



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

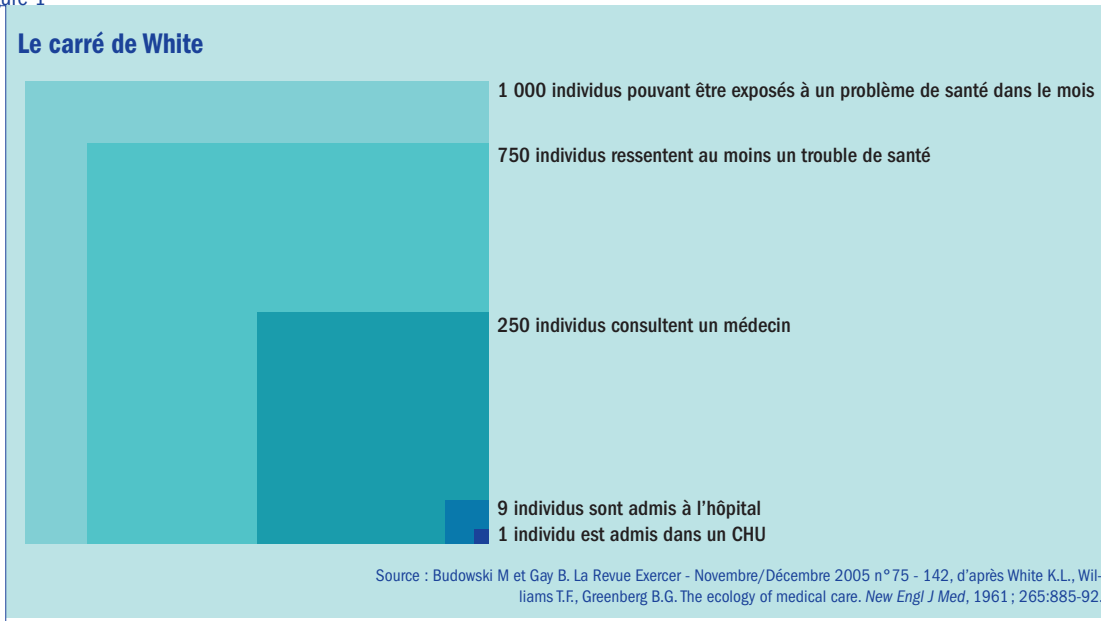
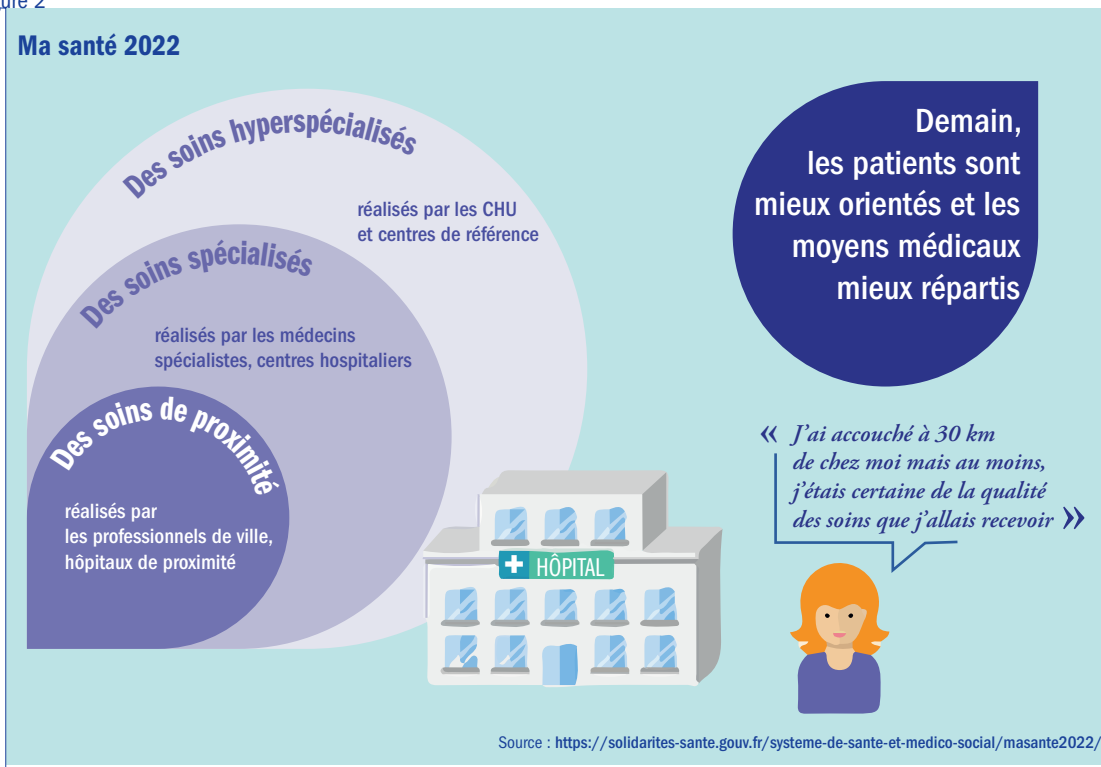


figure 2



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