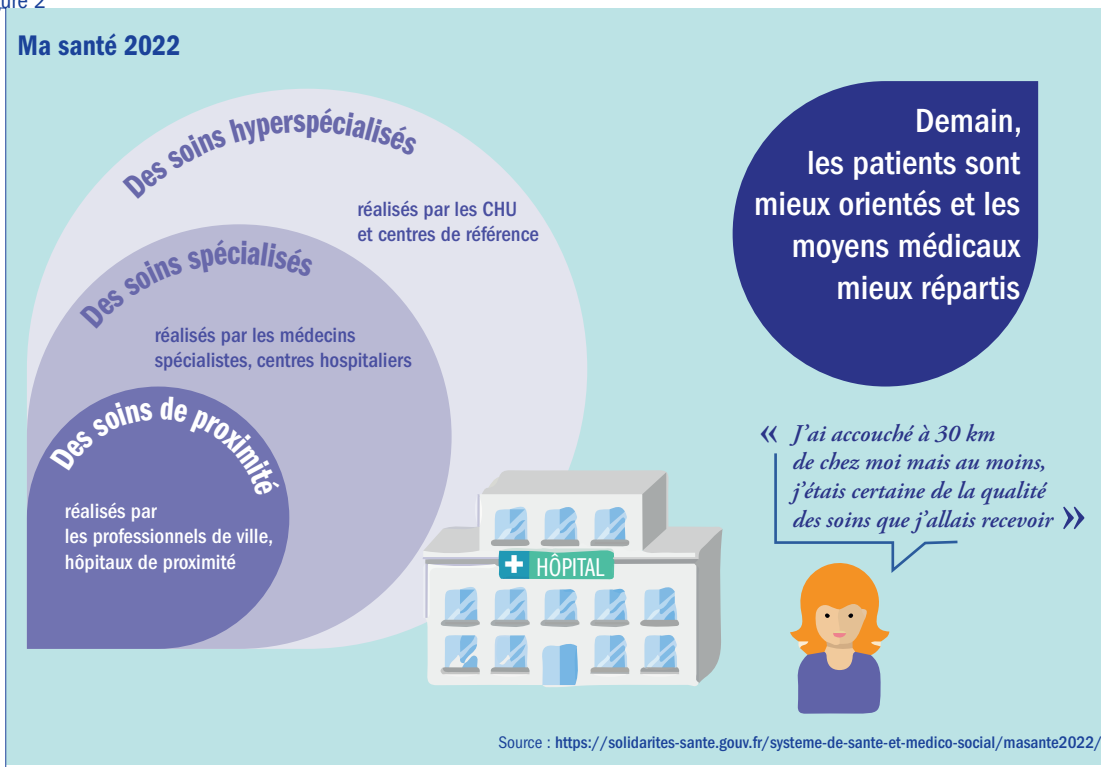


figure 2



tités à assumer. Qu'est-ce qu'un bon soignant ? Quels rituels faut-il respecter pour le devenir et en rester digne ? Comment gère-t-on les difficultés et les zones d'ombre ? Que peut-on partager d'une erreur médicale dans laquelle on est impliqué ? Comment se positionner face aux conflits avec les confrères ? Quelle juste impli-

cation personnelle ? Non seulement, les réponses à ces questions ne sont pas univoques mais le simple fait de les poser est déjà en soi dérangeant, voire la marque d'une transgression. Ce « *hidden curriculum* » [27] n'est pas activement caché mais il n'en reste pas moins implicite. Toutes ces données sont apprises par

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.



Prendre soin des professionnels de santé

chacun, sans être jamais enseignées, en s'imprégnant des fonctionnements du groupe. Les médecins, par exemple, sont très peu formés à gérer la relation avec la maladie, la médecine, leurs collègues, les tutelles, les patients, l'accès à leur intimité et leurs vécus... Ils n'ont aucune supervision pour les accompagner. Ils s'en débrouillent comme ils peuvent. La réforme de la formation des médecins va dans le bon sens, mais combien de temps pour changer les mentalités des nouvelles générations et de leurs enseignants ?

À ce silence assourdissant et jamais discuté vient s'ajouter la confusion à géométrie variable entre les personnes et les organisations, la personne et le professionnel, l'individu et le collectif, la métaphysique et la banalité du quotidien, avec les droits d'exception et les droits communs qui y sont respectivement attachés. Il faut expliciter l'implicite de manière adaptée mais résolue et pour cela dissocier et articuler les différents rôles, travailler l'implication, les hésitations, les imperfections, les doutes. Expliciter l'implicite, c'est faire émerger des temps et des espaces dédiés, rémunérés, attractifs et visibles pour les échanges entre soignants de différentes professions. C'est échanger autour du patient mais pas « que » : c'est aussi parler du soignant pour le soignant. C'est accepter de parler de la façon dont chacun habite son métier et y trouve son compte. La qualité de vie au travail ne relève-t-elle pas, selon la HAS², de l'articulation des conditions, du contenu et du vécu du travail ainsi que des capacités d'expression et d'action possibles sur la vie professionnelle des acteurs ? Des faits, des perspectives mais aussi des représentations et des valeurs. La qualité de vie au travail des soignants ambulatoires n'est pas qu'une affaire objective ni qu'une question personnelle.

Le collectif : de la contrainte aux ressources

Même lorsqu'il travaille en groupe, le professionnel libéral est par essence individualiste. Il est responsable, mais également isolé et fragile. Pourtant, le collectif n'a pas que des avantages. Il implique de la gestion et il peut être source de conflits et de souffrances différentes de celles dues à l'ambulatoire. Les CPTS, les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont censées représenter des ressources, mais elles se veulent centrées sur la prise en charge des patients, ce qui est bien sûr légitime mais réducteur. Le soignant ne mérite-t-il pas d'être accompagné aussi pour lui-même ?

Le collectif existe. Il a intérêt à ce que les soignants soient compétents, bienveillants et équilibrés, si ce n'est motivés et heureux d'exercer leur activité. Les conditions doivent être satisfaisantes. Le contenu des soins doit être questionné, éclairé et balisé. Enfin, le vécu doit être pour le soignant « rentable » financièrement mais aussi et surtout humainement.

2. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Quels principes ?

Quelles qu'elles soient, les initiatives devraient être incitatives et pour cela croyables, fondées sur une volonté politique et culturelle concrète, visible, dotée de moyens financiers et pérennes. Elles devraient être motivantes pour les acteurs du soin et pour cela avoir un intérêt pour eux : qu'est-ce que je vais y gagner ? Ces gains étant entendus en termes financiers mais aussi en termes professionnels et humains. Elles devraient créer du lien entre les acteurs.

Elles pourraient se fonder sur des appels à contribution par les professionnels eux-mêmes, en partant de leurs propres pratiques et de manière qualitative et narrative. Décrivez et racontez les situations qui sont difficiles pour vous. Comment faites-vous pour vous en débrouiller ? Essayez de repérer ce qui vous a aidé ou aurait pu vous aider. Quelle place pour votre métier dans votre vie ? Quelles articulations ? Quels points de vigilance ?

Enfin, elles devraient :

1. reconnaître, sans ambiguïté, la pénibilité [41] de l'activité soignante et ses contraintes professionnelles, déontologiques et humaines ;
2. questionner l'essence même du soin, celle des limites, des responsabilités de chacun, des zones d'ombres, des imperfections à assumer...

Et en attendant, concrètement, quelques propositions en vrac

- **Remettre le soin dans une activité professionnelle plus large.** Université, syndicalisme, vie associative donnent sens au soin dans une posture complémentaire de « méso-soin » : réfléchir et travailler ensemble sur le rapport au soin.
- En particulier, **renforcer la formation continue et les échanges d'expériences** de terrain dans des lieux et des temps dédiés, rémunérés et inclus dans la journée de travail.
- **Intégrer la participation des soignants à la permanence des soins dans leur temps de travail** sans l'ajouter en supplément. Cette activité inconfortable par ses horaires, son cadre et ses demandes pourrait être compensée par un dispositif ressemblant au repos de sécurité obtenu il n'y a pas si longtemps à l'hôpital, et loin d'être d'ailleurs toujours appliqué.
- **Recevoir des étudiants**, internes ou externes, dans son cabinet transforme le soignant en enseignant (il l'a juré lors du serment d'Hippocrate : « *Je rendrai à leurs enfants...* ») et l'inscrit dans les étapes de la progression professionnelle et des échanges entre ceux qui sont expérimentés et les plus jeunes. Outre l'altérité d'un autre professionnel, certes en formation, mais doté d'une compétence et membre « de la famille », la présence de l'étudiant oblige et autorise le soignant à discuter et argumenter des pratiques qu'il pense parfois lui-même inavouables et qui sont loin de l'être toujours.
- **Être vraiment aidé dans la gestion et le fonctionnement de l'outil professionnel**, encore plus que dans les soins

aux patients. Les assistants médicaux sont une ressource prometteuse à condition qu'ils n'aient pas pour objectif, comme écrit dans les textes, d'augmenter la file active des médecins mais plutôt de les aider à travailler mieux et plus paisiblement. Compenser une aide par un surcroît de gestion est contre-productif. De même, si l'on croit peupler les déserts médicaux en donnant de l'argent, on n'a pas compris que le problème ne relève pas de l'argent (de toute façon, on en gagnera puisqu'il n'y a pas assez de médecins) mais de la structure de soutien, d'accompagnement et de sens donné à l'investissement professionnel.

- Continuer de manière beaucoup plus active et radicale à **alléger la charge administrative** des soignants. Les directions hospitalières ont bien été confiées à des gestionnaires. Ne faut-il pas faire de même pour les lieux et dispositifs de soin ambulatoire ?

- **Développer le numérique** ne se conçoit pas sans une formation et la gestion rapide et collective des toujours possibles dysfonctionnements, tant la dépendance qu'il induit entraîne une fragilité de fonctionnement. Les outils de suivi doivent être automatisés et non représenter une charge supplémentaire.

- **Assurer la sécurité** des soignants dans leurs cabinets ou en visite, les rassurer sur la permanence de leur entreprise en facilitant de manière drastique les remplacements pour leur permettre de s'arrêter si besoin, leur octroyer, comme à tous les travailleurs, la capacité à recevoir des indemnités journalières rapides (aujourd'hui pas avant le 91^e jour d'arrêt de travail) ou à se reconverter si nécessaire.

- Offrir aux soignants la possibilité de demander et d'obtenir, de manière confidentielle, un **accompagnement professionnel en cas de difficultés** personnelle, organisationnelle ou avec un patient (désaccords, erreur médicale, plainte).

- **Rappeler aux soignants qu'ils sont précieux** et qu'ils doivent en tenir compte pour eux-mêmes et pour leurs

patients et pour la collectivité qui les a formés. Ils doivent être fortement incités à être prévoyants quant à leurs risques professionnels et leurs éventuelles défaillances de santé ou sociales. De même, comme tout un chacun, ils doivent prendre soin de leur équilibre professionnel et de leur santé notamment en ayant un « vrai » médecin traitant.

- **Redonner aux soignants l'image qu'ils méritent** auprès de la population et des divers intervenants : de gens motivés, engagés, compétents, attachants, sans être admirables et corvéables à merci, fragiles, surchargés et qui doivent être aidés... Prendre soin de ceux qui nous soignent.

Une mission qualité de vie au travail effective pour l'ambulatoire

Mettre en œuvre ces propositions et en faire émerger d'autres ne se fera pas sans efforts, négociations et arbitrages. Il faudra des moyens mais aussi de la créativité, de la maturation et la persévérance des acteurs, décideurs et bénéficiaires des soins.

Trois ans après la promulgation de cette stratégie, qui a au moins le mérite de légitimer les actions sur le terrain, et malgré quelques réalisations significatives, les moyens adaptés et d'envergure manquent toujours.

Rappelons l'engagement numéro 1 de la stratégie nationale qualité de vie au travail ambulatoire³ : « *l'amélioration des conditions d'exercice portée au niveau national incarnée par trois actions : 1) Intégrer la dimension ambulatoire à la mission nationale qualité de vie au travail ; 2) Améliorer la connaissance sur les conditions d'exercice en ambulatoire ; 3) Poursuivre le soutien au développement de l'exercice coordonné au niveau des territoires* ». Si l'on veut vraiment que l'ambulatoire ne reste pas cantonné à la recherche d'initiatives, il faut s'en donner les moyens. 🗨️

3. SNQVT ambulatoire : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf