

OSM

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT

La revue des cadres de santé

LA PERSPECTIVE PATIENT LEVIER MANAGÉRIAL



oui, vous proposer une assistance psychologique, c'est aussi *assurer* votre santé

- ✓ **Assistance psychologique** et d'autres services pour prendre soin de votre santé (coaching tabac⁽²⁾, coaching nutrition⁽²⁾, etc.)
- ✓ Lunettes et prothèses dentaires **prises en charge à 100%**⁽³⁾
- ✓ **Remboursement des soins en 48h**⁽⁴⁾ et suivi en temps réel sur l'appli

À partir de
7,40€⁽¹⁾
/mois

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit
+ prix appel

macsf.fr

En savoir plus,
flashez ce code



PUBLICITÉ

(1) Exemple de tarif pour un infirmier hospitalier de 24 ans en formule générique. Tarif valable la 1^{ère} année d'adhésion pour une souscription jusqu'au 31/12/25.
(2) Tabac/alimentation : via une plateforme médico-sociale (suivi sur une période de 6 mois et jusqu'à 5 appels). Stress : traité dans le cadre d'un accompagnement psychologique.
(3) Pour les équipements ou prestations relevant du 100% santé et sous conditions contractuelles. (4) En cas de télétransmission et 72h dans les autres cas, à réception des données de votre caisse ou de votre demande complète de remboursement (hors délais bancaires). DOCUMENT COMMERCIAL À CARACTÈRE NON CONTRACTUEL, pour de plus amples informations, vous référer aux conditions générales ou aux notices d'information. MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - Sociétés d'assurances mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances Sièges sociaux : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy 92800 PUTEAUX. Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DEFENSE CEDEX. Association souscriptrice : A.L.A.P - Siège social : 11, rue Brunel, 75017 Paris.

ÉDITO



Nathalie Renou
Rédactrice en chef

FAIRE DU PATIENT UN VÉRITABLE PARTENAIRE

L'année nouvelle est l'occasion de formuler des vœux et de tracer des perspectives inédites. Au nom de la rédaction d'*Objectif Soins & Management*, je vous souhaite à tous une année 2025 riche en réalisations professionnelles et en bienveillance personnelle.

Nos métiers, en constante évolution, nous invitent à repenser sans cesse nos pratiques pour offrir toujours plus de qualité et de sécurité aux patients. C'est dans cet esprit que nous avons choisi d'inaugurer l'année 2025 en consacrant ce numéro 505 au thème du « patient partenaire ». Ce concept, loin d'être nouveau, a pris une ampleur considérable ces dernières années. Le patient n'est plus seulement un simple bénéficiaire de soins, mais bien un acteur à part entière de son parcours de santé. Et c'est tant mieux !

Cette évolution est portée par de nombreux facteurs : une meilleure information du public, une demande croissante de personnalisation des soins et un développement des technologies de la santé.

Les articles que vous trouverez dans ce numéro témoignent de la diversité des recherches et des initiatives mises en œuvre pour faire du patient un véritable partenaire.

Des expériences initiatrices en matière de co-construction des projets de soins, des exemples de programmes d'éducation thérapeutique, des réflexions sur les rôles et postures : autant de sujets qui illustrent la richesse et la complexité de cette démarche.

Je tiens à remercier chaleureusement tous les auteurs qui ont contribué à ce numéro. Leurs travaux sont précieux car ils nous aident à mieux comprendre les enjeux du partenariat avec le patient et à identifier de nouvelles pistes d'actions. En tant que cadres de santé, nous avons un rôle essentiel à jouer dans cette transformation des pratiques. L'accompagnement des équipes dans ce changement de paradigme, dans la promotion d'une culture de co-construction des soins, est une véritable innovation managériale et un défi.

Je suis convaincue que le partenariat avec le patient est une voie d'avenir pour améliorer la qualité de vie des personnes prises en soin et le bien-être des professionnels de santé. D'ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) propose des outils à cet effet*. Belle année à tous et bonne lecture !

*Vidéos à consulter sur <https://lnkd.in/eDW4KNMd>

COMITÉ DE RÉDACTION

► MARIA CRÉTANT

Cadre supérieure des pôles chirurgie et médico-technique - GHSIF, Melun

► CHRISTELLE CROITOR

Cadre supérieure de santé, Hôpital Sainte-Périne, AP-HP, Paris

► ARNAUD GAUTIER

Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle, CH Guillaume-Régnier, Rennes

► MARC GRASSIN

Directeur de l'Institut Vaugirard, Humanités et Management, Paris, Enseignant-chercheur à l'ICP

► MURIEL MARC

Directrice des formations sanitaires, Croix-Rouge Compétence Centre Val-de-Loire

► YANNICK MOSZYK

Cadre de santé formateur, AP-HP, Centre de formation et du développement des compétences, Ifsi-Ifas Charles-Foix, Ivry-sur-Seine

► CIDALIA MOUSSIER

Directrice des soins. Adjointe à la coordinatrice générale des soins du CHRU de Tours

► AMANDA DUBRAY

Directrice des soins, coordonnateur général du centre de formations paramédicales, CH Niort, Vice-présidente Cefiec national

► SO YUNG STRAGA

Directrice de l'expérience patient Clinique Saint-Jean, Bruxelles

► RÉGINE TARDY

Directrice, HAD MdzHADé, Mayotte

► ROSELYNE VASSEUR

Directrice des soins

► CHRISTINE PAILLARD

Ingénieure hospitalier, chargée des ressources documentaires. Docteur en sciences du langage. Institut de formation Nanterre

OSM

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT

La revue des cadres de santé

PUBLIEZ !

OSM est la revue de référence pour les cadres de santé, étudiants et professionnels faisant fonction. Elle favorise les échanges et le partage de connaissances, d'expériences en matière de management et de recherche, grâce à des contributions rédigées par des acteurs de terrain et des experts. C'est le rendez-vous incontournable des cadres de santé pour se former, s'informer et échanger, une revue de référence pour une pratique éclairée. Chaque numéro compte 70 pages rédactionnelles, avec un contenu de haut niveau où toutes les disciplines sont abordées. Pour soumettre un article spontanément à la revue, l'idéal est de contacter au préalable nathalie.renou@1health.fr pour valider ou préciser le sujet.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

LE TITRE

Celui-ci doit être court, complet et dynamique (60 signes max).

LES COORDONNÉES DES AUTEURS

Leur nombre ne doit, si possible, pas dépasser 4. Pour chaque auteur, indiquez : nom, prénom, adresses mail + postale personnelle, téléphone portable, fonction, adresses professionnelles. Joindre une photographie de l'auteur principal. Remplir la déclaration d'intérêts.

LE CHAPO

Texte introductif et attractif, il incite le lecteur à poursuivre sa lecture (environ 350 signes).

LES MOTS CLÉS

5 à 6 mots clés

UN RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

qui servira à mettre en avant votre article dans la newsletter (2000 signes espaces compris).

UNE INTRODUCTION

L'introduction doit présenter :

- le thème ou la problématique, et les orientations de l'article,
- les principaux résultats et éléments de discussion lorsqu'il s'agit d'une étude.

LE CORPS DE L'ARTICLE

Séparé en paragraphes par des intertitres, il permet de suivre le cheminement de la pensée de l'auteur. Saisir le texte en Word, police 12, interligne 1,5. Pensez à faire des phrases courtes, ponctuées, et comprenant un verbe.

Conformément aux pratiques internationales, les auteurs doivent impérativement rédiger une déclaration de conflit d'intérêt à la rédaction. Toutes les sources de financement du travail doivent être mentionnées. Un conflit d'intérêts existe quand un auteur et/ou un co-auteur a des relations financières ou personnelles avec d'autres personnes ou organisations qui sont susceptibles d'influencer ses jugements professionnels concernant une valeur essentielle (bien du patient, intégrité de la recherche...). Les principaux conflits d'intérêts étant les intérêts financiers, les essais cliniques, les interventions ponctuelles, les relations familiales... La rédaction d'Objectif Soins & Management se réserve le droit de publier ou non les articles envoyés.

POUR NOUS CITER SUR LES RÉSEAUX...

C'est le fruit des abonnements qui nous permet de vous informer, voilà pourquoi nous ne pouvons pas diffuser gratuitement nos contenus.

Quand vous relavez sur les réseaux un article, merci à vous, cela nous fait de la visibilité. Pensez à tagger OSM-Objectif Soins et Management ainsi que espaceinfirmier.fr pour tous les cadres de santé qui voudraient s'abonner.



S'il s'agit de la présentation d'un travail de recherche, d'une étude scientifique :

► **Matériel et méthode** : L'ordre de présentation du matériel et des méthodes doit être décliné de façon chronologique.

► **Résultats** : Présentés sous forme de tableaux ou de graphiques pertinents avec titre et légende explicatifs.

► **Discussion** : Cette partie doit permettre une comparaison avec les études préalablement relevées dans la recherche bibliographique. La discussion a pour objectif de répondre à la problématique posée.

UNE CONCLUSION

Reprenant les éléments essentiels, ouvre les perspectives.

LES ENCADRÉS

Il est recommandé aux auteurs d'extraire des encadrés pratiques pour le cadre de santé.

Un article peut contenir 2 à 3 encadrés de 500 à 1 500 signes. Si le thème s'y prête, donner les recommandations de bonnes pratiques et leurs références.

ICONOGRAPHIES

Chaque article doit inclure, selon sa structure et son objectif, photos, schémas, infographies, arbres décisionnels, modélisations dynamiques... appelés dans le texte et envoyés en fichier natif à part (Adobe Illustrator, PowerPoint, Keynote...). Les photos doivent être enregistrées en jpg à 300 dpi et être de grand format. Une vidéo 16/9° HD peut être fournie et appelée dans le texte comme une photo, avec sa légende.

LA BIBLIOGRAPHIE

Elle consiste à recenser de manière chronologique, selon leur ordre de citation par un numéro dans le corps du texte, les articles qui ont servi à l'étude.

Pour un livre : auteurs, titre, éditeur, collection, année de publication (pages si chapitre de livre).

Pour un article de revue : auteurs, titre, revue, année, première et dernière pages.

Données issues d'Internet : disponible en ligne sur : copier le lien et noter la date d'obtention de l'information.

Références issues d'une vidéothèque : titre, réalisateur, production, année.

Une bibliographie non citée dans le texte est notée dans la rubrique "pour en savoir plus".

CONTACT

Nathalie Renou, Rédactrice en chef

Objectif Soins & Management

1Health : 19-21 rue Dumont d'Urville, 75116 Paris

nathalie.renou@1health.fr

www.espaceinfirmier.fr

SOMMAIRE

OSM 303 Février-Mars 2025

ÉDITO

5 Faire du patient un véritable partenaire N. Renou

ACTUALITÉS

- 6 Portrait - Laurie Mathay, pour une approche interdisciplinaire et humaniste
 9 Interview - Yolène Rousseau, cadre hygiéniste
 « Être cadre, cela mobilise des connaissances très transversales »
 12 Ancim 2024 - Les compétences innées et/ou acquises des cadres
 14 Gouvernement - Yannick Neuder, le 7^e ministre de la Santé
 16 Formation continue - Obligation périodique de certification : pensez-y !
 17 Femmes de santé - Améliorer la place de la femme
 18 Interview - Christian Pradier, Anaïs Li Fonti
 Dans les coulisses de l'unité pilote de promotion de la santé des professionnels
 21 Journées Bleu Menthe - Focus sur l'intelligence émotionnelle
 23 Association française des directeurs de soins - Gouvernance et innovation

DROIT

24 Textes législatifs A. Uzel

QUALITÉ

- 28 Le directeur des soins, pilote d'une synergie collective I. Bayle
 32 Le pouvoir des émotions dans les métiers de la santé S. Tosoni-Pourrier,
 M. Vandamme, V. Deville, D. Thomas, M. Andrade

DOSSIER

36 **L'EXPÉRIENCE PATIENT** Coordonné par C. Moussier

38 **PROMOTION DE LA SANTÉ**
 La perspective patient, avec ou sans ? S. Y. Straga

40 **QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES**
 L'implication des représentants des usagers dans l'analyse
 des événements indésirables graves C. Moussier, A. Dooghe, M. Faroult, S. Wick

45 **SUR LE TERRAIN**
 Le patient expert, un atout dans la prise en soin de l'obésité N. Blanc
 La pair-aidance : quand des patients deviennent des collègues S. Waha

48 **PROMOTION DE LA SANTÉ**
 L'expérience patient, un levier
 pour le maintien à domicile S. Hamache-Potin, V. Mégevand
 Comprendre l'évolution de l'expérience patient E. Portella

53 **RECHERCHE ET FORMATION**
 L'étudiant traceur, une approche novatrice F. Tardivo, L. Gilbert, C. Moussier

57 **SUR LE TERRAIN**
 L'intégration des patients partenaires facilitée par le cadre de santé C. Robineau
 Intégrer les patients dans les institutions de santé N. Delbrassine

CULTURE

66 Sciences • Éthique • Éducation • Soins • Droit

ÉTHIQUE

67 Embrasser sa responsabilité et non l'endosser X. Bertrand

MÉTHODES & INNOVATIONS

70 Fondamentaux - La classe puzzle L. Soyer

ÉCRITS PROFESSIONNELS

72 L'analyse des pratiques professionnelles,
 facilitatrice de l'agir en management F. Cluzel, S. Vanier



Éditeur : ISMEDIA, SAS au capital de 1000€

• Siège social : 19-21, rue Dumont-d'Urville
 75116 Paris

• RCS Nanterre 798528394

• Président, directeur de la publication :
 Julien Kouchner

Revue bimestrielle : © ISMEDIA

N° de commission paritaire : 0126T81281

• ISSN : 2264-4032

• Dépôt légal : février 2025

• Imprimeur : Imprimerie Champagne Nouvelle,
 ZI Les Franchises, 52206 Langres Cedex

RÉDACTION

• Directrice des rédactions :

Anne Boulanger - anne.boulanger@1health.fr

• Rédactrice en chef :

Nathalie Renou - nathalie.renou@1health.fr

• Secrétaire de rédaction : Emmanuelle Barsky

• Première rédactrice graphiste : Farida Marouf

• Rédacteur graphiste : Walter Barros

• Ont collaboré à ce numéro :

A-L. Favier, C. Pourprix, A. Renaud

• Photo de couverture :

© George Oze / Alamy Stock Photo

• Chef de fabrication : Amélie Rivrin

• Création/Design revue : Audrey Barbutti

• Site Internet : espaceinfirmier.fr

MARKETING et DIFFUSION

• Directrice : Sophie Presles

sophie.presles@1health.fr

• Chef de marché marketing : Alexandra Moulin

alexandra.moulin@1health.fr

• Responsable Service clients : Corinne Hansel

corinne.hansel@1health.fr

• Responsable partenariats : Alicia Perignon

alicia.perignon@1health.fr

ABONNEMENTS

• Service clients :

service-clients@espaceinfirmier.fr

Tél. : 0 805 298 111

• Tarif abonnements :

Prix au numéro : 35 € ;

Tarif 1 an (6 numéros) : 145 €.

Export : consulter le service clients

PUBLICITÉ

• Directrice de clientèle :

Yolande Orlando - yolande.orlando@1health.fr

Tél. : 07 87 06 82 83

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications aux données personnelles vous concernant.

Les propos publiés n'engagent que leurs auteurs.

Tous droits de reprographie à des fins de vente, de location, de publicité ou de promotion sont réservés à l'éditeur. Imprimé en France. Origine du papier :

Autriche/Belgique. Taux de fibres recyclées : 0%.

Eutrophisation : 0,076kg/t

Nous faisons le choix de travailler avec un imprimeur

labellisé Imprim'vert et d'utiliser du papier certifié

PEFC issu de forêts gérées durablement.

Retrouvez OSM sur



PORTRAIT

Laurie Mathay, pour une approche interdisciplinaire et humaniste

Laurie Mathay est infirmière en santé communautaire, une spécialisation très répandue dans certains pays comme le Canada, mais qui, en Europe, semble être propre à la Belgique. Elle a toujours pratiqué son métier d'infirmière au Grand-Duché de Luxembourg voisin, en adoptant une vision globale et intégrée des soins aux patients. Formée en santé intégrative et aux pratiques psychocorporelles, elle a œuvré à leur développement et à leur évaluation au sein d'un centre de réadaptation fonctionnel et post-oncologique. Tout récemment, elle s'est orientée vers un nouveau défi professionnel pour prendre en charge la coordination des projets de prévention et d'accompagnement du cancer du sein pour l'association Europa Donna Luxembourg.

Laurie Mathay a grandi dans une famille où l'aspect social et humain revêtait une grande importance. Naturellement, elle s'est tournée vers les métiers du soin. En 2005, à l'issue de ses trois années d'études infirmières à l'Henac (aujourd'hui Henalux) à Namur, en Belgique*, elle suit une année de spécialisation en santé communautaire. « Celle-ci permet de s'orienter vers la promotion d'une approche globale de la santé, en intégrant tant l'aspect biologique que l'aspect psychosocial et le bien-être des populations, explique Laurie Mathay. Cela inclut la prévention des maladies, l'éducation, le dépistage, la gestion des maladies chroniques et le soutien des personnes vulnérables. En Belgique, l'infirmière en santé communautaire peut exercer dans les hôpitaux, les centres de santé et sociaux, les maisons médicosociales, les services d'aide à l'enfance... » Là où en France, infirmière, assistante sociale, psychologue et autres métiers de la santé sont des spécialités qui travaillent souvent de manière distincte, l'infirmière en santé communautaire peut jouer un rôle clé dans la coordination des différents intervenants, en favorisant la communication et les relations interdisciplinaires.

DÉVELOPPEMENT D'UNE APPROCHE PSYCHOSOCIALE

Après quelques mois au sein d'un réseau de soins à domicile, Laurie Mathay intègre en 2008 le Centre de convalescence de la Croix-Rouge luxembourgeoise, comme infirmière chargée des démarches sociales et psychosociales. « Pendant 10 ans, ma mission a consisté à soutenir le développement d'une approche psychosociale du patient. » Parallèlement, elle renforce ses connaissances en suivant « de nombreuses formations en programmation

* La formation sociale dure désormais 4 ans en Belgique.

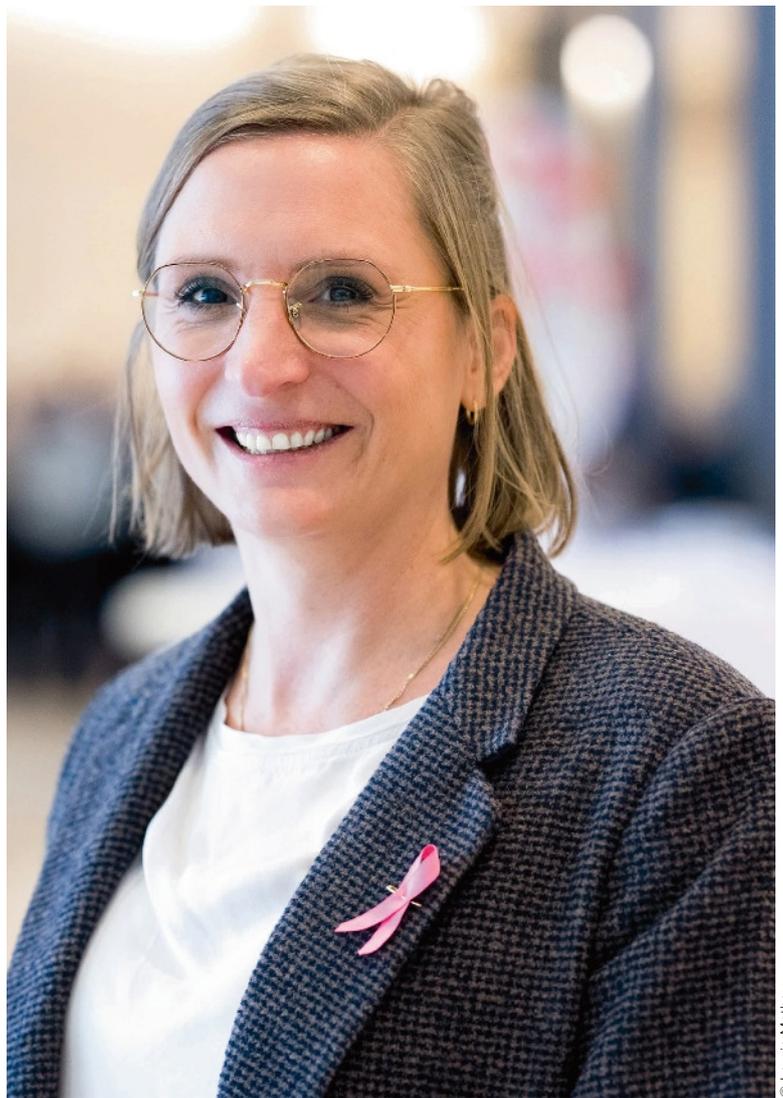
neurolinguistique, intelligence émotionnelle, entretien motivationnel, communication non violente... et en thérapie systémique selon l'approche Palo Alto qui se concentre sur les interactions et les relations au sein des systèmes, comme la famille ou le groupe social dans lequel la personne évolue ».

En 2018, le Centre de convalescence devient le Centre de réhabilitation du Château de Colpach (CRCC), toujours propriété de la Croix-Rouge luxembourgeoise. En accédant au statut de centre hospitalier, il obtient des financements plus importants, permettant la mise en place d'un projet de réhabilitation selon une approche globale de plus grande envergure. Laurie Mathay est nommée responsable du service psychosocial. Elle étoffe son équipe de deux psychologues et de trois assistantes sociales, développe les soins complémentaires en soutenant la formation des soignants volontaires, et se préserve un mi-temps pour accompagner les patients comme infirmière chargée des démarches sociales. Parmi ses missions : *« la construction et la coordination d'un service psychosocial et de pratiques complémentaires, le management d'une équipe de 12 personnes, de projets psychosociaux, la participation active dans le projet d'établissement et l'accompagnement psychosocial des patients en interdisciplinarité. »*

En 2021-2022, elle franchit une étape marquante en suivant le diplôme interuniversitaire (DIU) Santé intégrative et pratiques psychocorporelles (PPCs) à l'Université Paris-Saclay. Le Centre de réhabilitation *« met alors un nom »* sur tous les projets développés en son sein depuis plusieurs années – sophrologie, conseils et soins socio-esthétiques, massages mieux-être, méditation pleine conscience, hypnose, sexologie, art-thérapie, activité physique adaptée, expressions vocales, utilisation de la réalité virtuelle... – en collaboration avec la rééducation fonctionnelle et les soins plus conventionnels délivrés par les médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc. Ce projet se nomme *« réhabilitation intégrative »*.

LA SANTÉ INTÉGRATIVE EN PRATIQUE

Son diplôme validé, elle le met en pratique dans le cadre de la préparation du projet d'établissement 2023-2027 du CCRC, qui comprend 30 lits de réhabilitation physique, 30 lits de réhabilitation post-oncologique ainsi que 20 lits de réhabilitation en hôpital de jour. Une originalité, les PPCs étant généralement réservées à la réhabilitation post-oncologique. Au CRCC, cette approche est proposée



© Laurie Mathay

à tous les patients. *« La direction était très ouverte à cette approche et j'ai pu participer, avec un comité de pilotage, à la coordination du projet d'établissement, explique Laurie Mathay. Au début, il a fallu nommer les choses et sensibiliser sur le concept de santé intégrative, car de nombreuses interprétations circulaient, certains avaient des réticences ou exprimaient des inquiétudes. »* Cinq groupes de travail sont alors constitués : santé intégrative et pratiques complémentaires ; patient partenaire ; interdisciplinarité ; développement personnel (qualité de vie au travail du personnel) ; communication dans l'établissement entre tous les membres du personnel. *« Depuis 2018, grâce à certains membres du personnel spécialisés en interdisciplinarité, nous avons pu construire une organisation très structurée au niveau des soins et celle-ci a continué à évoluer au fil des années grâce à un groupe de travail très motivé. Cela a été un socle très important dans la construction du nouveau projet d'établissement »,* précise-t-elle. Pour accompagner ce nouveau projet, une formation de six heures à la santé intégrative a été créée par Laurie Mathay et son groupe de travail, et dispensée à l'ensemble des 160 membres

du personnel, tous métiers confondus, ainsi qu'une formation supplémentaire de deux jours sur l'entretien motivationnel, proposée par des experts aux 90 soignants, afin de développer l'approche du patient partenaire. Concrètement, les professionnels de chaque métier rencontrent le patient le jour de son admission pour établir un bilan. Le lendemain, ils se réunissent pour définir des objectifs tant fonctionnels que physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels, spirituels ou encore sexuels. Chaque semaine, au minimum, les objectifs et moyens des patients sont réévalués afin que celui-ci puisse les atteindre au bout d'un mois.

ÉTUDE D'IMPACT DES SOINS COMPLÉMENTAIRES

Laurie Mathay a consacré son mémoire de DIU à l'impact des PPCs dans le cadre d'une réhabilitation de 30 jours (la durée du séjour prise en charge par l'assurance maladie au Grand-Duché de Luxembourg) « en effectuant un travail d'analyse et de recherches, consistant à observer, analyser, justifier et confirmer si les PPCs, proposées dans une approche intégrative, ont leur place dans un centre de réhabilitation et constituent donc une plus-value pour les patients ». Elle a mené cette exploration auprès de 20 patients du CCRC en utilisant l'échelle de qualité de vie en santé SF12, qui aborde huit dimensions, sur quatre semaines : l'activité physique, la vie et les relations avec les autres, les douleurs physiques, la santé perçue, la vitalité, les limitations dues à l'état psychique, celles dues à l'état physique et la santé psychique. « Cette exploration, même de très faible envergure, a permis de démontrer qu'il y aurait une place évidente pour les PPCs en réhabilitation, qu'elle soit physique ou post-oncologique. Nous avons souhaité poursuivre cette évaluation de la qualité de vie des patients en utilisant une échelle plus simple recommandée par l'Organisation mondiale de la santé : WHOQOL-BREF. Nous l'avons testée pendant quelques semaines puis l'avons intégrée à l'entrée et à la sortie des patients. Les premiers résultats sont attendus début 2025. J'espère qu'un projet de recherche pourra naître un jour et ainsi permettre d'apporter la rigueur scientifique qui faisait défaut jusqu'ici. »

NOUVEAU CHAMP D'ACTION

Très engagée et investie dans ce projet pendant des années, Laurie Mathay constate et dénonce le manque de reconnaissance et de financement de

ces soins complémentaires qui concernent les domaines psychosociaux. « Obtenir des financements pour développer ce type de projet est difficile ! Nous discutons beaucoup de ce sujet au sein de la Société française d'oncologie intégrative (SFOI), du Groupe de soignants en oncologie (GSO) et de l'association Health United, dont je suis membre. Au Grand-Duché de Luxembourg, j'ai eu la chance de collaborer avec de nombreuses associations qui ont cru à notre projet et ont accepté de financer directement certaines actions, notamment l'art-thérapie, les consultations en vie intime et sexualité... »

C'est d'ailleurs au sein d'une de ces associations, Europa Donna Luxembourg, que Laurie Mathay poursuit sa carrière depuis octobre 2024. L'association, financée essentiellement par des dons, est spécialisée dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement, au travers notamment des soins complémentaires auprès des patients atteints d'un cancer du sein. L'association intervient à concurrence de la moitié des coûts des soins non remboursés, en faveur de membres cotisants touchés par la maladie. « Europa Donna Luxembourg recherche une infirmière pour coordonner des projets, être en lien avec les différentes structures de santé, les praticiens, les politiques, et accompagner une équipe de bénévoles très engagée depuis plus de 22 ans. Afin de connaître les besoins et de

proposer des aides adaptées aux patients, nous travaillons, par exemple, avec les infirmiers « breast care Nurse » des hôpitaux, qui accompagnent les patients dans tout leur parcours de soins afin d'évaluer leurs besoins, les soulager dans leurs démarches administratives. Nous proposons également des séances de sensibilisation à la prévention et au dépistage du cancer du sein dans les

Les pratiques psychocorporelles ont une place évidente en réhabilitation physique ou post-oncologique

entreprises, les écoles... Des groupes de parole, accompagnés par des psychologues et des « Café Donna », organisés par l'une de nos bénévoles, sont également proposés tous les mois. Nous collaborons aussi avec d'autres associations et administrations du pays pour d'autres projets plus conséquents. Faire partie de cette association me permet de m'investir tant dans la prévention que dans l'accompagnement des personnes touchées par la maladie, la coordination et la promotion de la santé intégrative. » Une nouvelle expérience professionnelle parfaitement alignée avec le parcours de Laurie Mathay où « l'intelligence collective, source d'une énorme richesse », a toute sa place.

Claire Pourprix

INTERVIEW

Yolène Rousseau, cadre hygiéniste « Être cadre, cela mobilise des connaissances très transversales »



© Y. Rousseau

Yolène Rousseau est cadre hygiéniste. Après une expérience d'infirmière aux urgences, elle s'est vite prise au jeu de l'organisation jusqu'à faire fonction de cadre de soins dans un centre de rééducation fonctionnelle. Après avoir accompagné vers la certification différents sites sur lesquels elle était en poste, elle se spécialise en hygiène pour se consacrer entièrement à la discipline, jusqu'à devenir formatrice et consultante. Pleinement investie dans la thématique, elle continue de se former pour transmettre à son tour son savoir et ses connaissances.

VOUS VOUS PRÉSENTEZ COMME CADRE DE SANTÉ HYGIÉNISTE, COMMENT DÉFINIRIEZ-VOUS CETTE FONCTION ?

Le cadre hygiéniste est un cadre ayant une mission transversale qui requiert de mobiliser des compétences sur énormément de sujets : il peut aussi bien s'occuper du risque infectieux sur cathéters que de la stérilisation mais aussi des précautions standard ou encore du risque infectieux au bloc opératoire. Cela demande d'avoir beaucoup de contacts avec différents experts, de l'air, de l'eau, des surfaces, et surtout de ne pas travailler seul : le cadre hygiéniste se doit d'être très à l'écoute des autres professionnels de l'hôpital.

INFIRMIÈRE DE FORMATION, VOUS AVEZ D'ABORD TRAVAILLÉ AUX URGENCES. COMMENT AVEZ-VOUS PRIS LE VIRAGE VERS L'HYGIÈNE ?

Après avoir travaillé en tant qu'infirmière dans différents services d'urgences – Samu, Smur et unité de soins intensifs en cardiologie –, une opportunité s'est présentée à moi : faire fonction de cadre dans un centre de rééducation fonctionnelle où je devais encadrer une quarantaine de professionnels. J'ai ensuite obtenu un diplôme universitaire (DU) en hygiène pour devenir infirmière hygiéniste, ce qui m'a permis d'être présente sur différents



© Yurolais Albert/istockphoto

sites en faisant fonction de cadre de soin et hygiéniste, et j'ai participé à la certification V2014. C'était une période très chargée, mais cela s'est très bien passé et m'a ouvert une nouvelle voie, celle d'assurer l'intérim de chef de bloc lorsqu'il n'y en avait plus. J'ai progressivement délaissé ma fonction de cadre de santé pour me concentrer sur la fonction hygiéniste et j'étais sur quatre sites en même temps. C'est alors que le Covid est arrivé.

QU'EST-CE QUE CETTE PÉRIODE COVID VOUS A APPRIS ?

Dans les petits établissements, il n'existe pas de praticien hygiène, donc j'ai très vite eu la charge de gérer certains aspects de la crise : la formation, la gestion des équipements de protection individuelle (EPI), les flux de patients en lien avec l'agence régionale de santé (ARS), la transformation des services de chirurgie en service Covid : une période très intense, mais aussi très enrichissante. J'étais mobilisée 7 jours sur 7. C'est alors que j'ai été sollicitée par un organisme de formation à la demande du préfet de l'Aube pour former les professionnels dans les établissements de l'Est. Je réalisais des formations de personnels des établissements médicosociaux (instituts médico-éducatifs – IME, établissements pour personnes âgées dépendantes – Ehpad, établissements et services d'accompagnement par le travail – Esat), là où les professionnels n'avaient pas les connaissances de base en matière de précautions standard. Cela m'a réellement touchée et j'ai pris goût à la formation, pour ne plus la lâcher. Même si j'avais obtenu un DU d'hygiène, je me suis rendu compte que j'avais des manques en termes d'outils tels que l'analyse de risques, et comme je voulais être pleinement autonome sur ces thématiques, je me suis formée de nouveau avec un master « hygiène et qualité des soins ».

À partir de là, je suis devenue cadre de soins en hygiène et qualité et j'ai commencé, en parallèle, à former des correspondants en hygiène dans le secteur privé.

QUELLE FORMATRICE ÊTES-VOUS ?

Avant la crise Covid, je construisais beaucoup de protocoles. Avec le Covid, j'ai produit de nombreuses vidéos pour aider les équipes avec les précautions standard et aujourd'hui, je privilégie beaucoup le visuel dans mes formations : j'aborde les choses par le jeu, pour délivrer un maximum de notions de manière pédagogique et en peu de temps, car c'est toujours ce qui manque : on court après le temps ! Il faut vraiment adapter notre discours aux nouveaux canaux de diffusion de l'information : les vidéos, les flash-infos, les jeux de simulation, les « opérations coup de poing ».

QUEL PUBLIC FORMEZ-VOUS ?

Tout le monde est concerné par l'hygiène, donc je peux former toutes sortes de professionnels. Les besoins les plus criants se trouvent dans les petits établissements et aussi en médecine de ville. Il y a aussi ceux auxquels on pense moins, par exemple les professionnels des services mortuaires et de médecine légale. Prendre soin de la personne décédée fait aussi partie du soin : la toilette mortuaire, les soins de conservation, l'autopsie, le risque infectieux, sont autant de facettes du métier qui ont un lien avec l'hygiène. J'ai donc formé dernièrement des professionnels de ce secteur : un défi pour moi, une manière de sortir de ma zone de confort car c'est un secteur fermé, un peu comme le bloc opératoire : on n'y accède pas facilement. C'est pourtant un secteur qui a besoin de formation, sur l'aspect pratique mais aussi sur le réglementaire.

EN MATIÈRE D'HYGIÈNE, VOUS SEMBLEZ DIRE QU'IL Y A MATIÈRE À FAIRE...

Dans les petits établissements, clairement oui ! On a mis en place des équipes mobiles d'hygiène pour combler certains manques, notamment dans les Ehpad. Il m'est arrivé de voir des professionnels nettoyer des surfaces avec du produit pour les vitres ! Je travaille beaucoup sur l'éco-nettoyage d'ailleurs : c'est l'alternative au « tout produit chimique ». Je suis d'ailleurs consultante pour une entreprise qui développe des produits en microfibres pour les déployer en établissements de santé. L'idée est de trouver la meilleure solution pour les agents de nettoyage, afin d'éviter les troubles musculosquelettiques tout en proposant un produit efficace pour le nettoyage des surfaces. D'ailleurs, je tiens à rappeler que le travail des agents de nettoyage est la base du soin : aucun soin ne peut se dispenser d'un bionettoyage efficace.

QUELLES SONT, POUR VOUS, LES QUALITÉS REQUISES POUR EXERCER EN TANT QUE CADRE HYGIÉNISTE ?

Je pense qu'il faut vraiment une appétence pour l'apprentissage. Dès le départ, pour travailler aux urgences, il m'a fallu avoir des connaissances en orthopédie, en digestif, en cardiologie, etc. en plus des qualités relationnelles avec le patient. Après avoir obtenu mon DU en hygiène, j'ai aussi fait le nécessaire pour obtenir un DU en radioprotection, afin de devenir une personne compétente en la matière, ce qui me permettait notamment d'accéder au bloc opératoire, un milieu assez fermé. Il ne faut donc pas hésiter à se former. En tant que cadre, c'est pareil, dans le sens où il faut être multitâches, avoir une approche holistique, savoir un peu tout faire : gérer l'humain, établir des plannings, gérer les lits, les praticiens, les visites, les familles, sans oublier la formation du personnel. Être cadre, cela mobilise des connaissances très transversales ! Je regrette parfois qu'on demande aux soignants d'être proches du soin tout en les éloignant : pour moi, le travail du cadre, c'est sur le terrain, proche de ses équipes. Le télétravail, je ne le comprends pas : ça ne me semble pas compatible avec le travail du cadre.

PENSEZ-VOUS QU'IL FAILLE REPENSER LE TRAVAIL DU CADRE ?

Je trouve que la fonction de cadre de proximité était une bonne chose pour faire le lien entre les équipes, les patients et les familles, et pourtant, j'ai la sensation que certains cadres sont de plus en plus éloignés du monde des soignants : attention aux horaires, sinon, on ne voit pas toutes les transmissions, on ne peut pas agir sur les plannings...

Quant aux réunions le matin, je ne les trouve pas idéales, c'est souvent le moment où il y a beaucoup de mouvements dans un service, notamment les transmissions, et le rôle du cadre est d'être au plus près de ses équipes. Ce recentrage, au plus près des équipes, me paraît vraiment essentiel. Un super outil pourrait être employé : l'utilisation de patients traceurs chaque semaine. C'est un outil de la V2024 qui permet d'avoir une vision globale de son service. Et puis, de nouvelles contraintes se présentent aussi dans les services, avec lesquelles le cadre doit composer : par exemple, les intérimaires qui sont parfois plus nombreux que les salariés dans une équipe. Il faudrait peut-être remettre des infirmières de coordination pour faire le lien.

Je travaille beaucoup sur l'éco-nettoyage, l'alternative au « tout produit chimique »

QUELS SONT VOS PROJETS POUR RENFORCER ENCORE VOS COMPÉTENCES ?

Je me suis formée en passant un DU sur l'antibiorésistance et l'approche *One Health* : il faut arrêter de penser que les trois santés – humaine, animale et environnementale – sont distinctes, et il devient plus qu'urgent de « penser global ». Par exemple, si l'on veut répondre à l'antibiorésistance, qui constitue un réel défi, il faut une politique globale : tout est interdépendant. Il faut à la fois un usage raisonné des biocides – et mon travail sur les microfibres a montré que cela permet de s'en affranchir en partie – et partir à la recherche de nouvelles solutions. La vapeur est efficace, mais chronophage. L'une des solutions pourrait venir de la phagothérapie : cela consiste à utiliser des virus qui ont un tropisme spécifique vers les bactéries. Cette technique est utilisée dans plusieurs pays du monde, en santé animale et même humaine, mais le problème, c'est qu'en France, elle ne dispose pas d'autorisation de mise sur le marché par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), donc pour le moment, elle n'est utilisée qu'à titre compassionnel. C'est pourtant très prometteur et je trouve cela passionnant.

Propos recueillis par Anne Lise Favier

JOURNÉES DE L'ANCIM 2024

Les compétences innées et/ou acquises des cadres

Près de 800 personnes se sont donné rendez-vous pour les 32^{es} journées annuelles de l'Association nationale des cadres de santé (Ancim). En 2024, cap sur la cité phocéenne : Marseille. Du Vieux-Port aux Calanques, en passant par la « Bonne Mère », la ville cosmopolite a attiré, pendant deux jours, l'encadrement paramédical de toute la France.

L'Ancim est une association professionnelle reconnue au sein du système de santé et des établissements. Elle regroupe les cadres de santé des trois filières paramédicales (infirmier, médicotechnique et rééducateur) et représente les cadres de santé de proximité et les cadres supérieurs de santé. Elle a pour mission de promouvoir, valoriser et légitimer les rôles, les missions et la place des cadres de santé auprès des pouvoirs publics. Soucieuse de fédérer et de porter, par une voix unique, la parole des cadres de santé, l'Ancim est devenue incontournable en offrant un temps de « pause » aux managers, toujours plus nombreux, venus se retrouver au plus important congrès des cadres de santé de France.

ENTRE ART ET SCIENCE

La dichotomie entre les compétences managériales innées et acquises des cadres de santé est une fausse piste. La réalité est bien plus complexe et résulte, bien souvent, d'une interaction entre les deux. Cependant, la plupart des experts conviennent que le management est une combinaison d'aptitudes naturelles et d'acquisitions de compétences. La formation permet aux futurs cadres de santé de s'adapter aux défis actuels et futurs auxquels les organisations sont confrontées, favorisant ainsi le développement professionnel et la croissance personnelle des individus. Il ne suffit pas d'être un bon professionnel pour être un bon cadre de santé. Devenir cadre de santé ne s'improvise pas ; il s'agit d'une fonction de responsabilité élevée qui nécessite une préparation adéquate.

LEADERSHIP DANS L'INCERTITUDE

Stéphane Kato Charlot, ancien membre des Groupes d'intervention de la Police nationale (GIPN) et du Raid (recherche, assistance, intervention, dissuasion), a proposé de réfléchir à trois compétences clés non techniques qui sont au service de la performance :

- la conscience de soi : quelle est ma « météo intérieure » ?

De quelle manière je parviens à gérer mon stress ? À l'image de la préparation mentale pour les opérations de « haute voltige », il est essentiel de mettre des mots sur les émotions, d'en développer la maîtrise pour contrôler le curseur de l'intensité de nos émotions ;

- l'empathie : renvoyer à l'autre que l'émotion a été identifiée et permettre à la confiance de s'installer. S'intéresser aux mots, « muscler son écoute » et rechercher des informations avant d'agir ;
- l'influence, ou la conscience partagée des risques et opportunités qui conduira à la mise en œuvre effective du plan d'action.

POUR RÉUSSIR, DEVEZ-VOUS ÊTRE STRATÈGE

Comment faire converger les professionnels ? Comment motiver ? Vincent Desportes, général de l'armée de Terre, envisage le manager comme un créateur de circonstances. Il s'agit de relier le destin individuel au destin collectif, de prendre en compte un désir d'avenir qui n'existe pas mais que j'entends créer. Les plans ne fonctionnent pas ; il existe toujours une différence entre le plan stratégique et l'exécution opérationnelle.

Alors, « *Travaillez la vision : ayez la passion de l'avenir, visez votre Mont-Blanc, conseille-t-il. Cœuvrez à une dialectique des volontés et des intelligences. Faites le choix des batailles en raisonnant sur les effets à produire. L'essentiel, ce ne sont pas des cordées alignées, douce illusion, mais des cordées convergentes.* »

ÊTRE CADRE

Peut-être est-ce le mistral qui a balayé les doutes et éveillé les esprits ? Il ressort de cette nouvelle édition une invitation à se renouveler. L'Ancim, association emblématique, a su éclaircir l'atmosphère. Alors, fermez les yeux : sentez la douceur de la brise qui dévoile un horizon d'opportunités. Vous êtes prêts ? À vous de jouer : inventez le futur !

Sylvain Uzac, cadre de santé au CHU de Bordeaux, membre de l'Ancim



Les lauréats des prix Ancim 2024.

Les coulisses des 32^{es} journées de l'Ancim

Une opportunité d'apprentissage pour les futurs cadres de santé. L'expérimentation de la formation cadre de santé menée à l'Université d'Aix-Marseille existe depuis trois ans. Ce nouveau parcours autorisé par l'arrêté du 9 septembre 2021 permet d'obtenir une double diplomation du diplôme de cadre de santé et du master Santé⁽¹⁾. Cette volonté ministérielle se joint à un besoin du côté des professionnels de santé, dans un contexte d'universitarisation croissant avec *in fine* l'objectif d'un changement de référentiel, celui actuel datant de 1995⁽²⁾. Dans le cadre de la formation, l'unité d'enseignement « Gestion de projet » est à valider au semestre 2. Les étudiants cadres de santé devaient, en groupe, monter un projet de A à Z. Le projet concernait l'organisation d'un congrès de l'Ancim, à Marseille, de manière complètement fictive. Comble du hasard, quelques semaines après la remise de ce travail, l'Ancim proposait un congrès, dans le même lieu, les 25 et 26 novembre 2024.

De la théorie à la pratique, il n'y a souvent qu'un pas. L'idée émerge dans un esprit puis se propage, sur la possibilité de participer au congrès des 32^{es} journées nationales des cadres de santé, à Marseille, avec pour thématique « Entre art et science, les compétences innées et/ou acquises des cadres de santé ». Pendant deux jours sont prévus des conférences, des tables rondes et points d'actualité. C'est aussi l'occasion, pour tous les cadres de santé de terrain, les cadres supérieurs de santé, de se rencontrer, d'échanger sur leurs pratiques pour une montée en compétences. Les étudiants ont contacté l'Ancim pour obtenir un tarif préférentiel étant donné leur statut pendant cette seconde année universitaire. Parallèlement, ils ont demandé un aménagement des enseignements du semestre 3 au responsable pédagogique du master, pour profiter pleinement de ces deux jours. Différents échanges se sont tenus avec le conseil d'administration de l'Ancim et les étudiants. Finalement, huit étudiants se sont vu proposer un accès gratuit aux deux jours du congrès en échange de services, notamment logistiques. Les étudiants ont donc eu la possibilité d'assister au congrès en tant que spectateurs mais aussi de se tenir dans les coulisses pour l'accueil, le vestiaire, le passage des micros.

Le 25 novembre 2024, dès 7h30, le groupe d'étudiants volontaires est au rendez-vous pour accueillir les participants : vérification des badges, remise des *tote bags* de bienvenue (composés entre autres de navettes et d'un savon *made in Marseille*) et réception des affaires personnelles dans le vestiaire dédié. Ce sont plus de 800 personnes qui vont transiter par cet accueil, conférenciers, adhérents et non-adhérents, exposants, en une heure seulement. L'ouverture du congrès est assurée par la présidente de l'Ancim, Dominique Combarnous. Elle passera le relais à la ministre de la Santé Geneviève Darrieussecq, qui, n'ayant pu se déplacer, a

exprimé en vidéo son soutien à la profession et son souhait d'en faire l'une de ses priorités pour 2025. Le congrès a été riche en conférences en tables rondes avec notamment la présentation captivante de Cécile Dejoux sur l'intelligence artificielle : un outil indispensable dans les années à venir, à condition qu'il soit utilisé sous la supervision de l'être humain. Une table ronde a été consacrée à la thématique du congrès, entre l'inné et l'acquis des fonctions managériales, avec la participation de dirigeants, le récit d'expériences de terrain et une ouverture philosophique. Les tables rondes ont été variées pour répondre aux besoins de chacun : l'intergénérationnel, les tâches afférentes aux soins, la confiance dans le management, l'adaptation de son temps de travail, etc. Deux conférences ont été animées par des personnes exerçant ou ayant exercé dans le secteur de la Défense, la Police nationale et l'Armée. En effet, manager n'est pas seulement l'affaire de la santé : des ponts peuvent être identifiés entre différentes organisations pour monter en compétences. N'oublions pas le côté festif et le partage, qui ont caractérisés ces deux jours avec les nombreuses collations, les déjeuners, la représentation théâtrale « Dans la cour des grands » et la soirée de l'Ancim. Tout était organisé pour garder un souvenir impérissable de ces journées.

Enfin, comme tous les ans, la remise des prix a récompensé le meilleur poster et les meilleurs mémoires pour l'obtention du diplôme d'État de cadre de santé. Le discours de clôture a mis en avant l'importance de la communication dans l'amélioration de l'avenir du management en santé, en remerciant les personnes qui, par leur engagement et leur dynamisme, font que ces journées perdurent.

Tel un effet rebond, à partir d'un projet de formation, les étudiants cadres de santé de l'université Aix-Marseille ont pu bénéficier de deux jours de congrès avec des interventions de haut niveau. Le management en santé est en constante évolution et transformation. C'est en formation qu'émerge cette mouvance. Par inspiration et enrichissement, les professionnels d'aujourd'hui et de demain convergent vers le même but : la qualité du soin proposé au patient. La prochaine édition de ces journées se tiendra en 2025 à Lille, nous permettant de réfléchir et d'échanger sur l'avenir de la profession et l'évolution du diplôme de cadre de santé.

Julien Patoux, FF cadre de santé formateur au CH de Dax, et Mélanie Kuhn, infirmière.

1. JORF. Arrêté du 9 septembre 2021 portant autorisation d'expérimentations relatives aux modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche. <https://www.legifrance.gouv.fr>

2. JORF. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

GOUVERNEMENT

Yannick Neuder, le 7^e ministre de la Santé



DR

Dans le gouvernement annoncé par François Bayrou le 23 décembre dernier, le ministère de la Santé revient à Yannick Neuder, jusqu'ici député LR de l'Isère. Mais rien ne dit que ce cardiologue saura mieux pousser les dossiers infirmiers et paramédicaux que ses (nombreux) prédécesseurs récents.

Et de sept ! En nommant Yannick Neuder au poste de ministre de la Santé, François Bayrou a fait de ce spécialiste des questions de santé chez Les Républicains le septième occupant de l'avenue Duquesne depuis la réélection d'Emmanuel Macron (et le quatrième pour la seule année 2024). Autant dire que ce cardiologue qui a fait carrière au CHU de Grenoble sait que ses fonctions peuvent prendre fin d'un moment à l'autre... et que rien ne lui garantit qu'il aura les moyens d'imprimer sa marque.

Député de l'Isère depuis 2022, le nouveau ministre avait pris son envol politique au conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes, où il a fait ses classes dans le sillage de Laurent Wauquiez. Il a progressivement pris du poids au Palais Bourbon, portant plusieurs propositions de lois relatives aux carrières médicales et devenant rapporteur du budget de la Sécurité sociale, le texte qui a fait chuter le gouvernement de Michel Barnier.

ÉQUILIBRES SUBTILS

L'arrivée de ce représentant de la droite avenue Duquesne est le fruit de subtils et instables équilibres politiques qui allient, dans la formation du gouvernement, changement et continuité. Il y a bel et bien du changement, puisque Geneviève Darrieussecq, dont beaucoup croyaient à la recon-

duction en tant que membre du Modem, le parti de François Bayrou, a finalement été remerciée. Mais il y a aussi de la continuité : comme sous le gouvernement d'Élisabeth Borne, la Santé se retrouve de nouveau sous la tutelle d'un grand ministère où se trouvent également le Travail, la Solidarité et la Famille, portefeuille taille XXL de nouveau détenu par l'ex-LR Catherine Vautrin.

Autre invariant : l'absence de majorité parlementaire, qui ne manquera pas de handicaper l'action de Yannick Neuder. Voilà qui questionne sérieusement sa capacité à faire voter le budget de la Sécurité sociale qu'il n'a pas su faire adopter en tant que rapporteur, mais aussi à faire avancer les nombreux dossiers infirmiers qu'il va trouver sur son bureau en arrivant. Et ceux-ci ne manquent pas, à commencer par la refondation de la profession et la loi infirmière dont on ne connaît toujours pas la teneur exacte, ou la loi sur les ratios qui doit être débattue courant janvier, pour n'en citer que deux. « *Le ministère de la Santé est le plus beau des ministères, celui du soin et de la protection des plus vulnérables* », s'est félicité le nouveau ministre sur le réseau social X dès sa nomination, listant les « nombreux défis » qui l'attendent : « *lutte contre la désertification médicale, vieillissement de la population, soutien à nos établissements et nos professions de santé, politique ambitieuse de prévention, souveraineté sanitaire.* »

IMPATIENCE PALPABLE

L'accueil de cette nomination par la profession a été plutôt discret. Nous sommes loin de l'avalanche de communiqués qui accompagne habituellement la nomination d'un nouveau ministre. Un silence relatif qui s'explique probablement par la période des fêtes qui battait son plein... mais on ne peut s'empêcher d'y voir une forme de lassitude face à la valse des ministres : tout le monde est conscient de l'espérance de vie probablement très courte de Yannick Neuder en tant qu'occupant de l'avenue Duquesne. Nous pouvons tout de même noter la réaction de l'Ordre national des infirmiers (ONI) qui, rappelant qu'une « réforme de la profession infirmière est annoncée par les pouvoirs publics » et qu'elle est « attendue tant par les Français que par les 640000 infirmiers qui composent la profession », peine à cacher son impatience. « La reconnaissance et l'évolution de leurs missions sont devenues une priorité, souligne dans ce même com-

muniqué Sylvaine Mazière-Tauran, sa présidente. Aussi, l'Ordre se tient prêt à travailler aux côtés de cette nouvelle équipe gouvernementale. » Côté infirmières libérales, le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil) a également hâte de voir Yannick Neuder à l'œuvre. « Le Sniil souhaite attirer l'attention sur l'importance des négociations conventionnelles, dont l'ouverture est corrélée à l'adoption de [la] loi infirmière, estime le syndicat dans un communiqué. Ces négociations sont indispensables à la fois pour encadrer les nouvelles compétences et pour revaloriser les actes, dont le montant est gelé depuis 2009 pour certains. »

Enfin, l'Association nationale des cadres de santé (Ancim) souhaite contribuer à la réingénierie de la formation des cadres de santé en lien avec le ministère.

Le moins que l'on puisse dire est que le cardiologue isérois est attendu de pied ferme.

Adrien Renaud



LA BIENTRAITANCE AU QUOTIDIEN POUR LES SOIGNANTS ET LES ACCOMPAGNANTS

À travers de multiples approches (législatives, philosophiques, professionnelles), cet ouvrage vous guide sur le chemin de la bientraitance et vous invite à vous questionner.

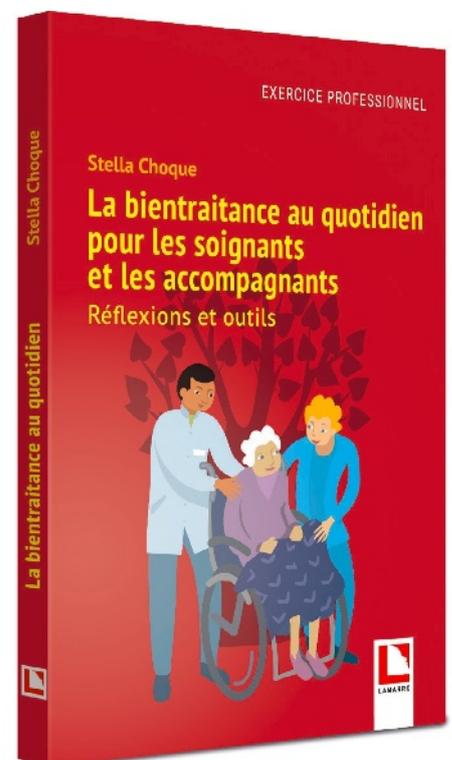
Quelle que soit votre profession ou votre statut, si vous avez pour mission de soigner, d'éduquer, d'accompagner ou de prendre soin d'une ou de plusieurs personnes, ce livre peut vous aider.

L'auteurice vous propose de découvrir comment tisser une relation de confiance et créer des liens empathiques avec la personne malade ou en situation de handicap. La violence, la souffrance, la fin de vie, le travail de nuit et bien sûr la maltraitance sont autant de thématiques abordées avec tous les lieux d'intervention possibles : les centres hospitaliers, les hôpitaux psychiatriques, les structures médicosociales, dont les Ehpad, et le domicile.

LES POINTS FORTS DE L'OUVRAGE

- Des **exemples concrets** illustrent les **différents concepts**.
- L'auteurice, infirmière cadre de santé, anime des sessions de formation sur le thème de la bientraitance. Elle **partage son expérience** dans cet ouvrage.

Stella Choque
14,8 x 21 cm • 224 pages • 19,90 €



À retrouver en ligne
bit.ly/3JAKE0f



FORMATION CONTINUE

Obligation périodique de certification : pensez-y !

Depuis le 1^{er} janvier 2023, l'ensemble des infirmiers doivent répondre à l'obligation périodique de certification, au même titre que six autres professions relevant d'un ordre : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues. Vos équipes et vous-mêmes êtes-vous à jour ? Rappel de la genèse de cette procédure obligatoire et de la manière d'y répondre.

Permettre aux professions de santé de garantir, à échéances régulières, le maintien des compétences à travers la définition d'un programme d'actions de formations individuelles et collectives, tel est l'objectif de la certification périodique à laquelle sont soumis les infirmiers – libéraux ou salariés des secteurs public et privé – depuis l'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Cette dernière précise que les professionnels doivent réaliser, au cours d'une période de six ans s'ils débutent leur carrière après le 1^{er} janvier 2023, et de neuf ans s'ils étaient déjà en activité à cette date, un programme minimal d'actions visant à actualiser leurs connaissances et compétences, renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles, améliorer la relation avec leurs patients, mieux prendre en compte leur santé personnelle. « Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique », précise le texte. Et, parmi les actions prévues au référentiel de certification périodique, chaque professionnel est libre de choisir celles qu'il « *entend suivre ou réaliser au cours de la période mentionnée* », en lien avec son employeur pour les salariés. L'ensemble des actions s'appuie sur les dispositifs de formation existants. Publié au Journal officiel du 24 mars dernier, le décret relatif à la certification périodique du 22 mars 2024 précise les actions éligibles. Les Conseils nationaux professionnels (CNP), qui travaillent à l'élaboration des référentiels, ont dû tenir compte de ces propositions pour préciser les actions à mener par les professionnels de santé, en fonction de leur spécialité et de leur environnement de travail.

GOUVERNANCE DU DISPOSITIF

Dans ce dispositif, le Conseil national de la certification périodique, placé auprès du ministre de la Santé, joue un rôle central, précisait l'Ordre national des infirmiers (ONI) dans son communiqué sur le lancement de la certification

périodique des infirmiers : il est « *chargé de garantir la mise en œuvre de la certification sur tout le territoire national, quels que soient les types de pratiques. Il aura pour mission de fixer les orientations scientifiques de la certification périodique, d'émettre des avis rendus publics, de garantir l'indépendance et la qualité de la formation. Pour chaque profession, un référentiel de certification périodique sera élaboré par le ministère de la Santé sur proposition de la Haute Autorité de santé après avis du Conseil national de la certification périodique* ».

L'ONI a pour sa part la responsabilité de vérifier la bonne application de cette obligation de certification périodique à partir des comptes individuels des infirmiers. En cas de manquement, il a le pouvoir de sanction disciplinaire si un professionnel ne satisfait à cette obligation, ce qui sera considéré comme une faute.

Concrètement, c'est l'Agence du numérique en santé (ANS) qui a été désignée comme autorité administrative en charge de la gestion des comptes individuels des professionnels de santé soumis à l'obligation de certification périodique. En lien avec la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS), elle opère le téléservice de gestion des comptes individuels pour accompagner les professionnels de santé dans leur parcours de formation. Une plateforme numérique sécurisée permet de gérer les comptes individuels, de consolider le parcours de certification (bilan personnalisé des actions menées et à entreprendre, notification de relance), et d'effectuer un suivi des parcours en vue de faciliter les contrôles et validations.

Pour l'heure, la DGOS, interrogée sur la progression des infirmiers dans cette obligation, ne communique pas d'informations. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur la certification périodique, qui apportera sûrement des évolutions sur l'organisation du dispositif, devrait être remis prochainement.

Claire Pourprix



Table ronde
« Accompagner
au mieux les ambitions
des femmes
qui commencent
à travailler dans
le secteur
de la santé ».

FEMMES DE SANTÉ

Améliorer la place de la femme

À l'issue de la quatrième édition de ses États généraux, dédiée à la place de la femme dans le secteur professionnel de la santé, le collectif Femmes de Santé a adressé 15 propositions d'actions utiles, pratiques et concrètes pour améliorer la place de la femme dans le secteur professionnel de la santé. Ces solutions résultent des différents travaux des Femmes de Santé.

Les États généraux Femmes de Santé sur la place de la femme dans le secteur professionnel de la santé ont été initiés en 2021 par le collectif Femmes de Santé, en raison des inégalités de genre qui persistent encore. Les femmes représentent une grande partie de ces professionnels mais restent sous-représentées dans les hautes fonctions hiérarchiques des établissements, institutions et entreprises de santé. Dans les médias, elles occupent le plus souvent les rôles d'aidantes et de témoins. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) résume la situation ainsi : « *Des services dispensés par les femmes dans un secteur dirigé par les hommes* ». En 2021, le collectif Femmes de Santé avait présenté, à la ministre Élisabeth Moreno et à la députée Marie-Pierre Rixain, six grandes solutions pour lutter contre ces inégalités.

QUINZE SOLUTIONS CONCRÈTES ET SIMPLES

Aujourd'hui, ces inégalités persistent. Selon une enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins, menée en 2024, 65 % des médecins actifs déclarent avoir eu connaissance de violences sexistes et sexuelles dans le monde médical et 29 % déclarent en avoir été victimes, en majorité lors de leur parcours étudiant, avec une prépondérance de 54% de femmes victimes.

Trois thématiques ont été abordées lors des États généraux Femmes de Santé 2024 :

- Comment accompagner au mieux les ambitions des femmes qui commencent à travailler dans le secteur de la santé ? ;
- Rôle et place des hommes dans les sujets d'égalité en santé ;
- #Metoosanté : comment en finir définitivement ?

Des recommandations ont été proposées par les Femmes de Santé, comme un congé parental égal pour les deux parents, à prendre dans les six premiers mois suivant la naissance de l'enfant, ou la mise en place, dans les établissements de santé et dans les entreprises, d'entretiens annuels organisés par des personnes externes sur le sujet des violences sexistes et sexuelles, pour libérer la parole.

Margaux Darras

L'ensemble des travaux est disponible sur : femmesdesante.fr/place-professionnelle-femmes.

À propos de Femmes de Santé

Fort de plus de 2 700 membres, Femmes de Santé a pour missions de contribuer, par l'intelligence collective, pluridisciplinaire et par la sororité, à la co-construction d'une santé durable, équitable et égalitaire, et de mettre en lumière l'expertise et les initiatives des femmes. Les femmes (et hommes) du collectif viennent de tous les secteurs de la santé : public, privé, milieu associatif ou administratif, hôpitaux, entreprises... Elles sont médecins, infirmières, dirigeantes, patientes expertes, aidantes, cadres de santé, étudiantes, startupeuses, pharmaciennes, consultantes, avocates, secrétaires médicales

ou psychologues... Le collectif est également à l'initiative de la nomination des Femmes de Santé de l'année, d'une charte d'engagement signée par plus de 400 médias, institutions publiques, sociétés et personnes physiques s'engageant pour une meilleure visibilité des femmes expertes dans les médias et les colloques, et une liste de plus de 500 femmes expertes prêtes à intervenir sur les plateaux audiovisuels et dans les tables rondes, sur tous les sujets de santé.

Femmes de Santé est porté par la start-up hkind, organisme de formation et de conseil spécialisé en égalité, santé et santé des femmes.

INTERVIEW

Dans les coulisses de promotion de la

Le 11 septembre 2024, la première unité de promotion de la santé dédiée aux professionnels au travail était inaugurée au CHU de Nice. L'aboutissement de plusieurs années d'initiatives en faveur de la promotion de la santé impulsées par les professionnels de l'établissement. Le Pr Christian Pradier, chef de service du département de santé publique du CHU, auquel l'unité est rattachée, et Anaïs Li Fonti, cadre de santé infirmière, ingénieure en santé publique et coordinatrice paramédicale du département, nous expliquent la genèse de ce projet et les objectifs de l'unité.



Christian Pradier

COMMENT EXPLIQUEZ-VOUS QUE LA PROMOTION DE LA SANTÉ DES PROFESSIONNELS SOIT SI ANCRÉE AU CHU DE NICE ?

Christian Pradier. La promotion de la santé fait partie des concepts les plus avancés en santé publique. Au sein du CHU de Nice, le département de santé publique a un très gros investissement sur ce sujet. Ce concept, peu connu dans les hôpitaux, est pourtant essentiel car un professionnel en bonne santé est un professionnel qui soigne bien. En promotion de la santé, être en bonne santé, c'est être une personne épanouie, en capacité d'exprimer toutes ses potentialités, de donner le meilleur de soi-même. La promotion de la santé nécessite donc des environnements de vie (physique, social, psychologique) favorables à l'épanouissement.

AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL EST DONC LA CLÉ SELON VOUS ?

CP. Oui. Il ne s'agit pas simplement de faire de la prévention pour permettre d'identifier quelqu'un qui commence à être en burn-out ou qui est harcelé psychologiquement. Nous travaillons, beaucoup plus en amont, à construire des environnements de travail qui évitent justement que des personnes entrent dans un processus de burn-out ou de dépression. Cela s'inscrit dans une vision très globale qui prend en compte aussi des considérations extra-professionnelles : comment l'agent vient travailler, dans quelles conditions...

QU'EST-CE QUI A DÉCLENCHÉ LA STRUCTURATION DE VOS ACTIVITÉS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ?

CP. En 2015, à l'ouverture du nouvel hôpital Pasteur 2 sur le CHU, les premiers services installés en pilote ont produit des retours négatifs. On m'a demandé d'intervenir pour comprendre quels étaient les problèmes et j'ai créé, avec le soutien de la direction générale et de la médecine du travail, un groupe d'agents volontaires – sans directeurs ni médecins – pour les inciter à parler librement. Cela leur a permis d'exprimer leur mal-être, de parler des problèmes auxquels ils étaient confrontés dans leur travail, et au bout de quelques séances, je les ai invités à formuler des propositions pour transformer leur cadre de vie

de l'unité pilote santé des professionnels

au travail. Ce groupe de parole est devenu le Groupe promotion de la santé des professionnels de santé.

EN QUOI CONSISTE-T-IL ?

CP. C'est un groupe ouvert à tous les métiers de l'hôpital que l'on peut intégrer ou quitter quand on le souhaite. L'objectif est de partager des idées pour développer « *des actions réalisées par les agents... pour les agents* », ce qui est devenu le slogan du groupe. Nous avons démarré à une dizaine et le groupe a grossi petit à petit pour atteindre 70 inscrits. Il se réunit trois fois par an, chacun participe en fonction de ses contraintes et de l'organisation des soins. Nous n'avons pas de budget, nous ne sommes pas un coût pour l'hôpital : toutes les actions sont proposées et menées par les agents, sur leurs ressources propres. Le groupe a donné lieu à de multiples initiatives : un « vis ma vie » entre chauffeur et agent de bloc opératoire, un orchestre qui donne des concerts, un troc de vêtements pour enfants, un menu végétarien proposé tous les jeudis dans les trois selfs du CHU grâce au concours de la cuisine centrale, la visite de services avec l'action « Tours opérateurs », permettant de découvrir les services de l'hôpital... De nombreuses actions sont aussi proposées autour du bien-être, grâce aux talents d'agents qui font profiter les autres de leurs connaissances en sophrologie, hypnose, massages, shiatsu, taïchi, yoga, réflexologie plantaire... Certaines initiatives sont allées très loin. Par exemple, un stagiaire Staps [sciences et techniques des activités physiques et sportives – ndlr] est allé dans les services avec sa sono proposer des séances de 10 minutes de renforcement musculaire et d'assouplissements. Le succès a été tel qu'il a été embauché et, depuis, ce coach parcourt l'hôpital pour proposer de l'activité sportive aux soignants.

COMMENT, DE CES INITIATIVES, EST NÉE L'UNITÉ PILOTE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ?

CP. Fin 2023, à la parution du rapport ministériel sur la santé des professionnels de santé, nous avons eu l'occasion de rencontrer l'un des corapporteurs, l'infirmier Alexis Bataille-Hembert. Nous l'avons informé de ce que nous faisons au CHU, il a trouvé cela extraordinaire et nous a encouragés à créer la première unité fonctionnelle sur la santé des professionnels. Nous avons suivi son conseil et il

est venu l'inaugurer en septembre dernier. Cette création a mis un coup de projecteur sur tout ce que nous faisons depuis des années !

EN TANT QUE CADRE DE SANTÉ, ANAÏS LI FONTI, QUEL EST VOTRE RÔLE DANS CETTE ORGANISATION ?

Anaïs Li Fonti. J'ai intégré le département de santé publique en début d'année 2024 et participé à la création de l'unité avec ma vision soignante, pour définir ses objectifs et son articulation avec le reste du CHU. En collaboration avec ma collègue cadre administrative, nous assurons le management, le pilotage de l'unité et le suivi des projets selon notre expertise, ainsi que l'encadrement de l'équipe participant à l'activité de l'unité selon nos filières. L'un



Anaïs Li Fonti

Les cadres de santé occupent une position centrale pour favoriser la promotion de la santé des professionnels

des objectifs de l'unité est d'animer et coordonner des actions de promotion de la santé. Nous nous appuyons sur le Groupe promotion de la santé au travail, qui constitue un des piliers de la promotion de la santé, à savoir la participation effective de la population aux décisions qui concernent sa propre santé, son bien-être, son épanouissement au travail, pour nous, les professionnels de santé de notre établissement. L'une des autres missions est d'organiser et coordonner des actions, des événements et formations de promotion de la santé pour les professionnels hospitaliers en mettant en relation les protagonistes, avec la participation de partenaires extérieurs. Enfin, l'objectif est d'intervenir en appui et soutien méthodologiques à la conception et à la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé des professionnels qui pourraient être mis en place à l'échelle d'un service ou d'un pôle. Grâce aux missions des différents membres de l'équipe, nous assurons la standardisation de la méthode afin d'assurer que la vision de la promotion de la santé soit bien respectée.

VOS COLLÈGUES SONT-ILS RÉCEPTIFS ?

ALF. Oui ! Par exemple, l'équipe du département douleur du CHU a sollicité le Pr Pradier pour créer des parcours spécifiques douleur pour les agents. L'unité de promotion de la santé va nous permettre de lancer des partenariats avec les spécialités et les aider à créer ces parcours de soins spécifiques pour nos professionnels, pour répondre vraiment à leurs besoins. On pourrait faire de même en santé bucco-dentaire, santé visuelle... Par ailleurs, le pôle Pharmacie du Dr Rémy Collomp collabore avec nous car il est promoteur de techniques de management innovantes.

COMMENT ÉVALUEZ-VOUS L'IMPACT DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENÉES AU SEIN DU CHU ?

ALF. C'est justement l'un des grands enjeux : l'évaluation des actions menées. Nous allons travailler avec le Dr Legueult, collaborateur médical du Pr Pradier, sur les méthodes d'évaluation possibles adaptées à chaque action mise en œuvre. Cela nous permettra d'avoir des résultats et de développer la recherche sur cette thématique, qui est aussi un des objectifs de l'unité de promotion de la santé.

CP. On peut estimer qu'au moins 3 000 agents du CHU – sur près de 9 000 – ont déjà été touchés par les actions du Groupe promotion de la santé. Mais évaluer l'impact de nos actions sur un critère comme l'absentéisme, par exemple, est très difficile car du fait de la crise chronique des hôpitaux, de nombreux facteurs entrent en jeu. Nous nous interrogeons sur la possibilité d'étudier l'impact des actions au travers d'un modèle d'amélioration continue de la performance, qui repose sur les valeurs et l'adaptation. Car des personnes en situation d'épanouissement sont capables de s'adapter, d'innover, d'atteindre des objectifs de production, et donc d'être très performantes.

LA PROMOTION DE LA SANTÉ EST DONC UN MOYEN DE DONNER PLUS DE POUVOIR AUX AGENTS HOSPITALIERS ?

CP. Il faut créer un cadre favorable, se préoccuper de la qualité de vie des agents pour qu'ils donnent le meilleur d'eux-mêmes, ce qui offrirait toutes les chances d'aboutir aux mesures prises par l'établissement. Et s'appuyer sur le principe de la participation citoyenne en écoutant les agents qui savent comment améliorer les choses et quelles sont les décisions à prendre pour réduire les coûts dans un service de manière réaliste et acceptable.

ALF. Je suis persuadée que tous mes collègues cadres ont les outils pour favoriser la promotion de la santé de leurs professionnels : ils occupent une position centrale pour promouvoir cette vision et sont des leviers pour favoriser l'intelligence collective, le management participatif. Nous allons aussi étendre notre action auprès des étudiants en soins infirmiers grâce à l'arrivée dans l'équipe, en novembre dernier, d'une chargée de mission Promotion de la santé, de filière infirmière. Financée à 50 % par l'agence régionale de santé Provence Alpes-Côte d'Azur et à 50 % par la Région Sud, elle partage son temps entre le déploiement des projets en promotion de la santé des professionnels sur l'hôpital et la mise en place d'un programme de développement des compétences psychosociales auprès des étudiants en santé à l'institut de formation en soins infirmiers du CHU.

COMMENT COOPÉREZ-VOUS AVEC LE SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES DE L'HÔPITAL ?

CP. Nous n'avons pas vocation à nous substituer à la médecine du travail ni au service de qualité de vie et conditions de travail (QVCT). Au contraire, notre spécificité est d'apporter la dimension de la promotion de la santé à la vision ambitieuse de la santé au travail que porte notre établissement à travers la responsabilité sociétale des entreprises (RSE). Nous travaillons donc en étroite coopération avec eux afin de créer des effets de synergie.

Propos recueillis par Claire Pourprix

JOURNÉES BLEU MENTHE

Focus sur l'intelligence émotionnelle

Les 5 et 6 décembre derniers, près de 250 professionnels de santé se sont réunis à Paris pour les Journées Bleu Menthe. Cet événement a été l'occasion de mettre en lumière l'importance cruciale de l'intelligence émotionnelle dans le quotidien des aides-soignants, cadres de santé et autres acteurs du secteur.

Nos professions nous placent quotidiennement face à une multitude d'émotions : les nôtres, celles de nos collègues comme de nos patients. Nous sommes confrontés, tous les jours, à la fragilité humaine, à la souffrance, à la mort, mais aussi à la vie, à la joie et à l'espoir. Cette implication émotionnelle intense, inéluctable dans ces métiers de l'humain, peut être à la fois notre plus grande force et notre plus grand défi. L'intelligence émotionnelle n'est pas un luxe dans nos métiers, c'est une nécessité. Elle nous permet de :

- mieux comprendre et gérer nos propres émotions,
- développer une empathie plus profonde envers les patients,
- améliorer notre communication globale mais aussi dans les soins relationnels,
- prendre des décisions plus éclairées dans des situations stressantes,
- prévenir l'épuisement professionnel et préserver notre bien-être.

SE CONNAÎTRE POUR MIEUX SOIGNER

En cultivant notre propre bien-être, nous sommes mieux à même de répondre aux besoins de nos patients. Cela implique un travail personnel de reconnaissance de ses émotions, d'acceptation de celles-ci sans jugement, et de développement de stratégies pour les gérer de manière constructive en auto-régulation. Ce travail d'introspection est la pierre angulaire de l'intelligence émotionnelle. Cette compétence favorise la construction de relations de confiance mutuelle avec les patients et les collègues ; ce qui nous permet d'humaniser la relation soignant-soigné et de créer un climat de confiance propice aux soins et à la collégialité dans l'équipe. Au cours de ce congrès, nous avons exploré et mis en place des stratégies concrètes pour développer cette intelligence émotionnelle qui est nôtre dès la naissance et que nous avons parfois enfouie au plus profond de nous-même. Nous avons appris à :

- identifier et nommer les émotions,
- utiliser des techniques de régulation émotionnelle et des gestes conscients d'apaisement,



Vous pouvez retrouver des extraits du congrès :

- interview de N. Renou : bit.ly/BM-ITW-Nathalie-Renou
- interview de G. Toullier : bit.ly/BM-ITW-Gilbert-Toullier
- extrait de l'intervention d'E. Vallier : bit.ly/BM-atelier-Emilie-Vallier

- cultiver encore plus l'empathie cognitive sans nous laisser submerger,
- communiquer de manière plus efficiente, sereine et bienveillante,
- et surtout, nous avons exploré comment *prendre soin* de notre propre bien-être émotionnel et de notre santé.

DES OUTILS MOBILISABLES AU QUOTIDIEN

En tant qu'organisateur de ces journées Bleu Menthe 2024, nous souhaitons offrir aux participants des outils concrets à mettre en œuvre immédiatement dans leur pratique professionnelle, pour leur bénéfice et celui des patients. Nous avons également à cœur de créer un environnement propice aux échanges et de prendre soin du bien-être des participants. La diversité des émotions exprimées tout au long de ces journées indique clairement que nous avons réussi à créer cet environnement stimulant et propice aux échanges.

Il va sans dire que cette réussite est le fruit d'une collaboration étroite entre les services de IHealth et notre équipe d'experts de *l'émotiontèque**. En tant que coordinatrice pédagogique du congrès, je leur exprime ma profonde gratitude pour leur générosité et leur contribution.

Grâce à ce congrès 2024, nous nous sommes donnés les moyens d'exercer notre métier avec plus de sérénité, d'empathie et d'efficacité. Nous nous sommes ouverts à une pratique plus épanouissante, où prendre soin de soi et des autres devient une source de satisfaction profonde et durable, sans démagogie aucune. Ensemble, nous avons exploré le pouvoir transformateur de l'intelligence émotionnelle dans nos missions. Les retours des participants sont une belle preuve de la réussite de ces journées et incitent à renouveler l'expérience. Alors, rendez-vous en 2025 pour de nouvelles aventures avec les journées Bleu Menthe, qui auront pour thème : « Aide-soignant 4.0 : humanisme et numérique au cœur de la relation avec le patient partenaire ».

* Concept créé par M. Oger, cadre de santé formateur

Nathalie Renou

REVUE DE PRESSE

Réalisée par Claire Pourprix

ZOOM

Infirmier : pourquoi, comment ?

Quelles sont les motivations requises pour exercer le métier d'infirmier ? Qu'est-ce qui pousse à s'engager dans ce métier que l'on peut exercer dans de multiples environnements ? Comment se déroule la formation ? Quelles sont les qualités fondamentales pour exercer ce métier ? Ses principales difficultés ? Comment expliquer qu'il reste méconnu ? Autant de questions soulevées par l'émission *Grand bien vous fasse* sur France inter. Les invités y abordent la question de la « vocation », du « métier passion », des stéréotypes qui caractérisent et pénalisent la profession, la méconnaissance de tout ce que le métier englobe, le manque de reconnaissance et de visibilité.

Un podcast à retrouver sur <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-du-mercredi-06-novembre-2024-6525320>



Ménopause, une spécialité rare

Florence Trémollières, endocrinologue, dirige l'unique centre français spécialisé dans la prise en charge de la ménopause : le Gemvi (Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal), implanté à Toulouse. Alors que 14 millions de femmes sont concernées en France, elle constate la détresse de certaines, qui doivent parcourir des centaines de kilomètres pour la consulter. Elle participe à une mission parlementaire pilotée par Stéphanie Rist, députée Ensemble, visant à mieux informer et à améliorer la prise en charge. Florence Trémollières déplore le silence sociétal, l'errance des femmes, la formation insuffisante des soignants, la méconnaissance sur le traitement hormonal. Le Gemvi, qui reçoit 3 000 patientes par an, travaille sur le dépistage précoce des facteurs de risque accrus par la carence hormonale et l'accompagnement des femmes invalidées par les symptômes de la ménopause. Bonne nouvelle : deux autres centres se forment à Paris et Bordeaux.

Libération, 13 décembre 2024



Handicap : une barrière à l'accès aux soins

Inaccessibilité des lieux de soins, matériel inadapté, défaut de sensibilisation des professionnels de santé : autant d'exemples de freins à l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Selon le baromètre Handifaction, réalisé par l'Assurance maladie, 15 % des répondants interrogés entre juillet et fin septembre 2024 ont subi un refus de soin... Et parmi eux, 30 % ont dû renoncer à se soigner. Certains se voient contraints d'emménager à proximité de structures offrant le dispositif Handiconsult, qui permet aux patients de consulter sur un même lieu des généralistes et spécialistes formés au handicap et de réaliser des examens. Une solution qui ne doit pas cacher un enjeu essentiel : la formation des professionnels. « Certaines universités incluent déjà des séminaires sur le handicap et proposent des stages au sein d'établissements médico-sociaux, mais il faudrait uniformiser ces initiatives sur le reste du territoire », affirme Karine Pouchain-Grépinet, conseillère nationale santé et médico-social de l'APF France Handicap.

La Croix, 2 décembre 2024



L'engorgement se poursuit aux urgences

Emmanuel Macron s'était engagé à améliorer la situation des services d'urgences pour la fin 2024 : les résultats ne sont pas là. « Il y a des endroits où les dysfonctionnements et la crise sont toujours aussi profonds, et d'autres qui se réorganisent et inventent des solutions... Mais la pression est générale, les urgences tiennent sur un fil », constate Marc Noizet, président du syndicat Samu-Urgences de France (SUdF). En plus de l'afflux de patients qui ne trouvent pas de prise en charge en ville, les hôpitaux sous tension n'ont pas suffisamment de lits d'aval pour accueillir les patients. Autre promesse gouvernementale avancée il y a un an : la réouverture d'un millier de lits, démentie par les chiffres puisqu'en 2023, 4 962 lits d'hospitalisation complète ont été fermés. Sans compter la saturation de « l'aval de l'aval », les places en Ehpad et soins de suite qui font défaut, ou encore l'afflux de patients souffrant de troubles psychiatriques. Parmi les pistes de sortie de crise : la révision de la carte hospitalière.

Le Monde,
12 décembre 2024



Palmarès des hôpitaux

Le Palmarès des hôpitaux 2024 du « Point » a recueilli les données de 1400 établissements de court séjour métropolitains et d'outre-mer et les a évalués à partir de l'analyse de la base de données du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). Résultat : cette nouvelle édition présente 136 classements d'hôpitaux publics et de cliniques privées dans 85 disciplines, un record pour le magazine qui s'était vu refuser par l'État l'accès aux données des établissements de santé en 2023. Les CHU de Toulouse, Bordeaux et Lille arrivent en tête du tableau d'honneur des meilleurs hôpitaux de France.

Le Point,
5 décembre 2024



ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIRECTEURS DE SOINS

Gouvernance et innovation

L'Association française des directeurs de soins (AFDS) a convié les professionnels de santé à ses 22^{es} Journées nationales d'étude, qui se tenues du 13 au 15 novembre 2024 à Nantes.

Placée sous le thème « Managers explorateurs et défis en santé : une aventure humaine », cette manifestation a exploré les enjeux de la transformation dans le secteur de la santé, en abordant successivement les questions de gouvernance, d'organisation, de sens et d'innovation.

Les échanges ont permis de mettre en exergue la nécessité d'une gouvernance agile, innovante et écologique, face aux mutations du système de santé. La collaboration entre les différents acteurs, l'adoption de nouvelles technologies et une gestion écologique performante des ressources sont les clés pour s'adapter à ces changements et garantir la pérennité des soins. En misant sur l'innovation, la performance managériale et le travail en équipe pluridisciplinaire, il est possible d'améliorer la qualité des soins au sens méta (systémique) et de répondre aux attentes des patients.

Lors de ce congrès, de nombreux intervenants se sont succédé à la tribune, identifiant clairement le manager en santé comme un *facilitateur*, capable de créer un environnement propice à l'apprentissage, au développement professionnel et au bien-être : il s'agit de favoriser une gouvernance partagée en décentralisant les pouvoirs, en renforçant l'autonomie des acteurs locaux et en instaurant un dialogue constructif pour co-élaborer les décisions.

Comme le chef d'orchestre avec sa partition, le manager s'appuie sur les données probantes, les expériences et les relations humaines pour faire évoluer les pratiques professionnelles et donner vie aux projets institutionnels.

Explorer de nouveaux horizons, s'inspirer des autres – notamment des entrepreneurs – et repousser les limites de l'imaginaire : telle semble être la clé pour inventer les établissements de santé de demain. En cultivant la diversité, la confiance et l'adaptabilité, les directeurs de soins et leurs équipes ouvrent la voie à des collaborations fructueuses et à des transformations sociétales profondes.

Ce congrès a fait le lien, en quelque sorte, avec les propos de Stéphane Pardoux, directeur général de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), lors des 25^{es} Journées internationales de la qualité hospitalière et en santé (JIQHS) organisées à Paris fin novembre 2024 en partenariat avec la Fédération hospitalière de France (FHF). Selon lui, la sobriété écologique offre une opportunité de réunir les acteurs du système de santé autour d'un objectif commun : concilier la pertinence des soins avec une gestion économique et écologique responsable. Il a notamment souligné la nécessité d'élargir le champ d'analyse en s'intéressant non seulement à la pertinence des actes médicaux, mais également à celle des organisations et des rôles de chacun dans le système de santé.

Une belle perspective afin de pouvoir TOUS se réunir, réfléchir, et construire l'hôpital de demain.

Nathalie Renou



TEXTES LÉGISLATIFS



Audrey Uzel
Avocate au Barreau de Paris

L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

TROUBLE DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Ce parcours est organisé par des structures désignées. Les professionnels qui participent à la prise en charge, notamment les psychologues, peuvent conclure avec les structures un projet de parcours, conforme à un modèle défini par arrêté des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et du Handicap. Ce projet de parcours prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Un nouveau modèle est fixé par arrêté.

Arrêté du 13 décembre 2024 modifiant l'arrêté du 24 août 2021 modifiant l'arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues, pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique. JORF n°0295 du 14 décembre 2024.

MÉDICAMENTS D'INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE

Un décret définit les conditions dans lesquelles les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament déclarent à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé la liste des médicaments qu'ils considèrent être des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Il précise la procédure contradictoire permettant à l'agence de requalifier un médicament en tant que médicament d'intérêt thérapeutique majeur s'il ne figure pas sur la liste (et inversement de s'opposer au retrait d'un médicament de la liste). Il adapte en outre la définition de la rupture d'approvisionnement.

Décret n° 2024-1176 du 12 décembre 2024 relatif aux modalités de déclaration des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. JORF n°0294 du 13 décembre 2024.

PRÉVENTION DES RISQUES CHIMIQUES

La loi n° 2023-171 contient des dispositions d'adaptation de la législation française au droit de l'Union européenne, notamment dans les domaines de la santé et du travail (articles 18 à 30). Un décret met en conformité les dispositions du Code de la santé publique et du Code du travail avec l'article 25 de la loi concernant les informations nécessaires à la prévention des risques chimiques et au système national de toxicovigilance. Il désigne notamment l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) comme institut de référence en milieu professionnel dans le cadre de l'accès aux données du portail de déclaration européen, lui permet de conserver les

données déclarées avant le 1^{er} janvier 2023 et l'habilite à fournir certaines informations à toute personne intéressée par la protection des travailleurs qui le demande au niveau national. Il permet également de maintenir l'accès aux données sur les substances ou mélanges dangereux nécessaires aux missions des agents de l'inspection du travail, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA).

Décret n° 2024-1131 du 4 décembre 2024 relatif aux informations nécessaires à la prévention des risques chimiques et au système national de toxicovigilance. JORF n°0287 du 5 décembre 2024.

VACCINATION COVID ET GRIPPE

À partir du 6 décembre 2024, l'autorisation de vacciner dans le cadre du calendrier vaccinal pour le préparateur en pharmacie entre dans le droit commun, après avoir été inscrite dans l'arrêté dérogatoire instauré durant l'épidémie de Covid-19. Celui-ci n'est toutefois pas autorisé à prescrire les vaccins.

Décret n° 2024-1132 du 4 décembre 2024 relatif aux obligations de formation de certains professionnels de santé pour la vaccination contre la covid 19 et la grippe saisonnière. JORF n°0287 du 5 décembre 2024.

RECRUTEMENT DE PRATICIENS CONTRACTUELS EN ÉTABLISSEMENT

Un décret pris en application du 2° de l'article R. 6152-338 du Code de la santé publique fixe des conditions plus restrictives pour le recrutement des praticiens contractuels dits de « motif 2 ». Ces nouvelles règles s'appliquent aux contrats conclus depuis le 6 décembre 2024. Désormais, l'article R6152-336 du Code de la santé publique précise que pour

pouvoir être recruté en qualité de praticien contractuel, le candidat doit (en outre) « justifier d'une inscription au tableau de l'ordre dont il relève, le cas échéant en qualité de praticien qualifié dans la spécialité correspondante, si le candidat postule en tant que praticien spécialiste dans le cas des contrats mentionnés au 2° de l'article R.6152-338, le candidat doit en plus justifier d'une durée minimale d'inscription de cinq ans ». La durée minimale des contrats est désormais de six mois. Il doit être justifié (dans le contrat même) par des fonctions nécessitant des compétences hautement spécialisées ou en cas de risque avéré (circonstanciés) sur la continuité de l'offre de soins sur le territoire. Le recrutement d'un praticien hospitalier en disponibilité pour ce motif est expressément interdit. En outre, les contrats dits de « motif 2 » ne peuvent être inférieurs à 40 % ou 4 demi-journées.

Décret n° 2024-1133 du 4 décembre 2024 relatif au recrutement de praticiens contractuels par les établissements publics



de santé en application du 2° de l'article R. 6152-338 du code de la santé publique. JORF n°0287 du 5 décembre 2024.

TRAITEMENT CHRONIQUE

Un décret prévoit qu'à titre exceptionnel et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien d'officine peut dispenser les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite d'un traitement chronique dans la limite de trois mois par délivrance d'un mois, qu'il doit alors porter sur l'ordonnance le nom de chacun des produits concernés et qu'il doit informer le médecin prescripteur par des moyens de communication sécurisés. Le cas échéant, cette délivrance peut être effectuée au-delà de la date de validité de l'entente préalable de l'organisme de prise en charge.

Décret n° 2024-1070 du 26 novembre 2024 relatif à la dispensation supplémentaire exceptionnelle de médicaments et de dispositifs médicaux dans le cadre d'un traitement chronique. JORF n°0281 du 28 novembre 2024.

PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ

Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé (article L. 4012-1 du Code de la santé publique). Un décret fixe les conditions de mise en œuvre de ces parcours, leurs modalités de remboursement et la procédure de déclaration, auprès des agences régionales de santé, des équipes intervenantes.

Décret n° 2024-1035 du 15 novembre 2024 relatif à la prise en charge et au

remboursement des parcours coordonnés renforcés. JORF n°0272 du 17 novembre 2024.

EXAMENS MÉDICAUX OBLIGATOIRES DE L'ENFANT

Vingt examens de santé préventifs sont obligatoires au cours des 18 premières années de l'enfant (articles L. 2132-2 et R. 2132-1 du Code de la santé publique). Un décret modifie la liste des examens obligatoires : il supprime l'un des 14 prévus lors des 3 premières années et en crée un nouveau entre la septième et la dix-huitième année. Il ajoute également dans le contenu de ces examens l'administration des traitements préventifs à l'égard des maladies infantiles ainsi que le repérage des troubles psychiques, notamment anxieux et dépressifs. Deux arrêtés déterminent le calendrier de ces examens (l'âge auquel ils doivent intervenir) et ceux donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Ces actes réglementaires entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2025.

Décret n° 2024-1031 du 14 novembre 2024 relatif aux examens médicaux obligatoires de l'enfant, Arrêté du 14 novembre 2024 modifiant l'arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant ; Arrêté du 14 novembre 2024 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs réalisés dans les huit jours suivant la naissance et au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie. JORF n°0271 du 16 novembre 2024.

CALCUL DES INDEMNITÉS MALADIE ET MATERNITÉ

Un décret vient de pérenniser l'application des dispositions transitoires prévues en 2021, dans la situation où l'agent assuré n'a pas perçu de revenus d'activité

TEXTES LÉGISLATIFS

TEXTES LÉGISLATIFS

pendant tout ou partie de la période de référence précédant son arrêt de travail (en cas de période de référence incomplète). Celles-ci sont par conséquent applicables aux arrêts de travail débutant le 1^{er} novembre 2024. Il supprime ainsi les dispositions portant création en 2022 d'un nouveau dispositif de neutralisation des périodes d'inactivité. Pour rappel, ces dispositions transitoires étaient initialement en vigueur pour la période comprise entre le 15 avril 2021 et le 30 septembre 2022. Celle-ci avait été ensuite prolongée jusqu'au 31 mai 2024 et, en dernier lieu, au-delà du 1^{er} juin 2024, compte tenu de l'annonce de la suppression dudit nouveau dispositif. Concernant les situations d'inactivité prévues par les dispositions transitoires, un cas de figure supplémentaire est également envisagé : « lorsqu'une activité a pris fin et qu'une autre a débuté au cours d'un même mois de la période de référence ».

Décret n° 2024-967 du 30 octobre 2024 modifiant le décret n° 2021-428 du 12 avril 2021 relatif au calcul des indemnités journalières maladie et maternité. JORF n°0259 du 31 octobre 2024.

SÉCURISATION DES PRESCRIPTIONS

Un décret prévoit que le prescripteur puisse joindre à l'ordonnance un document mentionnant les indications et circonstances de la prescription ouvrant droit au remboursement, si celui-ci ne les a pas portées directement sur l'ordonnance. En principe, le prescripteur doit avoir recours à un téléservice dédié pour établir ce document. Sinon, il peut l'adresser par voie postale ou électronique sécurisée, au service du contrôle médical de l'assurance maladie. Ce formulaire doit être présenté au pharmacien en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées. Les produits ou prestations susceptibles d'être concernés par ces dispositions sont ceux présentant un intérêt particulier

pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage.

Décret n° 2024-968 du 30 octobre 2024 relatif au document destiné à renforcer la pertinence des prescriptions médicales. JORF n°0259 du 31 octobre 2024.

ACTES IBODE RÉALISÉS PAR DES IDE

Un dispositif transitoire qui permet aux infirmières (IDE) de réaliser, à titre dérogatoire, l'ensemble des actes et activités réservés aux infirmières de bloc opératoire (Ibode) entre en vigueur. Il élargit à 10 actes le dispositif d'autorisation transitoire introduit par un précédent décret, qui permettait aux infirmiers en soins généraux de pratiquer trois actes exclusifs (aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration). Par dérogation et à titre transitoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire d'une autorisation délivrée en application de ce décret pourra réaliser l'ensemble des actes et activités mentionnés par l'article R. 4311-11-1 du Code de la santé publique dans les mêmes conditions que celles applicables à l'Ibode, sans supervision. Cette autorisation, délivrée par le préfet de région du lieu d'exercice du demandeur, peut être temporaire ou définitive. Des conditions allégées sont prévues pour les IDE ayant déjà obtenu une autorisation au titre du décret du 28 juin 2019.

Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024 relatif aux conditions de réalisation en bloc opératoire des actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique par les infirmiers diplômés d'État. JORF n°0254 du 25 octobre 2024.

ÉGALITÉ HOMMES-FEMMES

Un décret définit les indicateurs permettant de mesurer les écarts de rémunération et de situation entre les femmes et les hommes dans la fonction publique

hospitalière. Il précise les modalités de publication des résultats de ces indicateurs et d'information des instances de dialogue social. Il prévoit enfin le régime des sanctions applicables en cas de non-publication des résultats ou lorsque ces résultats sont inférieurs à un certain niveau. Un autre décret précise la cible à atteindre par les employeurs et la période de référence sur laquelle les indicateurs doivent être calculés. Il détaille les agents qui sont comptabilisés dans l'index et les éléments de rémunération dont il doit être tenu compte. Il prévoit enfin la méthode de calcul des indicateurs et le barème à appliquer aux résultats obtenus.

Décret n° 2024-948 du 21 octobre 2024 relatif à la mesure et à la réduction des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans la fonction publique hospitalière ; Décret n° 2024-949 du 21 octobre 2024 fixant les modalités de calcul des indicateurs définis à l'article 1^{er} du décret n° 2024-948 du 21 octobre 2024 relatif à la mesure et à la réduction des écarts de rémunération entre les femmes et les hommes dans la fonction publique hospitalière. JORF n°0252 du 23 octobre 2024.



TEXTES LÉGISLATIFS



XXXV^e Congrès National de la Société Française d'Hygiène Hospitalière



Avec le soutien financier de la
région Provence-Alpes-Côte-d'Azur



Marseille

Parc Chanot
4 AU 6 JUIN 2025

www.sf2h.net

Certificat Qualiopi

Le directeur des soins, pilote d'une synergie collective



Isabelle Bayle
Coordonnatrice des instituts de formation en santé du CH Saverne et du CH Sarrebourg, docteure en sciences de l'éducation et de la formation, Laboratoire interuniversitaire des sciences de l'éducation et de la communication, équipe Activité, Travail et Identité professionnelle, Strasbourg, directrice du département universitaire des sciences infirmières de Strasbourg

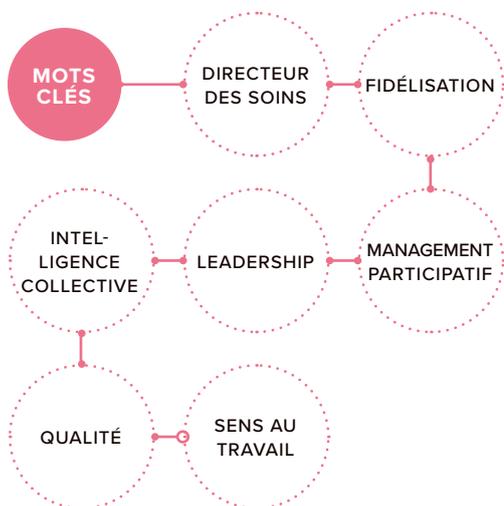
L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Le directeur des soins joue un rôle essentiel en tant que pilote d'une synergie au sein de l'équipe. En mettant l'accent, dans son management, sur le sens au travail, il contribue à créer un environnement où chaque membre se sent valorisé et motivé. L'intelligence collective, quant à elle, permet de rassembler les compétences et les idées de chacun pour améliorer la qualité des soins.

Dans le contexte d'aujourd'hui, nous pourrions nous demander si la notion de fidélisation des agents dans leur travail est vraiment l'objectif premier à poursuivre. En effet, en s'appuyant sur différents indicateurs comme la vision du travail, l'engagement, le sentiment d'appartenance, interrogeons-nous sur ce qui semble le plus essentiel pour le salarié. Certes, poursuivre l'idée que fidéliser ses employés, c'est garantir une certaine pérennité de l'entreprise, avec des coûts diminués dans la gestion du recrutement, paraît légitime. De même, cheminer pour garder ses talents et un niveau d'expertise élevé dans les équipes s'avère tout à fait cohérent. Mais ne pouvons-nous pas appréhender cette approche sous un autre regard ? Ainsi, nous pourrions considérer que ce n'est pas l'objectif de fidélisation qui doit être poursuivi mais plutôt celui d'un management inspirant où le sens du travail, l'authenticité et l'intelligence collective sont les moteurs, et la fidélisation la résultante. Nous allons dans un premier temps décliner les différents axes d'un management inspirant où le directeur des soins a toute sa place pour impulser et partager sa vision. Et comme le précise John Maxwell, « *un leader est quelqu'un qui connaît le chemin, suit le chemin et montre le chemin* ». Alors comment le directeur des soins peut-il s'emparer, dans son management, de ces nouveaux codes pour en faire une force au service d'une synergie collective gagnante pour tous ?

UNE VISION PARTAGÉE AUTOUR D'UN OBJECTIF CLARIFIÉ

Aujourd'hui, engager ses collaborateurs dans une aventure commune demande de verbaliser ses orientations pas seulement à court terme mais surtout dans une perspective plus large en lien avec l'avenir du dispositif ou du projet. Cette vision doit être comprise et répondre à des axes en lien avec une pratique durable, responsable, conciliant des ambitions avec un impact social dans un environnement bienveillant. La concordance éthique de la démarche, dans un esprit anticipatoire sortant d'une certaine zone de confort, semble ici essentielle. La priorisation des objectifs amène à une négociation avec et entre les membres de l'équipe. La démarche donne un sens au travail et favorise l'alignement des efforts de chacun vers un but commun.



Le directeur des soins doit ici, dans son management, comprendre les besoins et les préoccupations de chacun. Son sens de l'écoute et son attitude proactive viendront témoigner de son engagement au côté de son équipe, en faveur d'une performance collective.

CRÉER UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL ATTRAYANT

Le cadre dans lequel s'exerce le travail contribue au bien-être de chacun, mais également favorise l'esprit d'innovation et permet la mise en œuvre d'espace de convivialité propice à l'expression de valeurs partagées. Pour les cadres de santé formateurs, par exemple, disposer d'un espace individuel pour échanger avec un apprenant et garantir une certaine confidentialité dans les échanges est essentiel. Il en va de même d'un espace calme pour se concentrer afin de construire son dispositif pédagogique. Avoir la possibilité d'utiliser du matériel numérique, pédagogique et technologique adapté pour concrétiser ses intentions pédagogiques est un gage de qualité renforçant l'esprit de création. Un virage est à prendre dans les organisations de travail du monde du soin et de la formation, car les jeunes générations sont nées et ont grandi avec la technologie. Elles s'attendent à ce que les outils numériques soient intégrés dans leur environnement de travail pour améliorer la productivité et la collaboration.

L'environnement de travail devient attrayant dès lors qu'il favorise la collaboration entre les membres de l'équipe. Les espaces dits « incubateurs d'idées » contribuent à stimuler la créativité mais surtout à co-construire des projets autour d'une dynamique nouvelle, plus participative dans des milieux parfois plus informels, moins contraignants et où la parole est plus libre. Cette ambiance collaborative renforce le sentiment d'appartenance et développe une solidarité et une cohésion entre les membres de l'équipe. Cette culture collaborative est à privilégier car les jeunes d'aujourd'hui favorisent les milieux où le travail en équipe est encouragé et la communication ouverte, et où les idées peuvent être partagées librement. Des efforts sont encore réellement à entreprendre, notamment au moment de l'accueil en stage des apprenants.

Dans cet esprit, lorsque le directeur des soins s'autorise à organiser des temps de *team building* en dehors des murs institutionnels, il contribue à faire que les collaborateurs se découvrent sous un autre regard. Une nouvelle histoire commune de l'équipe se construit avec l'établissement d'un patrimoine partagé, dans une ambiance le plus souvent conviviale, établissant de nouveaux liens interpersonnels mobilisables ensuite dans l'exercice professionnel (encadré 1).

FAVORISER UNE CULTURE D'APPRENTISSAGE

Les pratiques managériales respectueuses des acteurs ont le souci de la croissance professionnelle et personnelle des collaborateurs. Ainsi le directeur des soins favorise l'apprentissage continu, l'innovation et l'adaptabilité. Il crée

ENCADRÉ 1

Retours sur les temps de *team building*

À l'issue des temps de décompression, loin du feu de l'action quotidienne, les formateurs viennent souvent livrer leurs impressions et, pour certains, ont besoin d'exprimer leur ressenti. Ainsi s'expriment Mathieu, cadre de santé : « Aujourd'hui, avec le cuisinier, cela a été un temps de

ressourcement, une soupape, un temps de décompression pour moi », Salomé : « J'ai vu mes collègues autrement » ou encore Pierre : « Cela remotive, donne du sens à ce que je fais tous les jours avec mes collègues pour former les futurs professionnels de santé ».

un environnement où les professionnels sont encouragés à développer leurs compétences, à partager leurs connaissances et à s'engager dans un processus d'amélioration continue de leur pratique. L'entreprise apprenante se structure et permet de dresser un développement de son plan de carrière. Devenir une entreprise apprenante nécessite un engagement à long terme et une volonté de changer les mentalités et les pratiques au sein de l'organisation. En cultivant une culture d'apprentissage, les instituts de formation comme les structures de soins peuvent non seulement améliorer la satisfaction et l'engagement de leurs employés, mais aussi renforcer leur capacité à innover et à s'adapter aux évolutions. Cette démarche concourt à rester compétitifs et à répondre efficacement aux défis futurs.

Un outil précieux selon nous, dans l'exercice managérial, est l'organisation de temps d'analyse de pratique sur des situations concrètes de l'activité. Ce levier managérial permet d'interroger ses modes opératoires, d'améliorer la qualité de sa prestation et d'augmenter la performance collective et individuelle. Il favorise le partage des connaissances et le développement des compétences. En intégrant cette approche dans la culture organisationnelle, les managers contribuent aussi à créer un environnement de travail dynamique et engagé. Cela permet à l'organisation de s'adapter aux défis et aux évolutions tout en valorisant le potentiel de ses collaborateurs. Dans le cadre de la formation des futurs professionnels infirmiers et aides-soignants, c'est un axe managérial primordial.

Les pratiques managériales respectueuses des acteurs ont le souci de la croissance professionnelle et personnelle des collaborateurs

FIGURE 1. Les caractéristiques d'un directeur des soins.



L'ÉQUILIBRE ENTRE VIE PERSONNELLE ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Pour un directeur des soins, l'équilibre entre la vie personnelle et l'activité professionnelle est un défi journalier dans le pilotage des ressources humaines. La combinaison des deux espaces est souvent fragile, car les exigences du travail peuvent facilement empiéter sur la vie personnelle, et vice versa. L'activité des formateurs en institut de formation, comme dans d'autres secteurs, n'est pas linéaire et il est parfois difficile de déconnecter. L'essor des technologies de communication rend complexe le séquençage des actions. Certes, il est souvent préconisé d'identifier les tâches prioritaires en évitant de se laisser submerger par des demandes moins importantes, mais la réalité de l'activité est tout autre. La flexibilité des horaires de travail, permettant à chacun de gérer son temps de manière à équilibrer ses responsabilités professionnelles et personnelles, est une culture à promouvoir. L'équilibre reste néanmoins fragile dès lors qu'un des acteurs ne respecte pas les règles, venant mettre en péril la pérennité du dispositif.

Le pilotage d'un management promouvant l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est un processus délicat qui nécessite une attention constante et une communication claire. Vus de l'extérieur, certains acteurs font des choix étonnants, parfois à la marge des valeurs qu'ils défendent, en privilégiant l'un ou l'autre des secteurs, ce qui est déroutant pour le directeur des soins. Pour surmonter les incompréhensions et les défis associés, l'approche proactive et inclusive est souvent la plus pertinente. Le directeur des soins navigue alors dans la complexité, la gestion des paradoxes, et essaie de favoriser un environnement de travail sain et productif. Cela demande un engagement constant et une volonté d'ajuster les pratiques managériales en fonction des besoins individuels et collectifs (figure 1). Écouter les apprenants en formation et dans les milieux de soins, mettre en place des initiatives comme des journées

ou des semaines sur le bien-être, le sport à l'hôpital, sont des atouts pour rendre attractifs les métiers du soin. Un soignant « bien dans son corps et dans sa tête » est un soignant épanoui qui contribuera à la construction du chemin thérapeutique du patient avec un esprit serein.

UNE DÉMARCHE INTERGÉNÉRATIONNELLE

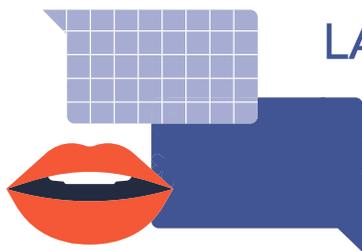
Dans le secteur de la formation des futurs infirmiers et aides-soignants, la mobilisation des ressources de tous les acteurs en intergénérationnel est essentiel pour créer des synergies et favoriser les échanges entre les différentes générations. Toutefois, cela relève parfois d'un réel défi. Les différences de valeurs, de méthodes d'apprentissage et de communication entre les générations peuvent parfois créer des malentendus. L'art pédagogique amène alors chacun à s'accorder du temps pour écouter, découvrir les richesses de l'autre, partager ses points de vue pour construire ensemble un collectif de soignants. Encourager le partage d'expériences et de connaissances entre les générations peut également renforcer la collaboration. En intégrant des outils modernes tout en valorisant les méthodes traditionnelles, il est possible de créer un cadre d'apprentissage enrichissant pour tous. L'élaboration de projets communs, la construction d'actions en faveur de la promotion de la santé, la présentation de son activité lors de portes ouvertes, la valorisation de sa formation et de son futur métier (par exemple dans le projet des « Cordées de la réussite ») sont autant de ressources pour promouvoir une meilleure compréhension entre les générations. Le projet du mentorat est une belle opportunité pour permettre aux apprenants et aux professionnels de faire évoluer leur regard et de s'enrichir.

N'oublions pas que l'alignement avec les valeurs personnelles et la recherche de sens au travail sont essentiels pour les nouvelles générations. Les jeunes professionnels cherchent des emplois qui correspondent à leurs valeurs personnelles et à leur éthique. Ils privilégient les espaces de travail qui ont un impact positif sur la société et l'environnement.

CONCLUSION

La relation au travail pour les nouvelles générations est caractérisée par une quête de sens, une recherche de flexibilité, une forte utilisation de la technologie et une attente d'engagement social. Pour attirer et retenir ces talents, les structures de soins, comme les instituts et écoles de formation en santé, doivent s'adapter à ces nouvelles attentes en créant des environnements de travail qui favorisent le bien-être, l'innovation et le développement personnel. De même, offrir l'opportunité aux apprenants et aux collaborateurs de prendre des initiatives et de faire des choix dans leur travail peut favoriser un sentiment de responsabilité et d'appartenance. En intégrant ces valeurs dans leur culture managériale, ils peuvent non seulement répondre aux besoins des jeunes professionnels, mais aussi bénéficier de leur dynamisme et de leur créativité. Le style de management déployé amènera certainement à fidéliser les acteurs autour de projets collaboratifs essentiels pour l'exercice professionnel.

ABONNEZ-VOUS !



LA REVUE QUI DONNE LA **PAROLE** AUX CADRES DE SANTÉ

- > **S'INFORMER**
Actualité, droit, économie de la santé **pour suivre les évolutions du secteur paramédical.**
- > **MANAGER**
Dossiers complets sur les ressources humaines, le management, la qualité et gestion des risques **pour enrichir votre culture managériale.**
- > **PARTAGER**
Écrits professionnels et controverse, raisonnement éthique **pour trouver de nouvelles sources d'inspiration.**



6 numéros par an



Accès aux contenus premium
sur **espaceinfirmier.fr**
(E-revues, actualités...)



5% de réduction
sur la boutique des
Éditions Lamarre

Informations et
abonnements



bit.ly/abo-osm-24

Abonnements
multiples sur demande :
grandscomptes@1health.fr

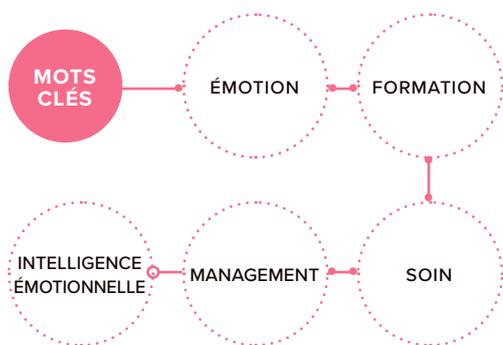
Le pouvoir des émotions



Sabrina Tosoni-Pourrier,
Mylène Vandamme,
Valérie Deville,
Damien Thomas,
Mélanie Andrade
étudiants cadres de santé,
IFCS lorrain, Nancy

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Comment l'intelligence émotionnelle redessine-t-elle le paysage des soins de santé ? De la compréhension des émotions à leur régulation, explorons son influence sur la qualité des soins, le bien-être des professionnels et la collaboration en équipe.



Dans le cadre de notre formation à l'Institut de formation lorrain des cadres de santé (IFCS), nous avons eu l'opportunité de mener une conduite de projet à envergure réelle. Ce dernier a consisté en l'organisation d'un colloque le 4 avril 2024 à Nancy, à destination, essentiellement, des professionnels de santé.

Les métiers du soin nécessitent un travail interprofessionnel avec des interactions continues. De plus, la prise en soins du patient se situe au croisement de différentes professions. Chaque soignant, à l'écoute du patient, prodiguant des soins relationnels et montrant de l'empathie, doit trouver le juste degré d'implication. Cette situation est complexifiée par le milieu sanitaire et médico-social, les nombreuses réformes, l'innovation incessante et le changement de paradigme dans les soins, contraignant les professionnels de santé à s'adapter à ces nouvelles réalités. Devant ces différents constats, il nous semble intéressant d'aborder le thème de l'intelligence émotionnelle en vue de sensibiliser les professionnels et d'identifier des outils aidant à faire face aux défis quotidiens.

dans les métiers de la santé

Les professionnels en contact direct avec les patients ne sont pas les seuls concernés. Les managers, qui jouent un rôle crucial dans les organisations, ne sont pas moins affectés par les émotions. Par ailleurs, les étudiants et élèves paramédicaux, futurs professionnels, peuvent être profondément marqués par la réalité du milieu professionnel. Par conséquent, nous avons choisi d'adapter nos interventions au regard des différents profils d'acteurs.

Cet article a pour objectif de présenter les premiers pas vers une meilleure compréhension de l'intelligence émotionnelle. En prenant appui sur les présentations réalisées lors du colloque, nous fournirons des outils de base et espérons inspirer nos lecteurs à poursuivre leurs recherches et à développer cette compétence clé.

Par le biais de plusieurs interventions complémentaires, nous souhaitons d'abord conceptualiser cette thématique, puis l'examiner sous différents prismes : managérial, soignant et pédagogique.

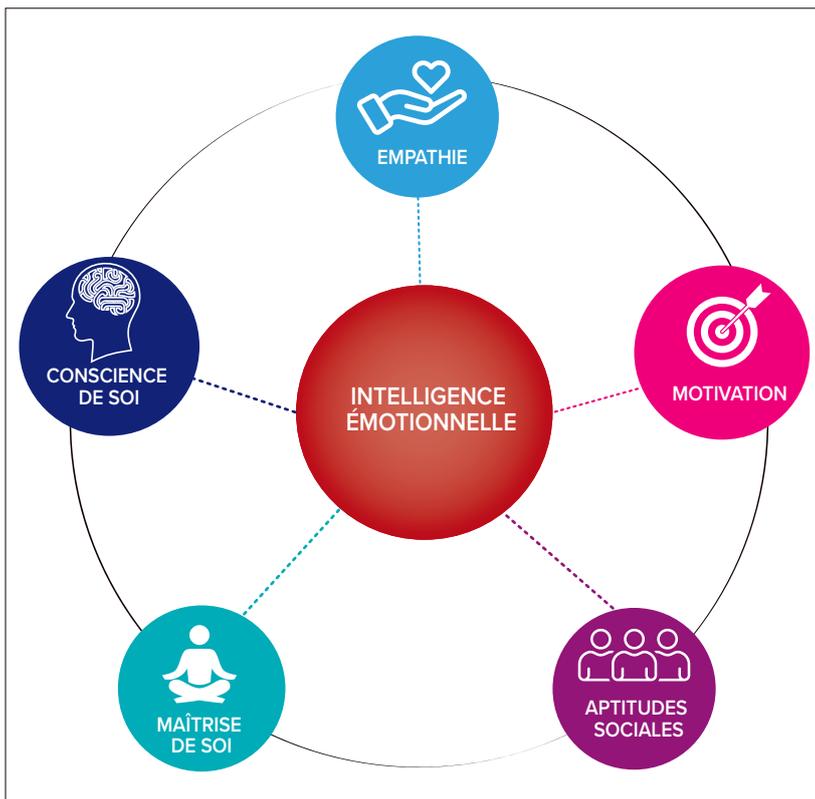
DÉFINITION

L'introduction du colloque a débuté par une présentation conceptuelle de l'intelligence émotionnelle par Frédéric Soler, cadre supérieur de santé au CHU de Nîmes.

Au cours des siècles, des chercheurs comme les docteurs J. Harlow, H. et A. Damasio ont identifié la zone cérébrale permettant de ressentir et d'exprimer les émotions. Ces découvertes ont participé aux prémices du concept d'intelligence émotionnelle qui sera étudié plus tardivement par P. Mayer et J. Salovey, D. Goleman⁽¹⁾ (figure 1) et I. Kotsou.

L'intelligence émotionnelle se réfère à la capacité d'une personne à percevoir, comprendre et réguler ses propres émotions ainsi que celles des autres, puis de les utiliser de manière constructive⁽²⁾. Elle s'appuie sur deux types de compétences : celles personnelles, incluant la conscience de soi et la gestion de soi, et celles sociales et interpersonnelles. D'une part, il est important de prendre conscience de nos émotions et de les réguler pour améliorer notre efficacité au travail, contribuant ainsi à la qualité des soins. D'autre part, il est essentiel de comprendre les personnes qui nous entourent afin de répondre à leurs besoins et de mieux analyser les interactions relationnelles. Ces aspects illustrent les quatre dimensions de l'intelligence émotionnelle, qui sont particulièrement mises à contribution dans les métiers du soin, notamment celui de cadre de santé.

FIGURE 1. Les 5 piliers de l'intelligence émotionnelle d'après D. Goleman⁽¹⁾ (production personnelle).



L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DANS LE SOIN

Anaïck Besozzi, titulaire d'un doctorat en psychologie clinique et en psychologie de la santé, a partagé son expertise afin de mettre en lumière l'intérêt de l'intelligence émotionnelle dans les soins. Son expérience clinique au sein d'un pôle de gériatrie a permis d'illustrer ce concept par des exemples concrets du quotidien, facilitant la compréhension théorique.

Pour une prise en soins optimale

La manière dont les soins sont dispensés a changé au fil des années, passant d'un simple traitement physique à une approche plus globale prenant en compte l'ensemble des besoins des patients. Ces derniers sont de plus en plus acteurs de leur prise en soins, jusqu'à devenir patients partenaires. L'intelligence émotionnelle apparaît donc comme essentielle afin de prodiguer une prise en soins holistique de l'utilisateur.

Pour des relations apaisées

L'intelligence émotionnelle permet non seulement de comprendre et de réguler les émotions de manière efficace, mais aussi de favoriser des relations interpersonnelles positives et un environnement de travail harmonieux.

Les professionnels, soucieux du bien-être des patients et contraints de travailler dans un contexte sous tension, sont exposés à l'anxiété, au stress et à l'épuisement. Une intelligence émotionnelle développée est reconnue comme un facteur préventif du burn-out⁽³⁾. La formation des soignants aux compétences psychosociales joue ainsi un rôle crucial dans la prévention des effets néfastes du stress en lien avec le travail.

Outre les multiples facteurs influençant les émotions des professionnels de santé, les situations d'agressivité, qu'elles soient intentionnelles ou non, entre les usagers et les soignants, sont des confrontations souvent imprévisibles qui mettent à rude épreuve la stabilité émotionnelle des professionnels. Dans ce contexte, l'intelligence émotionnelle joue un rôle capital, car elle permet aux soignants de mieux comprendre leurs propres émotions et celles des patients. En développant cette compétence, les professionnels peuvent non seulement désamorcer les tensions, mais aussi maintenir une qualité de soin optimale, même dans des situations difficiles. Par ailleurs, la santé mentale des professionnels de santé est désormais une préoccupation centrale pour les gestionnaires. En effet, pour répondre à l'ensemble des enjeux cités précédemment (qualité des soins, prévention de l'épuisement professionnel...), ces derniers ne peuvent se contenter d'appliquer de simples mesures organisationnelles. L'intelligence émotionnelle constitue alors un levier essentiel.

L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DANS LE MANAGEMENT

Le manager en santé est confronté à de nombreux enjeux dans sa pratique quotidienne. En premier lieu, les relations interpersonnelles constituent un aspect central de son rôle ou de ses missions, demandant un investissement important et mobilisant pleinement son énergie. La gestion des conflits, qui fait partie intégrante des relations humaines, est une responsabilité du manager. Elle requiert

une compréhension approfondie des dynamiques relationnelles et une capacité à décrypter les émotions sous-jacentes des personnes concernées.

En second lieu, la prise de décision constitue une fonction clé du manager. Cependant, elle peut être affectée par des biais émotionnels, ce qui souligne l'importance de développer son intelligence émotionnelle.

Enfin, faire face à des situations stressantes est courant dans la pratique managériale. La résilience au stress devient alors un atout précieux, et l'intelligence émotionnelle propose des stratégies efficaces pour le gérer.

Thierry Raffin, formateur et coach en sciences du comportement à Nancy, est intervenu dans le but d'expliquer et d'encourager le développement de l'intelligence émotionnelle dans le contexte du management. Il explique que les émotions influencent nos actions, mais également nos décisions et nos comportements. Cependant, elles sont, elles-mêmes, influencées et interagissent avec d'autres facteurs tels que la confiance, l'estime de soi et la motivation. Il n'est alors pas question de gérer les émotions, mais bien de les réguler en s'appuyant sur ces différents aspects.

En outre, chaque individu, selon son vécu et sa personnalité, réagira et interprétera une situation de manière unique. L'être humain, complexe, dispose cependant d'un esprit flexible pour faire face aux aléas. L'utilisation de l'intelligence émotionnelle lui permet de s'adapter au quotidien. La culture de l'intelligence émotionnelle représente un enjeu crucial pour les soignants et les managers. Ce défi doit être pris en compte dès la formation initiale des métiers de la santé.

L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DANS LA PÉDAGOGIE

Les étudiants en sciences infirmières sont régulièrement exposés aux émotions dès le début de leur parcours académique et tout au long de leur formation pratique et théorique. Le référentiel de formation de 2009⁽⁴⁾ met en avant l'importance de cette dimension en soulignant qu'ils doivent développer la capacité à identifier leurs émotions et à l'utiliser de manière positive.

L'intégration des émotions dans la formation comporte divers enjeux pour les étudiants, notamment la découverte de soi, le renforcement de la confiance en soi et l'affirmation de soi.

La maîtrise des émotions et du stress constitue un atout prépondérant pour préserver l'équilibre entre la vie professionnelle et privée et, *in fine*, prévenir les risques psychosociaux.

Isabelle Dumas, cadre de santé dotée d'une expérience en pédagogie, a partagé son expérience en matière d'intelligence émotionnelle dans le domaine de la formation, appuyée par ses travaux de recherche.

Faire face à des situations stressantes est courant dans la pratique managériale

L'objectif pour les formateurs est de soutenir le développement des compétences émotionnelles des étudiants en soins infirmiers. S'inspirant de l'approche décrite par Maëla Paul⁽⁶⁾, cet accompagnement propose de guider les étudiants afin qu'ils explorent leurs propres ressources pour renforcer leurs compétences émotionnelles. Le formateur joue alors un rôle de facilitateur, encourageant la réflexion de l'étudiant et créant un environnement favorable à son apprentissage.

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Au travers de ces différents prismes, nous avons mesuré l'importance de l'intelligence émotionnelle dans les métiers du soin. Pour favoriser le développement de cette capacité, différentes voies peuvent être empruntées.

La régulation des émotions

La régulation des émotions est un aspect essentiel du bien-être psychologique, impliquant des techniques visant à gérer et moduler les réponses émotionnelles. Ces méthodes comprennent diverses approches testées par les participants au travers de plusieurs ateliers.

Tout d'abord, une approche ludique par le biais d'un *escape game* a été proposée. Les objectifs visaient à reconnaître les différentes émotions, à mesurer l'impact de celles-ci dans la vie personnelle et professionnelle et à découvrir des moyens pour réguler au quotidien ses émotions. De plus, les participants ont bénéficié de séances de sophrologie combinant des techniques de relaxation, de respiration et de visualisation pour favoriser un état de calme et d'équilibre émotionnel. Puis, une découverte de la cohérence cardiaque a été proposée. Il s'agit d'une méthode qui se concentre sur la synchronisation de la respiration avec les battements du cœur, ce qui peut aider à réduire le stress et à promouvoir la stabilité émotionnelle. L'autohypnose est une autre technique proposée durant ce colloque : l'utilisation de suggestions et de visualisations permettent de modifier les réponses émotionnelles et de favoriser un état de détente et de contrôle. Enfin, une initiation à la programmation neuro-linguistique (PNL) a complété cette journée. Il s'agit d'une technique permettant de modifier la façon dont un individu perçoit son environnement.

Ces différentes approches offrent des outils efficaces pour réguler les émotions et cultiver un bien-être émotionnel durable.

Une pièce de théâtre

Pour donner vie aux concepts abordés, la compagnie « Bulles de rêve », basée à Tomblaine (54), a conçu et imaginé une performance théâtrale illustrant les émotions liées aux divers sujets de la journée. À

travers cette mise en scène, les émotions ont été incarnées, permettant à chaque professionnel – qu'il soit manager, soignant ou étudiant – de s'y reconnaître. Cette représentation a suscité une vive émotion dans le public et a permis de développer une empathie envers ces personnages, qualité qu'il sera possible de développer au-delà de cette journée.

CONCLUSION

L'intelligence émotionnelle joue un rôle indispensable dans divers aspects des professions de santé, à la fois en management, en pratique clinique et en formation des étudiants. Elle permet non seulement de comprendre et de réguler les émotions de manière efficace, mais aussi de favoriser des relations interpersonnelles positives et un environnement de travail harmonieux. En mettant l'accent sur le développement de l'intelligence émotionnelle, les professionnels de santé peuvent améliorer la qualité des soins, prévenir l'épuisement professionnel et renforcer leur bien-être psychologique. En intégrant des approches telles que la régulation des émotions, la formation en compétences psychosociales et l'accompagnement personnalisé des étudiants, il est possible de cultiver une culture organisationnelle et éducative qui valorise et soutient le développement continu de l'intelligence émotionnelle.

En conséquence, investir dans l'intelligence émotionnelle est un engagement précieux qui contribue à promouvoir des soins de qualité et des environnements de travail épanouissants pour tous les acteurs impliqués dans le domaine des soins de santé.

Le colloque que nous avons organisé a rencontré un succès indéniable, affichant complet bien avant la date de clôture, témoignant de l'intérêt et de l'enthousiasme suscités par le sujet.

Les auteurs remercient la directrice et l'ensemble des formateurs de l'IFCS Lorrain pour leur accompagnement dans la réalisation de ce colloque et l'opportunité de mener un tel projet, ainsi que Karine Wach pour le soutien apporté dans la rédaction de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goleman D. Accepter ses émotions pour développer une intelligence nouvelle. J'ai lu ; 2003.
2. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nélis D. Les compétences émotionnelles. Dunod ; 2009.
3. Jung Lee H. Influence de l'intelligence émotionnelle sur la satisfaction au travail et sur le syndrome d'épuisement professionnel dans les emplois du secteur public. Revue Internationale des Sciences Administratives, 2018/4 ; Vol. 84 : 755- 771.
4. Berget Levrault. Profession Infirmier. Recueil de textes ; 2023.
5. Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. L'Harmattan ; 2004.

LE DOSSIER

© George Oze / Alamy Stock Photo

LA PERSPECTIVE PATIENT LEVIER MANAGÉRIAL

PROMOTION DE LA SANTÉ

➤ P. 38

QUALITÉ & GESTION DES RISQUES

➤ P. 40

SUR LE TERRAIN

➤ P. 45 et 46

L'intégration de l'expérience patient et, plus largement, de la perspective patient, dans les systèmes de santé est essentielle pour garantir des soins adaptés et humains. Cette démarche repose sur l'autonomisation des patients, la collaboration avec les professionnels et l'amélioration continue grâce à l'expérience vécue, confirmant ainsi un nouveau paradigme. Des initiatives concrètes, comme l'inclusion des patients dans les programmes d'éducation thérapeutique, leur rôle dans des projets de soins à domicile, ou la participation des représentants des usagers aux analyses d'événements indésirables graves, illustrent cette approche participative. Ces projets s'appuient sur des innovations dans les pratiques cliniques, organisationnelles et pédagogiques, telles que l'expérimentation de l'étudiant traceur, inspirée de la méthode du patient traceur. Les cadres de santé jouent un rôle central. Ils contribuent à l'émergence d'idées, favorisent les initiatives et accompagnent la mise en œuvre de ces projets. En plaçant le patient ou l'étudiant au centre du système de santé et en le valorisant comme une ressource essentielle, des pratiques de soins et pédagogiques plus éthiques, collaboratives et innovantes se développent dans une approche personnalisée et holistique. Ce dossier propose d'explorer de nombreuses initiatives et projets qui illustrent le passage de patient ou d'étudiant, perçu pendant longtemps comme un bénéficiaire passif, vers un partenaire actif avec qui se co-construit le projet de soins ou le parcours de formation.

Cidàlia Moussier

PROMOTION DE LA SANTÉ

➤ P. 48

QUALITÉ & GESTION DES RISQUES

➤ P. 51

RECHERCHE & FORMATION

➤ P. 53

SUR LE TERRAIN

➤ P. 57 et 61

MOTS CLÉS

ASSOCIATION

COLLABORATION

EXPÉRIENCE
PATIENT

INNOVATION



So Yung Straga
Présidente de l'association
Shared patient experience
(SPX)

L'auteure déclare ne pas
avoir de lien d'intérêt.

LA PERSPECTIVE PATIENT, AVEC OU SANS ?

Il est impossible de dissocier le concept de l'expérience patient de la perspective même de celui-ci. Pourtant, dans de nombreux systèmes de soins, cette voix reste parfois absente des discussions et des décisions. Le titre provocateur de cet article, « La perspective patient, avec ou sans ? », invite à une réflexion profonde : pouvons-nous réellement imaginer un soin de qualité, humain et efficace, sans inclure la perspective de ceux qui en sont les premiers concernés ?

UNE VISION ET UNE MISSION

L'association Shared patient experience (SPX, encadré 1) repose sur la conviction que les expériences des patients sont des atouts inestimables pour améliorer les soins. C'est ainsi que sa mission s'articule autour de trois principes fondamentaux :

- autonomiser les patients, les encourager à partager leurs expériences, leurs besoins et leurs attentes pour façonner les politiques et les pratiques de santé ;
- créer des partenariats collaboratifs, des ponts entre les patients, les professionnels de santé, les décideurs et d'autres parties prenantes pour promouvoir une culture de la décision partagée ;
- améliorer les systèmes de santé en utilisant les retours des patients pour identifier les lacunes des soins, améliorer la prestation de services et prioriser les innovations centrées sur les patients.

CONTRIBUTIONS CLÉS

AMPLIFIER LA VOIX DES PATIENTS

L'association SPX permet aux patients de partager leurs expériences dans divers domaines des soins. En organisant des forums, des ateliers et des enquêtes, elle s'assure que les patients disposent d'une place dans les discussions qui façonnent les politiques et stratégies de santé. Il s'agit par exemple de conférences annuelles où patients et professionnels collaborent pour identifier les problèmes urgents et proposer des solutions concrètes (figure 1).

SPX recueille des témoignages et des résultats d'enquêtes régulières sur la satisfaction

des patients, les besoins non satisfaits et les domaines à améliorer, qui sont ensuite partagés avec les prestataires de soins pour guider la prise de décision.

INTÉGRER LES PERSPECTIVES DES PATIENTS DANS LES POLITIQUES DE SANTÉ

SPX collabore avec des organisations, gouvernementales ou non, pour intégrer les perspectives des patients dans les législations et les normes d'accréditation des soins. Cela inclut notamment le développement de politiques favorisant des soins centrés sur le patient, comme des lignes directrices pour la décision partagée et la transparence. Elle collabore avec les institutions de santé pour répondre aux normes d'accréditation qui valorisent les indicateurs d'expérience patient, tels que les PREMs (mesures des expériences rapportées par les patients).

FORMER ET SENSIBILISER

L'une des activités principales de SPX est la sensibilisation des professionnels de santé et des décideurs à l'importance des expériences des patients. L'organisation développe des programmes de formation et des ressources pour améliorer la formation des professionnels de santé, comme des ateliers et modules d'e-learning sur la communication efficace, l'empathie et la décision partagée (figure 2). SPX partage également des ressources pour aider les patients à comprendre leurs droits et leur rôle dans le système de santé, favorisant leur participation active dans les soins.

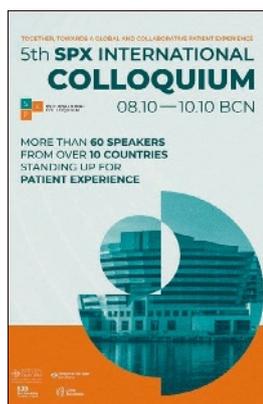


FIGURE 1. Le 5^e colloque international SPX, qui s'est tenu du 8 au 10 octobre 2024 à Barcelone, avait pour thème « Ensemble, vers une expérience patient globale et collaborative ».

PARTENARIAT

RÉSEAUX
INTERNATIONAUX

PROMOUVOIR L'INNOVATION

SPX soutient activement l'innovation en santé en identifiant des solutions issues des besoins exprimés par les patients. Parmi ses initiatives figurent :

- la co-conception, avec les patients, de processus et services de santé alignés sur leurs besoins ;
- des partenariats avec des entreprises technologiques pour développer des solutions de santé numérique, applications et plateformes renforçant l'engagement des patients et améliorant la coordination des soins.

CONSTRUIRE DES RÉSEAUX INTERNATIONAUX

En tant qu'association européenne, SPX facilite les collaborations transfrontalières, permettant l'échange de bonnes pratiques et encourageant une approche unifiée des soins centrés sur le patient. Les activités incluent :

- le Réseau européen des patients, reliant les organisations de patients et les parties prenantes de la santé à travers l'Europe ;
- des partenariats avec des organisations internationales pour aborder les défis mondiaux de la santé, comme l'accès aux soins et l'équité en santé.

L'IMPACT SUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les initiatives de SPX sont élaborées dans le but d'obtenir des améliorations mesurables en matière de satisfaction des patients, de résultats et d'engagement. En considérant prioritairement les perspectives des patients, les systèmes de santé doivent augmenter la transparence et la confiance entre les patients et prestataires de soins. Ils doivent également réduire les disparités dans l'offre de soins en répondant aux besoins spécifiques des populations diverses.

SPX promeut un changement culturel, d'un modèle paternaliste à une approche partenariale. Cette transformation est facilitée par :

- l'intégration du principe des soins centrés sur le patient dans la formation et les politiques organisationnelles ;
- l'encouragement des professionnels de santé à considérer les patients comme des partenaires plutôt que comme de simples bénéficiaires de soins. En intégrant les perspectives des patients dans la conception et la prestation des soins, SPX contribue à des améliorations systémiques, telles que :
- la création de parcours de soins rationalisés réduisant les inefficacités et améliorant les résultats ;



FIGURE 2. SPX propose des ressources pour améliorer la formation des professionnels de santé.

- le développement de modèles de santé basés sur la valeur, priorisant les résultats et expériences rapportés par les patients ;
- une augmentation de la résilience des systèmes de santé grâce à une résolution collaborative des problèmes.

CONCLUSION

L'association SPX incarne le potentiel transformateur de l'intégration des perspectives des patients dans les systèmes de santé. En autonomisant les patients, en favorisant la collaboration et en stimulant l'innovation, non seulement elle améliore les expériences de soins individuelles, mais aussi, elle renforce les systèmes de santé dans leur ensemble. Son engagement en faveur de la décision partagée, de l'éducation et de la collaboration internationale la désigne comme un leader pour construire un système de soins véritablement centré sur le patient.

Le travail de SPX souligne l'importance de considérer les patients comme de véritables partenaires. Cette approche améliore les résultats et la satisfaction, et favorise une culture de santé valorisant la compassion, l'inclusivité et l'amélioration continue.

ENCADRÉ 1

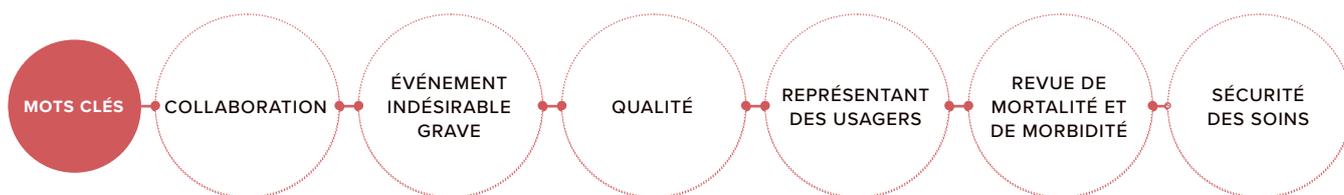
L'association SPX

Shared patient experience (SPX) est une association européenne qui traite de la question essentielle de l'expérience patient en mettant en lumière les enjeux, les bénéfices et les défis liés à l'intégration authentique de la perspective patient dans la conception des parcours de soins, des politiques de santé et des innovations technologiques. Son but n'est pas de simplement répondre à cette question, mais de démontrer pourquoi et comment le

« avec le patient » doit devenir une évidence et un pilier central de toute démarche en santé.

Avec pour mission d'améliorer les résultats de santé en amplifiant la voix des patients et en intégrant leurs expériences dans les systèmes de santé, SPX rassemble les professionnels autour de ce sujet devenu incontournable dans un champ systémique.

Site internet : <https://spexperience.org/fr/>,
e-mail : info@spexperience.org



Cidàlia Moussier
Directrice des soins,
CHRU Tours

Anne Dooghe
Directrice des soins,
Centre d'accueil et de soins
hospitaliers de Nanterre

Magali Faroult
Coordinatrice générale
des soins, Hôpitaux de
Lannemezan

Sandrine Wick
Coordinatrice générale des
soins, pédagogique et de
la qualité, Grand Hôpital de
l'Est Francilien

*Les auteures déclarent ne
pas avoir de lien d'intérêt.*

L'IMPLICATION DES REPRÉSENTANTS DES USAGERS DANS L'ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES

La sécurité des soins est une priorité en santé publique et un élément clé de la qualité des soins. Une étude menée en 2022 dans le cadre de la formation de directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique s'est intéressée à la question suivante : en quoi l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des événements indésirables graves lors des revues de mortalité et de morbidité permet-elle d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ?

La sécurité des soins est une des préoccupations majeures de santé publique et une composante essentielle de la qualité en santé. La maîtrise des risques inhérents à tout acte, diagnostique ou thérapeutique, suppose que le processus intéressé ait été mis à plat, étudié, et chaque étape analysée avec un questionnaire sur les conditions de sa réalisation, de façon soit rétrospective, soit prospective, lorsqu'un dysfonctionnement s'est produit.

En France, au début des années 1990, la mise en place de démarches qualité au niveau national a constitué un levier pour aider au déploiement des revues de mortalité et de morbidité (RMM), visant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans de nombreux secteurs d'activité. En décembre 2021, un rapport de la Haute Autorité de santé (HAS), relatif aux événements indésirables graves (EIG), fait apparaître que 1081 d'entre eux ont fait l'objet d'une déclaration sur l'année 2020, parmi lesquels 56 % ont été considérés comme évitables.

La HAS définit la RMM comme une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins »⁽¹⁾. Cette démarche entre

dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé.

LA CONTRIBUTION ESSENTIELLE DES USAGERS

La loi de 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé »⁽²⁾ et celle « rénovant l'action sociale et médico-sociale »⁽³⁾ ont constitué une véritable avancée dans la participation des usagers au sein de nombreuses instances, commissions et groupes de travail, au niveau tant national que régional et local. Cependant, il convient aujourd'hui d'aller plus loin pour passer de la participation à l'engagement des usagers dans les démarches qualité et sécurité des soins : la HAS promeut l'engagement des usagers sous toutes ses formes depuis plusieurs années, et en fait sa devise pour la nouvelle certification : « Patients, soignants, un engagement partagé » (HAS, 2020)⁽⁴⁾.

À partir de ces constats, une étude a été conduite sur l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM. Elle s'est inscrite dans le cadre de la formation de directeur des soins (DS) suivie en 2022 à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), plus précisément dans le cadre de l'unité d'enseignement intitulée « Patients, professionnels de santé, un engagement partagé ». Cette unité visait à approfondir les enjeux de la collaboration entre patients et professionnels de santé,

notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins et la sécurité des patients. En intégrant et impliquant les représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM, cette étude a eu pour objectif d'explorer et de promouvoir des approches participatives pour renforcer l'engagement des usagers dans le processus de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité des soins.

La pertinence de ce thème s'est intégrée pleinement dans le contexte post-Covid, où la crise sanitaire a mis en lumière l'importance de tirer des leçons des retours d'expérience. Cette période a révélé la nécessité d'apprendre non seulement de nos succès, mais aussi de nos erreurs, en associant tous les acteurs concernés, y compris les usagers. La crise a renforcé l'idée que la collaboration et l'engagement des patients dans les démarches qualité et sécurité des soins sont essentiels pour améliorer la résilience du système de santé et garantir des soins plus sûrs et plus adaptés aux besoins des patients.

Le sujet de cette étude portait sur l'intégration des représentants des usagers (RU) dans l'analyse des EIG lors des RMM, avec comme question de départ : « En quoi l'intégration des représentants des usagers dans l'analyse des EIG lors des RMM permet-elle d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ? », et en partant du postulat que la participation des usagers, quelle que soit sa forme, contribue positivement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette démarche repose sur l'idée que l'implication des patients dans les processus décisionnels et d'analyse, en tant qu'acteurs à part entière du système de soins, peut enrichir les pratiques des professionnels et renforcer l'adhésion collective aux efforts d'amélioration continue⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁾. Afin de répondre à la question initiale, un objectif principal et trois sous-objectifs ont été définis.

Objectif principal : généraliser l'intégration des représentants des usagers aux RMM dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Sous-objectifs :

- interroger la pertinence de cette démarche dans le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en analysant son impact réel sur les pratiques cliniques et organisationnelles ;
- identifier les leviers et les freins à la mise en place de cette intégration, en étudiant les obstacles organisationnels, culturels et logistiques, ainsi que les facteurs favorisant l'adhésion à cette démarche ;
- co-construire, avec les acteurs impliqués dans cette démarche (professionnels de santé, représentants des usagers, responsables d'établissements), des recommandations de bonnes pratiques pour faciliter et généraliser l'intégration des RU dans les processus d'analyse des EIG.

Ces objectifs visaient à mettre en lumière les bénéfices potentiels de cette intégration, tout en tenant compte des défis et des conditions nécessaires à son succès, afin de promouvoir une approche participative et plus inclusive dans la gestion des risques et l'amélioration continue de la qualité des soins.

MÉTHODOLOGIE

L'étude s'est déroulée du 18 février au 22 juin 2022. Deux méthodes de recherche qualitatives ont été mobilisées :

- un journal de bord chronologique, tenu et partagé tout au long de l'étude, permettant d'organiser la réflexion. Il a constitué une trace des éléments marquants et des décisions prises, ainsi qu'une documentation des évolutions du questionnement et de l'analyse tout au long du travail. Il a également facilité la coordination et l'ajustement de la démarche de recherche, tout en servant de support à la synthèse et à l'analyse finale ;
- des entretiens semi-directifs conduits avec différents acteurs clés afin d'enrichir la question de départ et d'approfondir la compréhension du sujet. Ils ont permis de recueillir des témoignages et des opinions diverses, en vue de compléter et affiner la réflexion.

GROUPES D'ACTEURS INTERROGÉS

Les entretiens ont été menés auprès de trois groupes d'acteurs distincts.

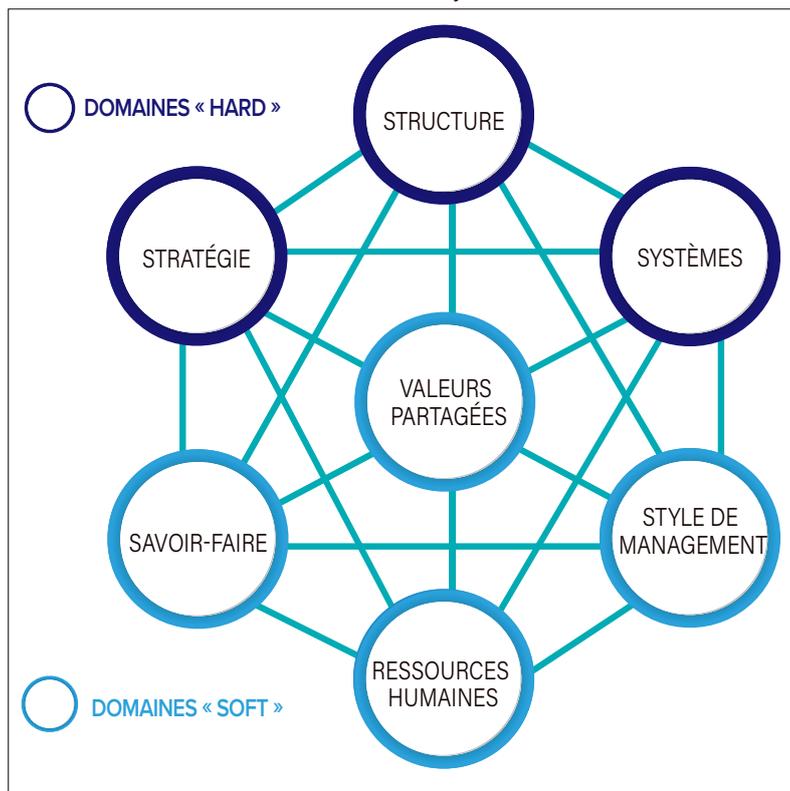
1^{ER} GROUPE : DEUX BINÔMES MÉDECIN-REPRÉSENTANT DES USAGERS

Les entretiens menés avec ces deux binômes, à partir d'une grille d'entretien construite en amont, avaient pour objectif de réaliser un *benchmark* sur leur expérience en matière de réalisation des RMM avec la participation d'un RU. Ces binômes ont été identifiés par Alexandre Berkesse, conseiller stratégique, enseignant et conférencier sur le thème de la transformation des organisations, responsable de l'unité d'enseignement « Patients, professionnels de santé, un engagement partagé » à l'EHESP.

Le premier binôme avait mis en place cette démarche depuis trois ans, alors que le second l'avait initiée plus récemment, avec une première RMM en présence d'un RU. Les deux entretiens se sont déroulés par visioconférence pendant une heure trente.

2^E GROUPE : DES ACTEURS AU SEIN D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Ces entretiens menés avec des RU, DS, directeurs qualité, cadre supérieur de santé et médecins, avaient pour objectifs de recueillir la position des différents acteurs sur le projet de généraliser

FIGURE 1. Le modèle des 7S de McKinsey⁽⁸⁾.

l'intégration des RU dans l'analyse des EIG lors des RMM, en interrogeant son intérêt et sa pertinence. Une nouvelle grille d'entretien a été élaborée, permettant de mettre en lien les réponses des binômes avec celles des acteurs interviewés. Huit entretiens (avec : un cadre supérieur de santé, deux DS, trois directeurs d'hôpital et deux RU) ont été conduits au sein de cinq établissements de santé. Cependant, dans trois des cinq établissements, le directeur qualité n'a pas validé l'entretien auprès des RU. Cette donnée met en lumière la sensibilité du sujet de l'étude, notamment en ce qui concerne l'implication des usagers dans les processus d'analyse des EIG. Le refus de certaines directions qualité de permettre de tels entretiens renvoie à des réticences organisationnelles et/ou à des préoccupations liées à la gestion de la participation des usagers dans des démarches potentiellement perçues comme délicates ou complexes. L'un des directeurs qualité, interviewé, a explicitement lié sa réticence à des enjeux de confidentialité, de crainte d'une instrumentalisation de la parole des usagers, ainsi qu'à des difficultés pratiques liées à l'intégration de ceux-ci dans des discussions techniques, souvent sensibles. Ces entretiens ont été réalisés en présentiel, sur une durée de trente minutes à une heure. Ils ont notamment permis d'enrichir l'analyse initiale par l'expression de représentations, de freins, de ressentis ou de présumés, à la mise en place de cette démarche.

3^E GROUPE : UNE REPRÉSENTANTE DES USAGERS

Ce dernier entretien avec une représentante des usagers, siégeant à quatre commissions des usagers d'établissements et à différents comités et commissions de la HAS, avait pour objectif de repérer la position d'un RU ayant un engagement national sur la thématique étudiée. Il s'est déroulé en visioconférence, pendant une heure, à partir de la grille d'entretien utilisée pour le 2^e groupe.

RÉSULTATS

Les entretiens réalisés ont fait l'objet d'une analyse de contenu par thèmes, en référence au modèle des 7S de McKinsey (Stern, P. & Schoettl, J., 2019)⁽⁹⁾. Celui-ci permet d'analyser les facteurs clés de performance internes d'une organisation en identifiant sept éléments commençant par un « S » en anglais, et déterminants pour le bon fonctionnement d'une organisation : Stratégie, Structure, Systèmes, Style de management, Savoir-faire, Ressources humaines, Valeurs partagées (figure 1). Ces sept facteurs sont classés en deux catégories :

- **les facteurs « hard »**, les plus tangibles et mesurables, tels que la stratégie, la structure et les systèmes ;
- **les facteurs « soft »**, qui concernent davantage les aspects humains, culturels et comportementaux, tels que le style de management, les savoir-faire, les ressources humaines et les valeurs partagées. Ces facteurs n'ont pas tous la même importance stratégique, mais ils sont interconnectés et se renforcent mutuellement. Le facteur « valeurs partagées » constitue le noyau central de ce modèle, car il influence et soutient tous les autres éléments. L'analyse des entretiens s'est donc focalisée sur ces sept dimensions pour comprendre comment l'intégration des RU dans l'analyse des EIG affecte les différentes sphères de l'organisation (tableau 1).

DES PRÉCONISATIONS SUR TROIS NIVEAUX D'ACTION

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, des préconisations visant à promouvoir l'intégration et l'implication des RU dans l'analyse des EIG lors des RMM ont été proposées. Ces préconisations sont classées en trois niveaux d'action : stratégique, coordination et opérationnel. Leur mise en œuvre dans un établissement de santé devra tenir compte de la réalité de celui-ci. Toutefois, des repères peuvent être donnés sous forme de facteurs de succès et de points de vigilance, à l'instar des fiches élaborées par la HAS.

LE NIVEAU STRATÉGIQUE

Implanter cette démarche de manière pérenne sous-entend l'existence d'un portage institutionnel fort. L'adhésion du chef d'établissement et du président de la commission médicale

d'établissement est essentielle pour que la démarche ne reste pas isolée et soit pleinement intégrée dans la gouvernance de l'établissement. Cette démarche peut être rattachée à plusieurs éléments du projet d'établissement : le projet médical, le projet de soins (ou médico-soignant), le projet qualité ou encore le projet des usagers. La certification HAS peut constituer un levier pour l'intégration des RU dans les RMM, mais il est crucial de ne pas réduire cette démarche à une obligation administrative, sous peine de ne pas lui attribuer un véritable sens pour les acteurs impliqués.

Le facteur clé de succès est un leadership fort, visible et durable du porteur du projet, qui anime la démarche de manière co-construite avec les acteurs de terrain. Le binôme médecin-RU constitue le pilier de cette dynamique, assurant la légitimité de l'intégration des RU.

La phase de diagnostic initial est fondamentale : elle permet d'évaluer le niveau de maturité des RMM et du partenariat avec les RU au sein de l'établissement de santé. Cette évaluation est une condition *sine qua non* pour un changement de paradigme, en identifiant la culture de l'établissement, les pratiques de la RMM, ainsi que la place et la reconnaissance des usagers dans le processus.

Enfin, les instances constituent un vecteur de communication et de valorisation de cette démarche en interne ; la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), animée par le directeur des soins est, *de facto*, un vecteur de communication et de partage auprès des paramédicaux. Cette communication interne peut être prolongée, de même, à l'extérieur de l'établissement.

LE NIVEAU DE COORDINATION

Au niveau de la coordination, il s'agit de préparer le déploiement de l'intégration des RU dans les RMM et d'accompagner les acteurs pour créer une véritable synergie entre les équipes. À ce niveau, les actions prioritaires sont :

- **une formation à la méthodologie des RMM :** former les RU à la méthodologie spécifique des RMM ; former les professionnels de santé, idéalement dès la formation initiale, en y associant les usagers pour une meilleure compréhension mutuelle des rôles ;
- **la mise en place des éléments fondamentaux pour organiser les RMM :** établir des conditions favorables à la réalisation des RMM, en concertation avec le chef de service et le cadre de santé (accès

Tableau 1. Les résultats des entretiens.

Les facteurs	Les données issues de l'analyse des entretiens
La stratégie	<ul style="list-style-type: none"> - La stratégie de la participation des représentants des usagers (RU) n'est pas obligatoirement à l'initiative d'une politique de l'établissement, cependant elle demande une validation institutionnelle. - La légitimité des porteurs du projet donnée par l'institution, les pairs et les professionnels du pôle concerné est un prérequis fondamental. - Le choix de l'utilisateur : un RU (et non patient expert) nommé par l'agence régionale de santé (ARS).
La structure	<ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre des revues de mortalité et de morbidité (RMM) incluant les RU doit être adaptée aux RU en termes d'accueil, d'accessibilité et d'horaires.
Les systèmes, procédures formelles ou informelles	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche de RMM dans le secteur concerné par la participation du RU doit être maîtrisée. - Accord, par l'ensemble des personnes concernées, des situations à analyser en RMM. - La sélection de la situation de la première RMM est primordiale pour l'entrée dans la démarche : pas de décès, situation circonscrite au secteur (pas d'interfaces), situation pour laquelle des actions réalisables pourront émerger. - Les RU ont été cooptés par le médecin pour leur engagement dans les instances, les groupes de travail de l'établissement et pour leurs qualités d'écoute, de bienveillance et de non-jugement (« <i>Tous les RU ne peuvent pas participer à des RMM</i> », médecin)
Le style de management	<ul style="list-style-type: none"> - La promotion par l'établissement de la culture de l'erreur apprenante. - La promotion d'une culture de l'engagement patient au sein de l'établissement. - Une cohésion du binôme médecin porteur de la démarche de RMM et RU. - Une intégration insuffisante des RU dans l'analyse des événements indésirables graves constitue un frein.
Les savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> - Une nécessaire formation sur la RMM pour les RU et les professionnels. - La formation actuelle des RU comporte peu d'apports sur les EIG et les méthodes d'analyse. - Un respect mutuel lors des échanges avec une parole qui doit circuler.
Les ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Le nombre et/ou la disponibilité des RU. - Des RU qui ont à ce jour un statut de bénévole.
Les valeurs partagées	<ul style="list-style-type: none"> - Une culture du travail d'équipe intégrant les RU. - Un climat de confiance, de respect mutuel. - Donner du sens à l'action des professionnels, « <i>dans l'analyse d'une RMM, le RU apporte sa vision de patient/d'utilisateur et rend l'analyse globale</i> » (RU).

à la salle, horaires appropriés...); pour la première RMM, choisir un EIG dont la conséquence n'est pas un décès, afin d'encourager une analyse constructive et la mise en place d'actions concrètes. Préférer une situation survenue dans une unité de soins plutôt que dans un parcours complexe ;

- **une communication claire sur les principes** : il est important de souligner que le rôle du RU n'est pas de juger ni de mettre l'équipe en difficulté, mais bien d'enrichir l'analyse par une vision complémentaire et une approche différente. L'enjeu est de traduire la démarche auprès des équipes pour qu'elles puissent considérer le RU comme un membre à part entière de l'équipe contribuant, par son expérience, à enrichir l'analyse.

LE NIVEAU OPÉRATIONNEL

Le niveau opérationnel est essentiel pour assurer le bon fonctionnement de la démarche au quotidien. La posture des acteurs impliqués joue un rôle déterminant dans le succès de l'intégration des RU dans les RMM :

- **absence de jugement**. Les échanges doivent se tenir dans un climat de respect mutuel, avec écoute, bienveillance et discrétion ;

- **partage des points de vue différents**. Le but est de favoriser un échange constructif, même si les opinions peuvent diverger.

Le rôle de l'animateur de la RMM est particulièrement fondamental. En tant que garant de la méthode, il doit veiller à ce que tous les participants puissent s'exprimer librement et que la parole soit distribuée de manière équitable entre tous. Il doit également faciliter l'intégration et l'implication du RU en s'assurant que sa participation soit valorisée et respectée au même titre que celle des autres membres de l'équipe soignante. L'animateur doit également maintenir un cadre structuré, où la méthodologie de l'analyse des EIG est suivie rigoureusement.

Enfin, la communication et le partage de ces démarches et de leurs résultats au sein de l'établissement de santé sont indispensables pour :

- **pérenniser la démarche** dans le cadre de retours

d'expérience, afin que les RMM avec la participation des RU deviennent une pratique courante ;

- **élargir cette démarche** au sein des équipes, intra- et inter-pôles, pour une généralisation progressive et effective de la participation des RU dans toutes les unités de soins.

CONCLUSION

Ce travail a permis de confirmer l'intérêt et la plus-value de la participation des RU aux RMM, par la mise en exergue les facteurs clés de réussite, mais également les limites d'une telle démarche, rendant la phase de diagnostic et de lancement indispensable à sa réussite. Convaincues des bénéfices de cette approche participative, les auteures souhaitent la promouvoir dans l'exercice de leur fonction de directrices des soins en formulant les propositions suivantes :

- communiquer sur cette démarche en interne et en externe à l'établissement,

- renforcer et soutenir les établissements intégrant cette démarche par un compagnonnage des RU et une mise à disposition d'un espace de partage de documents et de retours d'expérience, sur lesquels les établissements qui le souhaitent pourraient s'appuyer,

- promouvoir une culture commune à l'EHESP pour les dirigeants : un séminaire interprofessionnel sur la thématique des usagers pourrait être organisé,

- impulser l'organisation de formations continues sur cette thématique dans les établissements de santé, destinées à la fois aux professionnels de santé et aux RU, afin de développer des compétences communes sur la gestion des EIG et l'intégration des usagers dans les RMM. Et demain... pourquoi ne pas envisager d'étendre cette démarche à l'utilisateur lui-même, en l'intégrant plus directement dans les processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ? Cela permettrait de renforcer encore davantage le partenariat entre les usagers et les soignants en développant une approche plus inclusive et efficace des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de santé (HAS) (2021). Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. <https://www.has-sante.fr>

2. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr>

3. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. <https://www.legifrance.gouv.fr>

4. HAS. (2002). Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. <https://www.has-sante.fr>

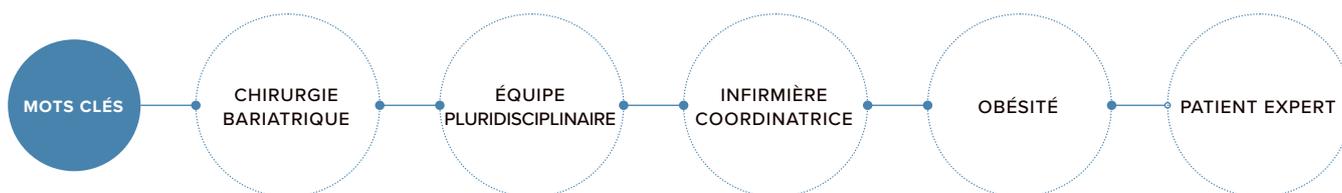
5. Flora, L., Berkesse, A., Payot, A., Dumez, V. & Karazivan, P. (2016). Chapitre 3. L'application d'un modèle intégré de partenariat-patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27, 59-72.

6. Gross, O. (2017). L'engagement des patients au service du système de santé. *Doin*.

7. Pétré, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A. & Flora, L. (2020). Patient partenaire : de la pratique à la recherche. *Santé publique*, 32, 371-374.

8. Stern, P. & Schoettl, J. (2019). Outil 14. Le modèle systémique : « 7S » de McKinsey. Dans : P. Stern & J. Schoettl (dir), *La boîte à outils du consultant*. Dunod, pp. 58-61.

SUR LE TERRAIN



LE PATIENT EXPERT, UN ATOUT DANS LA PRISE EN SOIN DE L'OBÉSITÉ

Le métier de soignant a évolué, intégrant le partage avec les patients des outils et des ressources pour s'approprier leur savoir et développer leur autonomie. Les professionnels ont su s'adapter en mettant en place de nouvelles formes d'accompagnement incluant l'expérientiel dans les prises en charge. Témoignage d'une infirmière coordinatrice dans un centre de prise en soin de l'obésité.



Nadia Blanc
Infirmière spécialisée en obésité,
coordinatrice du Centre
mutualiste de l'obésité,
Saint-Étienne

L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

En tant qu'infirmière bariatrique coordinatrice, j'ai mis en place des programmes d'éducation thérapeutique du patient en situation d'obésité. Le Centre mutualiste de l'obésité (CMO), à Saint-Étienne, propose une préparation et un accompagnement spécifiques au sein d'une équipe pluridisciplinaire, fondés sur une approche médicale, diététique, psychologique, physique et éducative. Le patient est au cœur de cette prise en soin.

L'une de nos patientes, Marielle, enseignante, opérée pour la pose d'un bypass gastrique, a participé à une enquête menée en collaboration avec l'équipe du CMO sur l'accompagnement des patients en pré- et post-chirurgie. Durant deux ans, nous avons collaboré de nombreuses fois avec elle pour organiser un atelier photo et mettre en place une intervention au colloque national de l'Association pour la recherche et la formation des infirmières (Arfi).

Notre prise en soin au sein du CMO nous amène à nous questionner sur le cadre à instaurer et sur la notion de vision partagée. Il s'agit également d'intégrer un

nouveau vocabulaire, avec les termes de « personne ressource », et d'échanger autour de nos pratiques professionnelles. Fortes de notre formation commune sur les troubles du comportement alimentaire, Marielle et moi-même avons découvert et approfondi l'approche systémique. Dans cette continuité, nous avons travaillé sur la mise en place d'un atelier spécifique avec comme objectif d'accompagner les familles et leurs proches autour du projet de chirurgie bariatrique. Les objectifs de cet atelier sont de prendre de la distance, se questionner et engager une réflexion multi-référentielle quant à son projet de chirurgie. Lorsque le groupe familial adhère au projet du patient, les résultats à moyen et long termes sont meilleurs. Cela aide également à aborder la prévention primaire auprès des jeunes, dans les familles.

Le patient, dit « expert » a développé au fil du temps une connaissance approfondie de sa maladie. Il est acteur de sa propre santé et peut intervenir en tant que personne ressource. Cela favorise le partage d'expériences au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

MOTS CLÉS

ASSOCIATION

PAIR-AIDANCE

PATIENT
PARTENAIREPOLITIQUE
DE SANTÉ

Stéphane Waha

Pair-aidant bénévole et animateur de groupes de parole pour les personnes bipolaires et leurs proches, association Le Funambule (Belgique), formateur pour l'association Smes (santé mentale et inclusion sociale), Schaerbeek (Belgique)

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

LA PAIR-AIDANCE : QUAND DES PATIENTS DEVIENNENT DES COLLÈGUES

Dans le système d'accompagnement social et de soin, les politiques à l'œuvre postulent que la place de l'usager, du bénéficiaire ou du patient est centrale. L'approche globale doit être holistique et humaniste. Cependant, les équipes ont parfois des difficultés à traduire ces principes dans leur pratique. Pour y parvenir, certaines travaillent avec des pairs-aidants.

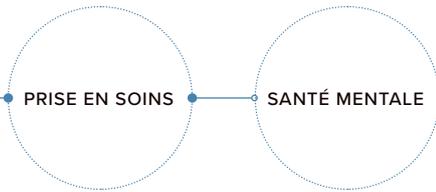
Si l'entraide entre des individus qui partagent des circonstances de vie similaires existe depuis la nuit des temps, l'engagement d'anciens patients ou bénéficiaires en tant que pairs-aidants*, dans des équipes de professionnels du soin ou du secteur social, est plus récent. Il est difficile de distinguer les différentes manières de dénommer ces personnes : pairs-aidants, patients-partenaires, experts du vécu... Elles ont toutes en commun le fait d'avoir vécu des ruptures majeures de leur parcours de vie, de s'en être rétablies et d'essayer de s'en servir : pour aider d'autres personnes qui vivent des situations similaires, ou pour améliorer les pratiques, institutions et politiques publiques. Au final, seule la notion de patient permet d'identifier les secteurs dans lesquels œuvrent les patients-partenaires.

Les contextes, missions et finalités de la pair-aidance peuvent différer. En Belgique francophone, les pairs-aidants se trouvent en première ligne dans des domaines très variés : santé mentale, addictions, précarité, travail de rue, logement, violences, travail du sexe... Leur vécu et leur parcours de vie peuvent aider des personnes confrontées à des difficultés semblables. C'est le fondement de la pair-aidance : être pair et essayer d'être aidant en utilisant son histoire, son parcours de rétablissement et ses ressources.

LES PLUS-VALUES DE LA PAIR-AIDANCE

Par sa simple présence, le pair-aidant témoigne du fait qu'il est possible de reprendre sa vie en main. Il instille et soutient l'espoir, sans lequel il n'existe pas de « carburant » pour s'engager sur le chemin du rétablissement. La relation de pair, quant à elle, s'établit dans un rapport épistémique particulier, un langage commun, une certaine proximité et une horizontalité permettant au lien de se (re)créer et de se renforcer. Sans lien, pas d'accompagnement possible. De manière plus ou moins formelle, le pair-aidant partage le savoir qu'il a tiré de son expérience de vie, sa connaissance du réseau, ses outils, c'est-à-dire tout ce qui lui a permis de « tracer sa route » et de mobiliser des ressources pour aller mieux. Ce savoir expérientiel est singulier, au sens où il n'est pas intimement accessible à celui qui n'a pas traversé des circonstances de vie semblables. Même si le chemin de chacun est différent, le pair-aidant peut inspirer, soutenir, fournir des outils et, parfois permettre de « prendre des raccourcis ». Sans carte pour trouver son chemin ni équipement adéquat, la quête est toujours plus ardue. Des études scientifiques^(1,2) démontrent les apports de la pair-aidance du point de vue des personnes accompagnées. Pour elles, cette dernière coule de source, alors qu'il n'en va pas toujours de même pour les équipes.

*Lire partout : pair-aidant.e, professionnel.le



Le savoir expérimentiel du pair-aidant est singulier : il n'est pas intimement accessible à celui qui n'a pas traversé des circonstances de vie semblables

LES FREINS AU DÉVELOPPEMENT DE LA PAIR-AIDANCE

Les équipes pluridisciplinaires qui souhaitent engager un pair-aidant passent par des phases de questionnement intense. Va-t-il rechuter ? Résistera-t-il au stress ? Être confronté à des situations vécues ne risque-t-il pas de résonner au point de le faire décompenser ? Toutes ces questions sont légitimes et se posent dans toutes les équipes avec lesquelles nous réfléchissons à la place et à la valeur ajoutée d'un pair-aidant. En effet, il n'est pas toujours simple de considérer un ancien patient ou bénéficiaire comme un collègue à part entière. Il est donc crucial que les équipes préparent l'arrivée d'un pair-aidant en amont de son engagement, afin de travailler sur les représentations et d'identifier la manière dont il va les aider à améliorer leurs pratiques professionnelles. En renforçant l'espoir, en apportant des connaissances et une manière de faire spécifiques, le pair-aidant est bénéfique à l'équipe. La complémentarité des savoirs et pratiques apparaît alors clairement⁽³⁾.

PAIR-AIDANCE ET ACTION POLITIQUE

Ces dernières années, nous assistons à une accélération des décisions politiques en faveur de la pair-aidance⁽⁴⁾. Ces évolutions témoignent d'une réelle prise en compte des savoirs expérimentiels et de sa plus-value. Pour favoriser le déploiement de la pair-aidance, il est fondamental de soutenir la professionnalisation des acteurs de celle-ci. La formation des pairs-aidants paraît essentielle pour leur permettre de développer leurs compétences professionnelles, dans

le cadre d'équipes pluridisciplinaires mais également dans d'autres contextes. Développer une formation initiale et continue accessible au plus grand nombre est central, ce qui n'est pas le cas pour le moment. Ces formations devraient utiliser un référentiel de compétences explicite et proposer une certification afin de renforcer la position des pairs-aidants sur le marché du travail. Ces derniers devraient quant à eux définir leur identité propre, leurs valeurs et leur code de conduite. Sur tous ces plans, des travaux existent déjà⁽⁵⁾. Il serait nécessaire maintenant de s'en saisir et de les adapter à notre réalité.

FINALITÉS DE LA PAIR-AIDANCE

Les acteurs de la pair-aidance ne doivent pas oublier qu'ils interviennent au bénéfice des personnes accompagnées, afin qu'elles puissent se rétablir et déployer leur plein potentiel. À ce titre, ils devraient être inclus dans les réflexions sur les accompagnements et les prises en soins, afin de co-construire une vision commune.

BIBLIOGRAPHIE

1. Roelandt JL, Staedel B. L'expérimentation des médiateurs de santé pairs : une révolution intranquille. Douin ; 2016.
2. Collectif. Mettre en œuvre la pair-aidance. Santé mentale 2020 ; 248.
3. Cellard C, Franck N. Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée. Elsevier ; 2020.
4. Conseil supérieur de la santé (Belgique). Le contact avec et entre pairs dans les soins de santé mentale. CSS N°9743, février 2024.

<https://fedabxl.be/nl/2024/02/conseil-superieur-de-la-sante-les-contacts-entre-pairs-meritent-une-place-structurale-dans-les-soins-de-sante-mentale/>

5. Haute Autorité de santé. Développer le recours aux pairs-aidants. Grande précarité et troubles psychiques. Recommandations de bonne pratique ; 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_prekarite_troubles_psy_fiche_outil_pairs_aidants.pdf

PROMOTION DE LA SANTÉ

MOTS CLÉS

AUTONOMIE

DOMICILE

EXPÉRIENCE
PATIENT

PARTENARIAT

L'EXPÉRIENCE PATIENT, UN LEVIER POUR LE MAINTIEN À DOMICILE

À l'Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile, le développement d'une stratégie de prise en soins a mené à un travail sur la mise en valeur des bonnes pratiques actuelles pour transformer la culture et mettre en place, dans un second temps, une organisation fondée sur l'expérience patients.



Soraya Hamache-Potin
Directrice du centre des pratiques interprofessionnelles, Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD)

Valérie Mégevand
Directrice adjointe des projets stratégiques, Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD)

Les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

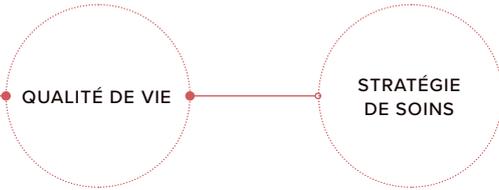
Les soins à domicile représentent une composante essentielle du système de santé moderne. Ils permettent aux patients de recevoir des soins médicaux et de santé, tout en maintenant une qualité de vie optimale et en renforçant leur autonomie. Cependant, pour garantir l'efficacité de ces soins et plus généralement des actions de santé, il est crucial de développer un partenariat solide entre les professionnels de santé, le patient et ses proches. L'Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD, *encadré 1, figure 1*) veille à mettre en place ce partenariat dans les actions qu'elle mène. L'intérêt pour le partenariat patient est croissant, et les résultats des expériences menées

montrent l'impact positif de celui-ci sur l'efficacité et l'efficience des soins et des prises en charge systémiques, afin de permettre le maintien au domicile le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions et selon la volonté du patient et de ses proches. La recherche continue dans ce domaine est essentielle pour renforcer notre compréhension de ses enjeux et améliorer les pratiques de partenariat.

Les publications sur le sujet se concentrent sur le secteur hospitalier et les cabinets ou centres médicaux ; pour les soins à domicile, même si le partenariat paraît évident depuis toujours, il n'existe que trop peu de publications sur le sujet.

FIGURE 1.
Les 9 objectifs stratégiques de l'Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD).





LE PARTENARIAT ET LE MAINTIEN À DOMICILE

La notion de partenariat de soins correspond à une relation de coopération/collaboration entre les patients, les proches aidants et les intervenants, contribuant conjointement à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient⁽¹⁾.

Ce partenariat repose sur une communication ouverte et une collaboration étroite, permettant de répondre aux besoins spécifiques du patient et d'assurer une continuité des soins et du maintien à domicile. À domicile, la question de ce partenariat ne se pose pas en ce qui concerne la réalisation des soins, puisque nous intervenons au domicile du patient et, de fait, nous devons adapter la prise en charge au contexte qui est le sien. Par ailleurs, dans certaines situations, nous intervenons tout au long de la vie du patient. Il se crée donc naturellement un partenariat, dans la durée, pour que la prise en charge soit optimale, qualitative et satisfaisante.

La pratique professionnelle de l'IMAD intègre *de facto* le patient et ses proches par des évaluations de situations, des coordinations avec les différents professionnels de santé, ainsi que plusieurs projets. Plus concrètement, dans l'activité quotidienne de l'IMAD, les professionnels sont « référents », c'est-à-dire garants d'une prise en charge coordonnée en faveur de la continuité des soins intégrés au parcours de vie du patient. Ce dernier est alors un partenaire habilité à émettre des choix de santé ; il peut développer, s'il le souhaite, des compétences de soins au travers des échanges avec le référent et il gagne ainsi en autodétermination. Le patient et ses proches restent les acteurs principaux, pour l'évaluation de l'ensemble de leurs besoins et la coordination interprofessionnelle organisée au sein du lieu de vie, qui définit les objectifs de vie.

Plus spécifiquement, le patient et ses proches pilotent, par exemple, les itinéraires cliniques de réadaptation ou de chirurgie dont ils font partie intégrante, en définissant conjointement avec les professionnels de santé les objectifs fonctionnels favorisant le « bien vivre » à domicile.

ENCADRÉ 1

L'Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD)

L'Institution genevoise de soins et d'assistance à domicile (IMAD) est une institution publique du canton de Genève, en Suisse.

Trois missions : soutenir, soigner, former. IMAD a pour mission de fournir des soins, de l'assistance, du soutien social et du répit, en favorisant l'accompagnement des bénéficiaires en les aidant à rester autonomes à domicile, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire en partenariat avec les soignants et en coordination avec d'autres fournisseurs de soins. Ses prestations comprennent les soins habituels réalisés à domicile, des soins d'ergothérapie, des interventions pour favoriser la sécurité à domicile, la prévention et la promotion de la santé (actions communautaires et lien fort avec les communes), l'accueil dans des maisons de santé ou encore des coordinations d'itinéraires cliniques, par exemple.

Quelques chiffres :

- environ 18 000 patients pris en charge,
- 2 500 collaborateurs et une grande palette de métiers (infirmiers, aides à domicile, ergothérapeutes, diététiciens, gérants sociaux, etc.),
- une obligation d'accueil inscrite dans la loi, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7,
- des prestations couvertes par l'assurance maladie de base (LaMal) et d'autres prises en charge par le patient.

Une organisation décentralisée avec :

- 40 équipes en proximité de la population à domicile et 6 équipes cantonales spécialisées (hospitalisation à domicile, oncologie, pédiatrie, santé mentale, soins palliatifs, etc.),
- 2 unités d'accueil temporaire (38 lits),
- 29 immeubles comprenant un encadrement pour personnes âgées (soutien et activités).

Il est crucial de développer un partenariat solide entre les professionnels de santé, le patient et ses proches

L'EXPÉRIENCE PATIENT ET LA STRATÉGIE INSTITUTIONNELLE

Pour favoriser le maintien à domicile, nous avons travaillé, en amont de l'organisation autour de l'expérience patient, sur la vision et la stratégie institutionnelle (*encadré 2*). L'intégration du concept de partenariat et de l'expérience patient est au cœur de cette stratégie. Cela implique de considérer l'expérience patient non seulement dans les soins et les actes de maintien à domicile, mais aussi dans toutes nos autres activités et dans les réflexions stratégiques de l'institution.

L'expérience patient est une dimension totalement transversale à l'organisation et l'enjeu du développement de celle-ci vise à considérer cette transversalité tout en assurant un pilotage

ENCADRÉ 2

Nos clients, notre raison d'être

L'accroissement des besoins de notre clientèle est significatif. Il s'exprime par une augmentation en âge, en complexité et en volume de prise en charge.

Le client a des « exigences » (nombre d'intervenants limité, niveau élevé de qualité des soins, horaires précis de prise en charge, etc.). Cette émancipation est accélérée et facilitée par les services numériques, l'accès à l'information (internet) ainsi que par l'incitation à ce que chacun devienne le « gestionnaire de sa santé ».

En miroir, on assiste à une complexification du réseau de soins; l'apparition de nouveaux acteurs fait émerger un fort besoin d'interprofessionnalité, de collaborations et de partenariats public-privé.

La navigation entre tous les acteurs du réseau de soins (médecins, hôpitaux, pharmaciens, assurances, associations,

etc.) devient compliquée. L'accompagnement de nos clients devient indispensable pour leur prise en charge.

L'accélération du virage ambulatoire (séjours à l'hôpital raccourcis, retour rapide au domicile, évolution des techniques et des pratiques médicales, etc.) exige une réactivité accrue, une anticipation des besoins de prise en charge et une forte coordination entre les différentes parties prenantes.

Le traitement sur le long terme de maladies chroniques (connues comme le diabète, voire qui le deviennent comme certains cancers) et l'allongement de l'espérance de vie influent tant sur les niveaux de prestations attendus que sur leur technicité. En réponse, la prévention et la promotion de la santé, de même que l'éducation thérapeutique, prennent une place prépondérante au sein de nos politiques de santé.

La collaboration avec le patient et son retour d'expérience sont essentiels à tous les niveaux, au-delà des prestations de soins et de maintien à domicile

coordonné. Cette volonté stratégique s'est traduite par un regroupement, sous une même direction, des projets stratégiques et des axes de qualité, d'efficacité, d'innovation et d'expérience patient, afin de lier les enjeux stratégiques et les axes de développement de ces domaines dans une vision transversale.

L'expérience patient est bien évidemment intimement liée à la qualité des prestations, à l'organisation et à la satisfaction des patients et de leurs proches. Nos expériences, à ce stade, d'inclusion de patients dans des réflexions organisationnelles au sein de projets comme le développement de maisons de santé, les itinéraires cliniques et les équipes dédiées, ont d'ores et déjà montré des résultats prometteurs.

CULTURE COLLABORATIVE ET INTELLIGENCE COLLECTIVE

Le développement d'une culture de dynamique collaborative à tous les niveaux de notre institution a été insufflé et porté pour permettre aux collaborateurs de contribuer

activement à la transformation de l'organisation. Cette dynamique a permis de prendre conscience de l'importance de la collaboration et du retour d'expérience à tous les niveaux, au-delà des prestations de soins et de maintien à domicile. Cette dynamique collaborative a porté ses fruits dans divers projets stratégiques, où l'implication de tous les acteurs a conduit à des résultats positifs et à l'implication presque naturelle de patients dans les réflexions, dès le début, sans même disposer d'une organisation dédiée incitant et soutenant ces démarches.

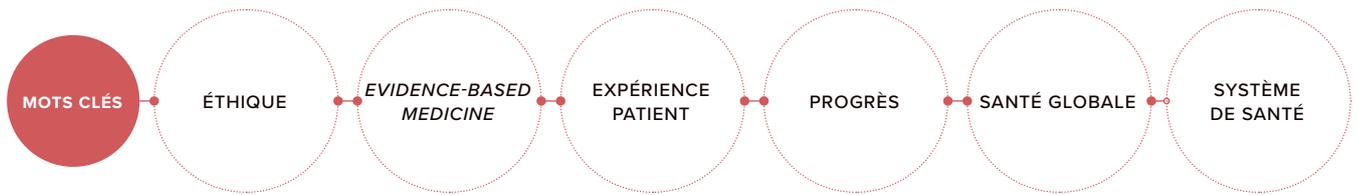
CONCLUSION

Choisir une stratégie et une évolution culturelle avant de construire une organisation d'expérience patient nous semble primordial. Cela permet de changer la culture organisationnelle et de faciliter, dans un second temps, l'implémentation d'une organisation adaptée, où le plus grand nombre est prêt à s'engager. C'est aussi une manière de considérer le partenariat avec le patient et ses proches comme un levier puissant pour améliorer la satisfaction, la qualité et l'efficacité de notre système de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Deschênes AA, Beaudry C, Laflamme J, Aguir M. La mesure de l'attraction dans les organisations situées en région périphérique : vers un modèle de l'attraction régionale des travailleurs du savoir. La Revue des sciences de gestion 2018/3 ; 191-192 : 13-22.

PROMOTION DE LA SANTÉ



COMPRENDRE L'ÉVOLUTION DE L'EXPÉRIENCE PATIENT

Au cours des cent cinquante dernières années, les avancées scientifiques et technologiques ont radicalement transformé la pratique médicale, améliorant considérablement l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, cette évolution s'est accompagnée d'une hyperspécialisation et d'une fragmentation des soins, centrés sur les maladies au détriment d'une approche globale du patient. Aujourd'hui, l'expérience patient émerge comme un levier essentiel pour repenser les systèmes de santé, en s'ancrant dans des valeurs éthiques et innovantes.



Eduard Portella
Consultant international
en santé

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

La spécialisation croissante des connaissances médicales a permis des progrès spectaculaires (encadré 1). Toutefois, elle a introduit des limites organisationnelles et relationnelles, en rendant parfois difficile une prise en charge holistique. Ce constat a suscité des réactions de la part des professionnels de santé, visant à rééquilibrer la relation entre soignants et patients. Archibald Cochrane, par exemple, a jeté les bases de la médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*), tandis qu'Avedis Donabedian a mis en avant l'importance de la qualité dans les soins. Des initiatives telles que la gestion de la qualité inspirée de Toyota et le rapport de l'*Institute of Medicine, To Err is Human*, ont contribué à une meilleure sécurité des patients. Ces efforts reflètent une dynamique positive de développement des connaissances et de restructuration organisationnelle.

Parallèlement, l'émergence des maladies chroniques a nécessité une transition vers des modèles de soins centrés sur le patient. Cette approche vise à impliquer activement les patients dans la prise de décision, répondant ainsi à leurs besoins individuels tout en améliorant les résultats cliniques.

DES SYNERGIES TRANSFORMATRICES

Trois tendances majeures convergent pour redéfinir les systèmes de santé :

- **le patient au centre.** Dérivant des expériences avec les patients diabétiques, l'éducation thé-

rapeutique s'est imposée comme un modèle exemplaire. Des outils tels que le *Comprehensive Care Model* ont transformé la gestion des maladies chroniques, en renforçant l'autonomie des patients et en adaptant les soins à leurs attentes ;

- **la mesure des résultats.** Inspirés par les travaux d'Avedis Donabedian et Michael Porter (*Redefining Health Care, 2006*), les systèmes de santé mettent désormais l'accent sur la valeur créée pour le patient. Les indicateurs tels que les PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) et les PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) permettent de mesurer directement les expériences et résultats perçus par les patients, au-delà des processus cliniques ;

- **la transformation digitale.** Les nouvelles technologies redéfinissent les interactions entre les patients et les professionnels de santé. En réduisant l'asymétrie d'information, elles favorisent une prise de décision plus collaborative et introduisent des valeurs sociétales nouvelles. Ces tendances, en synergie, redessinent les modèles de soins, répondant aux attentes croissantes des patients tout en renforçant le professionnalisme des soignants.

Les progrès scientifiques illustrent l'évolution constante de la médecine moderne et les nouvelles possibilités offertes aux patients

ENCADRÉ 1

Des avancées scientifiques et médicales majeures

Durant ces 150 dernières années, plusieurs progrès scientifiques ont transformé les soins et la prise en charge des maladies :

- **les vaccins.** Depuis le vaccin contre la variole d'Edward Jenner en 1796, la vaccination a permis d'éradiquer ou de contrôler de nombreuses maladies telles que la poliomyélite, la rougeole et la grippe ;
- **Les antibiotiques.** La pénicilline, découverte par Alexander Fleming en 1928, a sauvé des millions de vies en révolutionnant le traitement des infections ;
- **l'imagerie médicale.** Les rayons X en 1895 et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 1977 ont permis des diagnostics précis et non invasifs ;
- **les thérapies géniques et la médecine personnalisée.** Depuis

la découverte de l'ADN (1953), les innovations comme le système CRISPR (*Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats* – outil de modification du génome) ouvrent la voie à des traitements adaptés aux spécificités génétiques des patients ;

- **l'immunothérapie.** Les avancées récentes en oncologie, comme les cellules CAR-T, améliorent le pronostic de nombreux cancers ;
- **la chirurgie mini-invasive.** Des techniques comme le TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*, implantation d'une valve aortique par voie percutanée) en 2002, ainsi que la robotique, transforment les interventions chirurgicales, réduisant les risques et le temps de convalescence.

Ces progrès illustrent l'évolution constante de la médecine moderne et les nouvelles possibilités offertes aux patients.

L'expérience patient est un concept ancré dans des valeurs fondamentales et une cohérence éthique

UN LEVIER D'INNOVATION

L'expérience patient (PX) est un concept ancré dans des valeurs fondamentales et une cohérence éthique. Elle repose sur une vision holistique qui englobe les dimensions cliniques, humaines et organisationnelles des soins. En tant qu'outil d'innovation, elle offre une base pour des modèles de financement novateurs, comme la santé basée sur la valeur (*value-based healthcare*).

Cependant, limiter l'expérience patient à la seule notion de « patient partenaire » réduit son champ d'application. Une telle approche risque de passer à côté de son potentiel transformateur, en évitant d'adresser les défis systémiques. Au contraire, une intégration pleine et entière de l'expérience patient dans les stratégies de santé permettrait de répondre aux enjeux actuels, qu'ils soient liés à la qualité des soins, à l'efficacité ou à la satisfaction des patients.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ HUMAINS ET PERFORMANTS

Les systèmes de santé du futur devront conjuguer technologie et humanité. La PX, en tant que catalyseur, permet d'équilibrer ces deux dimensions. La transformation digitale, tout en réduisant les coûts et en améliorant l'efficacité, ne doit pas éclipser la nécessité de relations humaines solides. Les professionnels de santé, formés à intégrer les retours des patients, pourront créer un cercle vertueux, où innovation et compassion se renforcent mutuellement.

CONCLUSION

L'expérience patient est bien plus qu'une mode ou un élément secondaire des systèmes de santé. Elle représente une évolution nécessaire pour améliorer la qualité des soins, la satisfaction des patients et les résultats cliniques. Toutefois, son plein potentiel dépendra de notre capacité à l'intégrer à tous les niveaux des organisations de santé, des processus aux gouvernances. En répondant aux attentes des patients tout en valorisant les professionnels, la PX octroie une opportunité unique pour créer des systèmes de santé plus humains, adaptés et performants.

BIBLIOGRAPHIE

- Cochrane A.L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Hodder Education Publishers.
- Donabedian A. (1966). *Evaluating the Quality of Medical Care*. *Milbank Quarterly*.
- Institute of Medicine (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press.
- Porter M.E., Teisberg E.O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press.

- Liker JK, Ballé M, Beauvallet G, Sperry M. (2009). *Le modèle Toyota : 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Pearson.

- National Health Service (NHS) England (2018). *PROMs and PREMs. Patient Reported Measures Guidance*. <https://www.england.nhs.uk/>

- Organisation mondiale de la santé (2021). *Transforming and Scaling Up Health Professional Education and Training*. World Health Organization.

MOTS CLÉS

CERTIFICATION

DÉMOCRATIE
ESTUDIANTINEÉTUDIANT
TRACEUR

EXPÉRIENCE

FORMATION

HANDICAP

QUALIOPi

QUALITÉ

L'ÉTUDIANT TRACEUR, UNE APPROCHE NOVATRICE

Les écoles du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Tours, déjà engagées dans la démarche de certification Qualiopi, ont renforcé leur approche en expérimentant l'étudiant traceur, inspirée de la méthode du patient traceur définie par la Haute Autorité de Santé (HAS). Menée entre mars et juin 2023, cette expérimentation s'est basée sur le vécu et l'expérience singulière d'un étudiant en situation de handicap afin d'identifier les points forts et les axes d'amélioration du parcours de formation.



Fabienne Tardivo
Cadre de santé formatrice,
master Promotion et gestion
de la santé, DU Handicap
Pratiques et Recherches,
Écoles du CHRU de Tours



Laurence Gilbert
Cadre de santé formatrice,
master Situations de handicap
et participation sociale,
Écoles du CHRU de Tours



Cidàlia Moussier
Directrice des soins,
CHRU Tours

Les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Avec l'intégration des formations paramédicales dans le cadre du cursus licence-master-doctorat (LMD) en 2009, la démarche qualité en formation est devenue incontournable. Deux circulaires^(1,2) ont établi le cadre nécessaire pour ce processus d'universitarisation des formations paramédicales.

L'année 2015 a marqué un tournant important avec la publication du décret du 30 juin relatif à la qualité des actions de formation professionnelle⁽³⁾. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, il impose aux organismes de formation de respecter les exigences demandées, en remplissant les 21 indicateurs du Datadock. La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel⁽⁴⁾ a renforcé cette obligation pour les prestataires de formation concourant au développement des compétences. Ceux-ci doivent désormais détenir, au 1^{er} janvier 2021, la certification qualité conformément au décret du 6 juin 2019 relatif au référentiel national Qualité⁽⁵⁾ (Certification Qualiopi) pour pouvoir bénéficier de fonds publics ou mutualisés. Cependant, en raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19, l'obligation de certification a été reportée au 1^{er} janvier 2022. Dès 2018, l'Institut de formation des professions de santé (IFPS) du Centre hospitalier régional uni-

versitaire (CHRU) de Tours, qui regroupe plusieurs entités – l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), l'Institut de formation des aides-soignants (Ifas), l'Institut de formation des ambulanciers (IFA), l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), l'Institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale (Ifmem), l'Institut de formation régional des techniciens de laboratoire (IFRTL), les écoles d'infirmiers anesthésistes (Elade) et de Bloc Opératoire (Elbode), ainsi que le Centre de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière (CFPPH) – a structuré une démarche qualité en mettant en place un comité de pilotage (Copil). Celui-ci a eu pour mission d'élaborer une cartographie des processus. La description de ceux-ci a ensuite été initiée par les équipes pédagogiques et administratives des instituts et des écoles de formation. Toutefois, ce travail a été interrompu par la crise sanitaire liée à la Covid-19. Afin de répondre aux exigences de la certification Qualiopi et dans l'objectif d'instaurer une démarche d'amélioration continue des pratiques sur l'ensemble du périmètre concerné par la certification, la démarche qualité initiale a été relancée en 2021. Cette reprise inclut désormais toutes les entités et formations soumises à la certification,

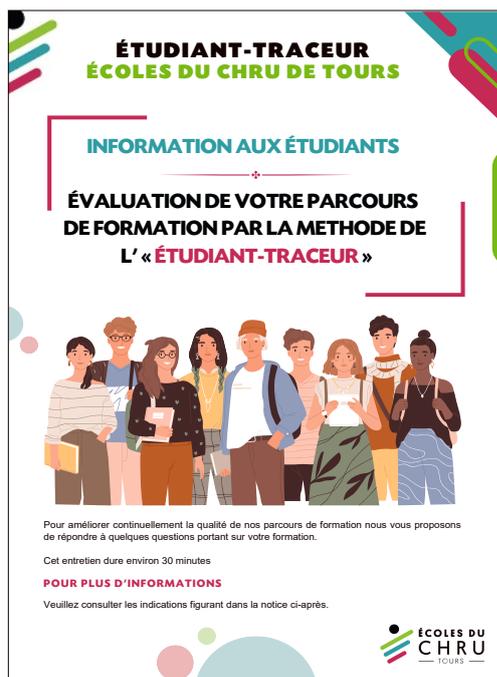


FIGURE 1.
Plaquette d'information
des étudiants.

soit le périmètre des écoles du CHRU de Tours. Elle inclut, en plus de l'IFPS, le Centre de formation par apprentissage (CFA) Santé Val-de-Loire, le département de développement professionnel (DDP), l'école de sage-femmes et le Centre d'enseignement de soins d'urgence (CESU).

Dès lors, les écoles, en coordination avec la direction qualité du CHRU, renforcent et développent une véritable stratégie qualité, formalisée dans un manuel qualité comprenant la politique qualité gestion des risques. Parmi les six orientations définies dans cette politique, la promotion de formations inclusives et le recueil de la satisfaction ainsi que des réclamations des bénéficiaires de la formation sont deux axes essentiels. Ces orientations sont des priorités à renforcer pour répondre aux exigences du référentiel Qualiopi, notamment le critère 7 du référentiel national Qualité mentionné à l'article L.6316-3 du Code du travail.

En réponse à ces exigences, les écoles du CHRU de Tours ont mis en place une structuration depuis 2018, avec la désignation de deux formatrices référentes handicap au sein des écoles, à qui un temps dédié a été alloué pour l'élaboration et le suivi des aménagements destinés aux étudiants en situation de handicap, en fonction de leurs besoins spécifiques. Ces référentes handicap travaillent en étroite collaboration avec les formateurs référents pédagogiques de chaque étudiant.

Concernant le recueil de la satisfaction des parties prenantes, y compris des bénéficiaires de la formation, un dispositif de collecte a été instauré à une périodicité définie. Ce système incluait un mécanisme de relance et permettait une libre expression. Il reposait sur des questionnaires de satisfaction, intégrant deux questions ciblées pour les étudiants ayant bénéficié d'un suivi spécifique

en lien avec leur situation de handicap. Aucune réponse n'a été obtenue à ces deux questions ciblées parmi les 20 % de répondants. Dans ce contexte, il a été décidé d'expérimenter l'utilisation de l'étudiant traceur, inspiré de la méthode du patient traceur définie par la Haute Autorité de Santé (HAS), afin de recueillir la satisfaction et les appréciations des apprenants en situation de handicap.

L'EXPÉRIMENTATION

L'étudiant traceur est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques en formation, inspirée de la méthode du patient traceur de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁽⁶⁾, utilisée dans les établissements de santé. Cette méthode permet d'analyser collectivement et *a posteriori* le parcours de formation d'un étudiant. Son objectif est de comparer la pratique réelle de la formation aux pratiques de référence, telles que les référentiels de formation, la certification Qualiopi, le projet pédagogique, la réglementation, ainsi que les recommandations ; par exemple, celles de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph⁽⁷⁾).

Elle prend en compte les perceptions des bénéficiaires et les croise avec l'analyse du dispositif de formation proposé. Elle permet ainsi d'évaluer des aspects tels que l'accueil et l'organisation de la formation, l'interface entre les instituts et les terrains de stage, ainsi que la prise en compte des situations singulières, comme celle des bénéficiaires en situation de handicap. À l'instar de la méthode du patient traceur, l'étudiant traceur repose sur quatre étapes :

- le profil du bénéficiaire/étudiant traceur,
- un entretien avec le bénéficiaire/étudiant, après obtention de son consentement,
- une rencontre avec l'équipe pédagogique et administrative impliquée dans le parcours de ce bénéficiaire/étudiant,
- la mise en place et le suivi d'un plan d'action.

L'expérimentation a porté sur l'accueil d'un étudiant en situation de handicap en formation au sein de l'IFSI. Elle a impliqué la construction d'une grille d'entretien pour le bénéficiaire/étudiant et les équipes, en s'appuyant sur les recommandations de l'Agefiph et l'organisation prévue au sein des écoles pour l'accueil et l'accompagnement des étudiants en situation de handicap.

La grille d'entretien comprenait deux parties : une présentation de l'étudiant, de son profil et de son parcours de formation, ainsi que les questions destinées à l'étudiant et à l'équipe. Les questions portaient sur trois étapes du parcours de formation :

- l'accueil et l'élaboration d'un parcours de formation adapté à la situation de handicap,

M., étudiant infirmier en fin de 3^e année porteur d'un implant cochléaire

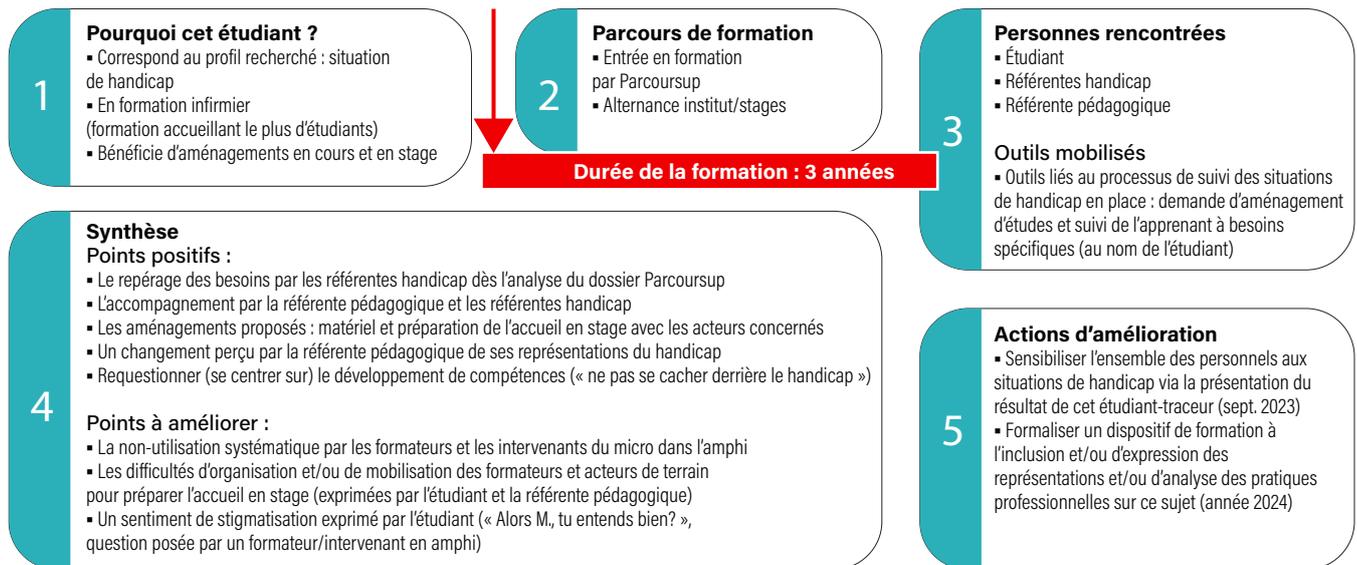


FIGURE 2.

Fiche de synthèse de l'accompagnement d'un étudiant en situation de handicap.

- l'accompagnement tout au long de la formation,
- le suivi post-formation.

Pour cette expérimentation, l'étudiant traceur est un jeune homme en situation de handicap, porteur d'un implant cochléaire. Il est étudiant infirmier en fin de troisième année et a bénéficié d'aménagements pour les enseignements théoriques (cours) et cliniques (stages).

L'étudiant a été informé de la démarche à l'aide d'une plaquette d'information (*figure 1*) spécifiquement élaborée à cet effet, et son consentement a été recueilli. Il a ensuite participé à l'entretien programmé de 30 minutes, mené par l'un des pilotes de la démarche qualité, formé à la méthode du patient traceur, en présence des deux formatrices référentes handicap. La formatrice référente pédagogique de cet étudiant a également été rencontrée lors d'un entretien programmé, mené par les deux référentes handicap.

Cette expérimentation a fait l'objet d'une présentation et d'un rappel méthodologique auprès des deux référentes handicap et, plus largement, auprès des équipes lors d'un temps de communication institutionnelle (le « flash Info Qualité » des écoles du CHRU de Tours). Avant cette présentation, une sensibilisation sur le thème du handicap en formation a été réalisée.

UN BILAN ENCOURAGEANT

L'expérimentation, menée entre mars et juin 2023, a permis, grâce à une fiche de synthèse immédiate, d'identifier les points forts et les axes d'amélioration dans l'accompagnement des étudiants en situation de handicap au sein des écoles du CHRU de Tours (*figure 2*). Parmi les points d'amélioration relevés, l'étudiant a exprimé un ressenti de stigmatisation à la suite de certains propos d'un formateur/intervenant, bien que ces derniers n'aient pas été intentionnellement discriminants.

LES ENJEUX ET PERSPECTIVES

L'approche qualitative de la méthode de l'étudiant traceur a permis de croiser la perception de l'étudiant avec celle des formateurs, tout en comparant les pratiques réelles aux pratiques attendues. Cette démarche a créé une véritable dynamique d'échanges et a permis de remettre en question les pratiques en place, favorisant ainsi une amélioration continue de l'accompagnement des étudiants en situation de handicap. L'expérimentation a, par ailleurs, offert l'opportunité de mener une réflexion collective en équipe sur la prise en compte du handicap en formation, en identifiant des leviers pour améliorer l'inclusion dans les parcours pédagogiques^(8,9).

En impliquant directement l'étudiant dans l'évaluation de son propre parcours, la méthode contribue à une forme de démocratie estudiantine en intégrant la parole de l'étudiant dans le processus d'évaluation. Cette approche permet non seulement de mieux comprendre les besoins réels des étudiants, mais aussi de leur donner une voix dans le processus de développement de la formation. Selon plusieurs théories pédagogiques, comme celles de l'apprentissage par la réflexion ou du constructivisme, l'implication des acteurs (étudiants, formateurs, tuteurs) dans le processus d'évaluation et de réajustement des parcours éducatifs améliore la pertinence des formations et renforce leur efficacité.

Impliquer des étudiants en situation de handicap dans leur parcours permet également de valoriser leurs expériences personnelles, ce qui crée des conditions propices à une meilleure personnalisation de la formation. D'un point de vue théorique, cette inclusion directe des personnes en situation de handicap dans la co-construction de leur parcours contribue à une pédagogie différenciée et à une meilleure prise en compte des singularités. Cela permet d'adapter les pratiques pédagogiques

La méthode de l'étudiant traceur a permis de croiser la perception de l'étudiant avec celle des formateurs

à la diversité des étudiants, favorisant ainsi une plus grande équité dans l'accès à la réussite. Malgré l'intérêt de cette expérimentation, celle-ci présente certaines limites. En effet, une seule expérimentation n'a pas permis de mesurer l'impact de la méthode à grande échelle ni d'affiner les ajustements nécessaires dans le parcours de formation. La diversité des profils des étudiants en situation de handicap n'a pas été pleinement explorée, ce qui constitue une limite dans l'analyse des besoins spécifiques. En outre, la méthode pourrait bénéficier d'une extension aux maîtres de stage et/ou aux tuteurs de stage afin de mieux travailler l'interface entre les instituts de formation et les terrains de stage au sein des établissements de santé. Les maîtres de stage et les tuteurs, en tant qu'acteurs clés dans le parcours de l'étudiant, jouent un rôle déterminant dans l'accompagnement au quotidien et pourraient fournir un retour d'expérience précieux sur la mise en place des aménagements pédagogiques et la gestion du handicap en milieu professionnel. Afin de renforcer la méthode et d'étendre son impact, il serait pertinent de renouveler l'expérimentation en impliquant des profils d'étudiants plus diversifiés, notamment des étudiants présentant des troubles du neurodéveloppement tels que la dyslexie, la dysorthographe... qui sont très représentés dans les formations paramédicales. Cette diversification permettrait de mieux comprendre les spécificités de chaque situation de handicap et de proposer des solutions encore plus adaptées. Une autre piste serait de s'engager dans la dé-

marche d'accompagnement de l'Agefiph pour bénéficier de ses ressources et approfondir les actions d'inclusion, renforçant ainsi les pratiques inclusives au sein des écoles du CHRU de Tours et en garantissant la pérennité des actions engagées.

CONCLUSION

Cette expérimentation a mis en évidence l'importance de la démocratie estudiantine, qui repose sur la participation active des étudiants dans l'évaluation de leur parcours de formation. Pour les étudiants en situation de handicap, cette démarche devient un levier essentiel de leur autonomie et de leur réussite, en leur offrant des espaces où ils peuvent exprimer leurs besoins et influencer les pratiques pédagogiques et organisationnelles. L'intégration des étudiants dans l'évaluation et l'amélioration de leur formation, notamment par la généralisation de la méthode de l'étudiant traceur, leur permet de faire entendre leur voix et de co-construire des solutions adaptées à leur parcours. Cette approche favorise une collaboration renforcée entre étudiants, équipes pédagogiques et administratives, dont le rôle du référent pédagogique est central avec un accompagnement qui se construit « à partir d'une relation réciproque, basée sur la complémentarité de deux personnes qui cheminent et découvrent ensemble le chemin au fur et à mesure qu'elles avancent. »⁽¹⁰⁾

Oser parler de son handicap, tant dans le cadre de la formation que dans l'exercice futur du métier, devient ainsi un acte fondateur de cette démocratie, qui doit être soutenu et encouragé par l'ensemble de la communauté pédagogique dans les écoles et instituts de formation, ainsi que par la communauté professionnelle dans les établissements de santé. Cette démarche est essentielle pour garantir une pleine inclusion des professionnels en situation de handicap, non seulement pendant leur parcours de formation, mais aussi dans leur exercice professionnel à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat conseils régionaux - universités - IFSI, https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0104.pdf
2. Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD), https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0105.pdf
3. Décret n° 2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la

qualité des actions de la formation professionnelle continue. <https://www.legifrance.gouv.fr>

4. Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. <https://www.legifrance.gouv.fr>
5. Décret n° 2019-565 du 6 juin 2019 relatif au référentiel national sur la qualité des actions concourant au développement des compétences. <https://www.legifrance.gouv.fr>
6. Haute Autorité de santé (HAS). (2016). Le patient traceur : Démarche d'analyse en équipe du parcours du patient. Guide méthodologique. <https://www.has-sante.fr>
7. Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph) (2024).

Conseil et accompagnement : des solutions pour une entreprise engagée et inclusive. <https://www.agefiph.fr/aides-handicap/conseil-et-accompagnement-des-solutions-pour-une-entreprise-engagee-et-inclusive>

8. Revillard, A. (2020). Des droits vulnérables : Handicap, action publique et changement social. Presses de Sciences Po.
9. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2024). Bulletin officiel n° 28 du 11 juillet 2024. Étudiants en situation de handicap. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/>
10. Rached, P. (2019). L'accompagnement des étudiants : modalités et enjeux. <https://www.researchgate.net/>

L'INTÉGRATION DES PATIENTS PARTENAIRES FACILITÉE PAR LE CADRE DE SANTÉ

RETOUR SUR L'EXPÉRIENCE D'UNE ÉQUIPE DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE



Coralie Robineau
Cadre de santé, service chirurgie digestive hépatobiliaire et transplantation hépatique, CHRU de Tours

L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

L'intégration d'un patient partenaire dans les parcours de soins représente une avancée majeure en santé. Ce concept valorise l'expérience vécue des patients et contribue à améliorer les prises en charge. Au CHRU de Tours, cette démarche est mise en œuvre, dans le service de transplantation hépatique, par l'intermédiaire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Depuis 2014, des patients témoins partagent leur expérience avec les futurs greffés, apportant un soutien concret et complémentaire à celui des professionnels de santé. En 2022, un projet innovant a été lancé : former un patient partenaire au diplôme universitaire d'éducation thérapeutique, afin de renforcer son rôle au sein de l'équipe. Soutenu par cette dernière et financé par l'établissement, ce projet a permis d'officialiser la participation active du patient partenaire dans des ateliers, en co-animation, ainsi que dans des groupes de parole. Cette collaboration a été formellement encadrée par une convention avec le service et une déclaration auprès de l'agence régionale de santé (ARS).

Le cadre de santé est central dans cette dynamique. Il prépare l'équipe, gère les résistances, clarifie les rôles et veille à la qualité des échanges. Son rôle de régulateur est essentiel pour équilibrer l'expertise clinique et le vécu, garantir un cadre sécurisé et accompagner la gestion des émotions inhérentes à l'ETP. Cette vigilance contribue à la réussite de ce modèle de collaboration, tout en répondant aux défis éthiques et organisationnels.

Cette expérience démontre que l'intégration des patients partenaires, bien encadrée, améliore la qualité des soins, renforce la confiance des patients et ouvre de nouvelles perspectives pour le management en santé.

Au sein de l'équipe de coordination en transplantation hépatique du CHRU de Tours, le cadre de santé joue un rôle central dans l'intégration du patient partenaire. Ce retour d'expérience illustre comment l'expertise clinique et le vécu expérientiel s'unissent pour co-construire des soins innovants.

L'INTÉGRATION D'UN PATIENT PARTENAIRE

Depuis quelques années, le concept de patient partenaire prend son essor en France, reconnaissant le patient comme un acteur clé de son propre parcours de soins et le plaçant au cœur des décisions et des processus liés à sa santé. Cette intégration répond aux attentes croissantes des patients, ainsi qu'à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁽¹⁾ et aux recommandations de la Haute Autorité de santé^(2,3) (HAS). Celle-ci insiste sur le droit du patient à participer activement aux décisions le concernant et à bénéficier d'une information claire et accessible. La HAS encourage en outre les établissements de santé à privilégier une communication de qualité, une éducation thérapeutique approfondie, et une coresponsabilité dans les choix de traitement. Cette volonté s'inscrit dans le manuel de certification de la HAS au travers de la thématique « Patients, soignants, un engagement partagé ».

Au CHRU de Tours, cette approche est en cours de déploiement. Dans le service de transplantation hépatique, l'intégration d'un patient témoin lors des séances d'ETP⁽⁴⁾ a rapidement pris une place essentielle dès le déploiement du programme. Convaincue des bénéfices qu'une telle collaboration pourrait apporter, l'équipe a soutenu la volonté d'un patient de se former et a engagé diverses réflexions qui ont abouti à cette mise en place. Le rôle du cadre de santé y est central, garantissant la réussite de cette démarche tant sur le plan organisationnel que relationnel. Cet article explore les enjeux de cet accompagnement et les défis liés à l'intégration de patients partenaires⁽⁵⁻⁷⁾ dans les programmes d'éducation thérapeutique (*encadré 1*).



ENCADRÉ 1

Clarifier et partager la notion de patient partenaire

La notion de patient partenaire⁽⁵⁻⁷⁾ est un concept émergent dans le domaine de la santé. Il s'agit d'une personne ayant une expérience directe de la maladie, qui participe activement aux processus de soins et de décision, non seulement pour sa propre santé, mais également pour améliorer les pratiques de soin pour les autres patients. En France, la Haute Autorité de santé encourage cette approche en reconnaissant la valeur de l'expérience vécue par les patients pour enrichir la prise en charge et humaniser les soins. Le patient partenaire collabore avec les équipes de santé en apportant

son point de vue unique, issu de son vécu expérientiel, dans le but de co-construire les soins, les projets thérapeutiques, ou encore les programmes éducatifs. Ce partenariat vise à humaniser les soins, à enrichir la compréhension des besoins des patients, à renforcer la communication entre les patients et les professionnels et à favoriser la qualité des services de santé.

Intégrer un patient partenaire dans une équipe de coordination de greffes comporte des opportunités uniques mais aussi des défis, nécessitant un accompagnement spécifique du cadre de santé.

DE TÉMOIN À PARTENAIRE

Le programme de transplantation hépatique au CHRU de Tours a débuté en janvier 2011, sous l'impulsion du Pr Ephrem Salamé, chef du pôle pathologies digestives, hépatiques et endocriniennes et chef du service d'hépatobiliaire et transplantation hépatique. Depuis, l'équipe de coordination a évolué en nombre et en compétence. Aujourd'hui, cinq infirmières coordinatrices sont mobilisées pour assurer le suivi et la prise en charge de 78 patients en pré-transplantation et 510 patients post-transplantation. Le service totalise 1335 greffes depuis 2011 ; 445 patients sont suivis hors Tours à trois mois de la transplantation. Dès la création de l'ETP en 2014, le patient témoin a été intégré dans les séances en pré-transplantation. Il est choisi parmi les patients récemment greffés et toujours hospitalisés dans le service. Son intervention, à chaque session, permet de partager son expérience, renforcer le lien avec les nouveaux participants et faciliter une meilleure compréhension des défis quotidiens liés à la gestion de la maladie. Sa présence permet également d'enrichir les échanges, d'apporter un témoignage concret, et d'encourager les patients à se projeter dans leur propre parcours de soins, en complément des informations théoriques et pratiques fournies par les professionnels. Le fait que le patient témoin ne soit pas systématiquement le même oblige l'équipe à redéfinir un cadre et des objectifs clairs pour chaque séance. Dans une démarche constante d'amélioration du parcours de soins, le service de transplantation hépatique a développé le projet du premier patient partenaire formé à l'ETP au CHRU de Tours. Le choix s'est porté sur un patient transplanté hépatique depuis janvier 2022, déjà impliqué

comme patient témoin dans le programme d'ETP pré-transplantation. Motivé pour approfondir son engagement, il a sollicité l'équipe de coordination pour s'inscrire au diplôme universitaire de formation à l'éducation thérapeutique, proposé par l'université des patients de la Sorbonne, à Paris. Ce projet a été pleinement soutenu par l'équipe, le chef de service et l'encadrement (*encadré 2*). L'établissement a accepté de financer cette formation afin de soutenir et renforcer la démarche de collaboration avec les patients partenaires.

Ce projet a fait l'objet d'une convention de partenariat bénévole entre le CHRU de Tours et le patient partenaire, après l'intervention des services juridiques pour une relecture et une validation du fondement juridique de la démarche. Une déclaration auprès de l'agence régionale de santé Centre Val-de-Loire a permis l'intégration du patient partenaire à notre programme d'ETP (*encadré 3*).

LE CADRE DE SANTÉ, UN ACTEUR CLÉ

L'accompagnement, par le cadre de santé⁽⁸⁾, de l'intégration d'un patient partenaire au sein d'une équipe de coordination de greffes, est une démarche complexe mais porteuse de nombreux bénéfices. En assumant un rôle de facilitateur, le cadre de santé permet de créer un environnement de travail collaboratif, où l'expertise clinique et le vécu expérientiel des patients se rejoignent pour optimiser la qualité des soins. Pour réussir, cette intégration requiert une préparation minutieuse, une communication ouverte, une vigilance sur les messages à porter auprès des patients et un soutien continu de la part du cadre de santé. Ce dernier joue un rôle central dans la réussite de cette démarche innovante, à travers trois axes essentiels : Préparer l'équipe à l'intégration, Accompagner la résistance aux changements et Clarifier les attentes et les responsabilités.

PRÉPARER L'ÉQUIPE À L'INTÉGRATION

L'introduction d'un patient partenaire nécessite de préparer l'ensemble de l'équipe à ce changement. Il est essentiel de clarifier les objectifs de cette intégration et de s'assurer que chaque membre de l'équipe comprend les enjeux et les bénéfices de la démarche.

ACCOMPAGNER LA RÉSISTANCE AUX CHANGEMENTS

L'intégration de nouvelles pratiques, notamment la présence d'un patient partenaire, peut être source de résistance. Le cadre de santé doit accompagner cette évolution en identifiant et en accompagnant les réticences éventuelles, en instaurant un climat de confiance et en valorisant l'apport unique du patient partenaire.

CLARIFIER LES ATTENTES ET LES RESPONSABILITÉS

Afin d'assurer une collaboration optimale, il est crucial de clarifier les rôles et les attentes de chacun, tant pour les professionnels de santé que pour le patient partenaire. Une définition précise des responsabilités permet d'éviter les malentendus et de garantir une coopération fluide.

LA VIGILANCE DU CADRE DE SANTÉ

La vigilance du cadre de santé permet de maintenir un environnement de travail rigoureux, sécurisé et en adéquation avec les protocoles de soins et les objectifs définis. Elle assure que chacun évolue dans un contexte clairement défini, avec des rôles et des limites précises. Cette vigilance se traduit par trois actions concrètes : réguler l'équilibre entre expertise technique et expérience vécue, accompagner la gestion de l'émotionnel et positionner le patient partenaire dans la structure hiérarchique de l'équipe de soins.

RÉGULER L'ÉQUILIBRE ENTRE EXPERTISE TECHNIQUE ET EXPÉRIENCE VÉCUE

L'un des défis majeurs est de trouver un juste milieu entre l'expertise technique des soignants et l'expérience vécue du patient. Le cadre de santé doit veiller à ce que le patient partenaire ne soit ni sous-estimé dans ses apports, ni trop sollicité dans des domaines qui dépassent ses compétences. Avec l'équipe, il est primordial de réaliser un debriefing en fin de séances pour s'assurer que le message délivré est en corrélation avec les attendus.

L'expérience vécue soulève parfois des questions éthiques concernant la standardisation du discours, notamment sur des sujets sensibles comme la manière d'aborder la consommation d'alcool auprès des patients transplantés hépatiques.

ACCOMPAGNER LA GESTION DE L'ÉMOTIONNEL

L'ETP implique souvent des échanges empreints d'émotions, car le patient doit faire face à sa propre maladie tout en apprenant à jouer un rôle actif dans les soins des autres. Le cadre de santé doit veiller à ce que l'environnement soit propice à l'apprentissage et à la bienveillance, tout en offrant un soutien psychologique si nécessaire.

POSITIONNER LE PATIENT PARTENAIRE DANS LA STRUCTURE HIÉRARCHIQUE DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Le patient partenaire est un collaborateur complémentaire, sans lien hiérarchique avec le cadre de santé, mais souvent encadré par celui-ci pour coordonner ses interventions. Trouver le posi-

Le cadre de santé permet de créer un environnement de travail collaboratif, où l'expertise clinique et le vécu expérimentiel des patients se rejoignent

tionnement idéal pour établir un cadre de travail collaboratif peut s'avérer délicat et demande une certaine agilité.

LES OBJECTIFS DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'ETP ne se limite pas à une simple transmission d'informations médicales. Il s'agit d'un processus interactif et évolutif, qui permet au patient de mieux comprendre sa condition, d'acquérir des compétences d'auto-gestion, et de participer activement aux décisions concernant ses soins. Lorsqu'un patient devient partenaire dans une équipe de coordination de greffes, l'ETP joue un rôle clé en l'aidant à :

- acquérir une compréhension approfondie des processus médicaux,
- renforcer ses compétences de communication,
- comprendre le rôle de l'équipe de greffe.

LES BÉNÉFICES POUR L'ÉQUIPE ET LES PATIENTS

L'ETP, lorsqu'elle est bien menée, ne profite pas seulement au patient partenaire, mais également à l'ensemble de l'équipe et aux futurs patients. Parmi les principaux bénéfices, nous pouvons citer :

ENCADRÉ 2

Le patient partenaire, un acteur clé dans le parcours de soins

« J'exerce en tant qu'infirmière de coordination en transplantation hépatique (TH) au CHRU de Tours et j'ai participé à la création du programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « Un pas à la fois ! » mis en place en 2014. Depuis lors, j'ai eu l'occasion de collaborer avec des patients témoins et surtout un patient partenaire.

Ce partenariat a permis d'enrichir la dynamique éducative en renforçant l'impact des séances d'ETP auprès de nos patients sur liste d'attente de TH. La participation de notre

patient partenaire permet d'apporter une dimension humaine avec des expériences concrètes de gestion des réalités du quotidien. En travaillant avec lui, j'ai découvert une véritable richesse d'échanges et une opportunité d'améliorer la qualité de l'ETP ainsi que le parcours de soins des patients.

La patient partenaire est pour moi un acteur clé, intégré dans notre équipe de soins, une personne ressource et un véritable soutien moral pour nos patients. »

Sandra de Jesus

ENCADRÉ 3

Le programme « Un pas à la foie ! »

Le programme d'ETP « Un pas à la foie ! » s'appuie sur un binôme patient partenaire et professionnel de santé. Les patients inscrits dans le parcours de la transplantation hépatique peuvent ainsi s'adresser à l'un ou l'autre suivant les sujets qu'ils choisissent d'aborder, problèmes du quotidien ou difficultés avec la maladie ou les traitements.

Dans le cadre du programme d'ETP, les missions proposées au patient partenaire mentionnées dans la convention sont les suivantes :

- co-animation de deux ateliers collectifs avec une infirmière de coordination sur le thème de la transplantation hépatique,
- co-animation d'un atelier collectif avec une diététicienne sur le thème de l'alimentation en post-transplantation,
- co-animation d'un groupe de parole avec une psychologue dans l'attente de la greffe,
- participation à l'élaboration et à l'amélioration des ateliers collectifs pour le programme à développer en post-transplantation hépatique.

- une meilleure compréhension mutuelle,
- une amélioration de la qualité des soins,
- un renforcement de l'autonomie des patients.

La formation en ETP du patient partenaire est un pilier fondamental pour assurer une intégration réussie au sein de l'équipe de coordination de greffes. Elle permet au patient d'acquérir les compétences nécessaires pour jouer pleinement son rôle, tout en facilitant la collaboration avec les professionnels de santé.

L'ÉVALUATION DU PROJET

Les retours des patients concernant l'intervention d'un patient partenaire lors de l'ETP « un pas à la foie ! » mettent en avant plusieurs aspects clés qui renforcent l'efficacité et l'impact de cette démarche.

Les patients perçoivent le patient partenaire comme une personne ressource. Grâce à son expérience vécue, celui-ci apporte des réponses concrètes, adaptées et accessibles, complémentaires aux explications des professionnels de santé.

En s'appuyant sur sa propre expérience, il propose des conseils pratiques. Ces propositions sont particulièrement appréciées car elles s'appuient sur une expérience personnelle et des solutions concrètes.

Les patients expriment un sentiment de réassurance lié à la stabilité et à la constance du patient partenaire dans leur parcours. La possibilité de retrouver une même personne lors des séances d'ETP renforce le lien de confiance et favorise un accompagnement plus personnalisé. L'évaluation montre que sa disponibilité favorise des échanges plus ouverts et authentiques.

CONCLUSION

Ce retour d'expérience managériale d'intégration d'un patient partenaire au sein d'une équipe de coordination en transplantation hépatique illustre une démarche innovante et prometteuse, où l'expérience vécue et l'expertise clinique se complètent pour améliorer la qualité des soins. Ce projet a montré l'importance du rôle du cadre de santé en tant que facilitateur et garant de l'équilibre entre les apports du patient partenaire et les exigences du parcours de soins.

La démarche d'intégration des patients partenaires dans les soins trouve un écho élargi dans le rapport de janvier 2024 du ministère de la Santé et de l'Enseignement supérieur, réalisé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP). Ce document met en avant l'importance d'impliquer les patients dans les cursus de formation des futurs professionnels de santé.

Les patients valorisent fortement le rôle du patient partenaire dans l'ETP, le considérant comme un repère humain et pratique dans leur parcours de soins. Cette perception positive souligne l'importance de maintenir cette continuité et d'investir dans la formation et le soutien des patients partenaires pour renforcer l'impact de leur intervention. Cependant, cette démarche exige une vigilance constante sur le discours transmis, une gestion fine des émotions dans les échanges, et une posture agile pour coordonner les interventions sans lien hiérarchique. L'évolution du statut d'un patient partenaire vers celui de salarié au sein d'un établissement de santé soulève également des questions essentielles sur la posture et les responsabilités du cadre de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. www.legifrance.gouv.fr

2. Haute Autorité de santé (HAS). (2021). Recommandations pour l'intégration des patients dans les soins : principes et pratiques.

3. Dumez, V. & Jouet, É. (2013). Le

patient partenaire, une révolution conceptuelle et pratique. *Revue médicale suisse*, 9(371), 1027-1030.

4. Frossard, M. & Monnet, E. (2017). L'éducation thérapeutique du patient : concepts, finalités et enjeux. *Santé publique*, 29(2), 215-223.

5. Sicotte, C., Lehoux, P., & Loignon, C. (2017). Le rôle des patients dans

les équipes de soins : pratiques et perspectives. *Journal of Health Organization and Management*, 31(4), 377-390.

6. Karazivan, P., Dumez, V., & Flora, L. (2015). The Patient as Partner: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care. *BMC Family Practice*, 16, 25.

7. World Health Organization (WHO). (1998). Learning Together to Work Together for Health: Education and Training in Interprofessional Care. WHO Technical Report Series, 769.

8. Tremblay, D., & Contandriopoulos, D. (2009). Le leadership du cadre de santé : enjeux et défis dans la gestion d'équipes de soins complexes. *Management & Avenir*, 4(24), 73-93.

INTÉGRER LES PATIENTS DANS LES INSTITUTIONS DE SANTÉ

Initialement prescrite par la législation et renforcée par les processus d'accréditation, la perspective du patient s'inscrit dans les institutions de santé. Elle contribue au changement de culture dans le sens où elle réoriente le paternalisme au profit d'un réel partenariat de soins. Le Groupe Santé CHC a construit un plan d'implémentation de la sensibilisation aux différentes actions menées pour intégrer l'expérience patient et les patients dans son institution, et au travers de son plan stratégique.



Les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Au fil des années, différentes initiatives se sont développées dans les institutions de santé, et ont permis l'évolution de la place du patient dans le système de santé :

- mise en place de patients partenaires pour accompagner les équipes et les patients ayant le même parcours de santé ;
- intégration de patients dans des groupes de travail institutionnels ;
- implémentation d'un comité de patients ;
- collaboration avec les associations de patients, etc.

Les patients s'expriment sur leurs besoins d'information, de transparence, de compréhension, de participation, d'autonomie, de transmission de leurs savoirs expérientiels. L'évolution de la société accélère ce processus *via* les technologies de la communication (accessibilité aux informations, rapidité d'accès et de diffusion, etc.) et une population plus participative, voulant s'impliquer davantage dans ses soins, exigeant de recevoir les informations nécessaires, de participer à la décision clinique, etc.

Le plan stratégique du Groupe santé CHC (*encadré 1*), basé à Liège (Belgique), comprend un axe dédié à l'expérience patient, ce qui montre l'intérêt et l'importance de ce concept clé pour notre institution. Cela nous permet de travailler activement avec les patients sur leur perception, leur vécu des parcours de soins, de la prévention à la guérison, de leur maladie chronique ou de leur fin de vie.

DU PATERNALISME AU PARTENARIAT EN SANTÉ

Durant de nombreuses années, les professionnels de santé se sont plus souvent focalisés sur la maladie que sur la personne malade elle-même, engendrant un mode relationnel paternaliste et laissant peu de place à l'expression et à l'autonomisation du patient. Les soignants avaient alors la certitude de pouvoir penser à la place de celui-ci. Au fil du temps, les patients se sont exprimés, souvent au travers de nombreuses associations, afin de revendiquer leur droit à l'information, au consentement libre et éclairé, ce qui a abouti en 2002, en Belgique, à la publication de la loi relative aux droits des patients, devoirs et représentativité, qui renforce non seulement leurs droits juridiques, mais aussi leur pouvoir d'agir basé sur leur « savoir expérientiel ». Progressivement, les patients ont été intégrés d'abord dans différentes instances fédérales puis dans les institutions de soins.

La gestion d'une pathologie chronique nécessite un investissement de la personne malade qui doit apprendre à vivre avec la maladie et à la comprendre, savoir adapter son traitement par rapport à son projet de vie, conserver un « capital santé » optimum. Le rôle du médecin et de tous les soignants consiste à permettre au patient de devenir acteur de sa santé, à l'écouter, à prendre en compte son expérience de vie avec la maladie et son point de vue quant aux décisions cliniques. Au travers d'une revue de la littérature, nous pouvons définir plusieurs concepts.

MOTS CLÉS

COMITÉ DE PATIENTS

CULTURE

EXPÉRIENCE PATIENT

PATERNALISME

PATIENT PARTENAIRE

STRATÉGIE

ENCADRÉ 1

Le Groupe santé CHC

Le Groupe santé CHC rassemble des cliniques, des centres médicaux, des résidences pour personnes âgées, une structure d'accueil pour personnes handicapées, une crèche et des services opérationnels de groupe. Il fait partie du réseau de

santé Move. Le Groupe en chiffres : 1009 lits d'hospitalisation (lits agréés), 30 lits en maison de soins psychiatriques (MSP), 840 lits en résidences pour personnes âgées, 5774 personnes employées (tous métiers confondus).

- **Le patient acteur de sa santé** « implique les connaissances, les compétences, la confiance en soi, l'investissement du patient pour gérer sa propre santé et ses soins [C'est] la capacité individuelle de chacun pour gérer sa propre santé. Il s'agit d'une condition préalable pour pouvoir l'impliquer et en faire un acteur des processus d'amélioration de l'unité, du service, de l'institution ou du système de santé ».

- **Le patient partenaire** « est une personne qui devient progressivement apte, au fil des traitements, à faire des choix de santé libres et éclairés. Tout en reconnaissant l'expertise des professionnels de santé, il oriente leurs préoccupations vers ses besoins et son bien-être à plus long terme ».

- **L'expérience patient** « recouvre l'ensemble des interactions d'un hôpital avec un patient (et ses proches) susceptible d'influencer sa perception tout au long de son parcours de soins ».

Cela comprend les soins prévus par les programmes de santé et ceux fournis par les professionnels de santé, dans tout cabinet médical ou centre de soins, ainsi que les interactions des patients avec

les domaines de la recherche et de l'enseignement autour de la santé, et également tout ce qui touche à l'accessibilité aux soins, à l'hôtellerie, à l'innovation, etc.

L'expérience patient permet de renforcer l'influence des patients sur les décisions en matière de soins de santé, à la fois individuellement et collectivement. Toutefois, prendre en compte l'expérience de vécu du patient, rendre le patient acteur de sa santé et partenaire de soins, l'intégrer dans les équipes pluridisciplinaires, n'est pas une évidence au sein des institutions de santé. Cette manière de faire invite chacun à écouter l'autre pour comprendre et prendre en compte son besoin.

LA PARTICIPATION DU PATIENT

Transformer notre système de soins en système de santé, c'est accepter l'expertise profane du patient. Pour intégrer cette expertise, il existe différents modèles de participation des patients dans les institutions de santé. Quel que soit le modèle envisagé, quelle que soit la manière de recueillir leur perspective, la participation des patients est un moyen d'atteindre les objectifs, pas un objectif en soi. L'objectif général est d'améliorer le système de santé au sens large ; les objectifs concrets sont liés à l'environnement (ou la dimension) dans lequel le patient évolue, ainsi qu'à son degré de participation. Ainsi, les différentes formes de participation peuvent être classées selon les dimensions envisagées et le degré d'implication des patients (tableau 1).

LE PATIENT PARTENAIRE : UN ATOUT ?

Même si de bonnes pratiques existent depuis longtemps au Groupe Santé CHC, une mesure de la « culture patient partenaire » auprès du personnel

Tableau 1. Grade de participation du patient selon le contexte (SPX, 2020).

	Consultation	Collaboration	Partenariat et leadership partagé
État de santé propre	Le patient est informé sur le diagnostic	Il est demandé au patient quelles sont ses préférences par rapport au traitement	Les décisions sur le traitement se prennent en fonction des préférences du patient et du jugement médical
Design organisationnel	L'hôpital demande aux patients leur opinion sur leur expérience (ex : via un questionnaire)	L'hôpital inclut des patients comme assesseurs ou membres de comités assesseurs	Les patients participent à des comités stratégiques et leurs avis ont un même poids décisionnel que ceux des professionnels (ex : amélioration de la qualité et de la sécurité)
Connaissances	Consultation des patients de manière concrète et concise sur un aspect de la recherche	Les patients s'expriment sur les priorités de la recherche	Collaboration systématique et sur un pied d'égalité durant toutes les phases d'une étude entre patients et chercheurs
Politiques de santé	Le régulateur dirige des <i>focus groups</i> de patients pour recueillir leur opinion	Les recommandations des patients sur les priorités sont prises en compte pour les décisions de financement	Les patients ont une représentation égalitaire dans le comité décisionnel d'attribution des ressources aux programmes de santé
Gouvernance des institutions	L'hôpital demande aux patients <i>leaders</i> d'opinion (ex : via un questionnaire ou des entretiens)	L'hôpital inclut des patients comme assesseurs en commission mixte avec la direction de l'hôpital (« Commission consultative »)	La commission consultative des patients joue un rôle actif dans la prise de décision

Inspiré de : Carman KL, Workman TA. Engaging patients and consumers in research evidence: Applying the conceptual model of patient and family engagement. *Patient Educ Couns.* 2017;100(1):25-29.

semble utile pour comprendre les représentations des professionnels de santé, et pour identifier les freins et leviers à la mise en place d'un comité de patients dans l'institution. Cette étude a été effectuée du 17 septembre 2018 au 30 octobre 2018 (*encadré 2*). Au total, 506 professionnels sur 3 500, soit 15 %, ont répondu à l'enquête. Globalement, nous constatons que la majorité des répondants considère que le patient partenaire représente un atout dans la démarche de soins, que ce soit pour sa sécurité, son autonomisation, son partage d'expériences, etc. Cependant, les professionnels émettent quelques craintes, notamment quant à la consultation et à l'utilisation des données sur internet par les patients, ou quand ceux-ci veulent imposer leur point de vue ou leurs exigences aux soignants. Certains expriment également leur crainte de « perdre le pouvoir » face au patient partenaire.

Nous avons également analysé les résultats portant sur les comportements des professionnels, et plus spécifiquement sur ce qu'ils mettent en place pour rendre le patient partenaire. Les résultats sont excellents concernant les informations à donner au patient, la vérification de sa compréhension, l'encouragement à faire part de ses opinions, le respect de son avis, ainsi que sa participation et son implication dans les décisions.

Toutefois, nous constatons que certains comportements devraient être améliorés. Il s'agit principalement de favoriser la participation du patient à l'élaboration d'outils d'information, et à des séances d'éducation pratiques et théoriques.

Concernant la mise en place d'un comité de patients, 70 % des répondants affirment que celle-ci constitue un levier à la culture du patient partenaire.

DE LA PRATIQUE À L'INNOVATION

L'enquête a permis de mettre en évidence l'existence de nombreuses bonnes pratiques déjà existantes, d'identifier les pistes d'améliorations mais aussi de démystifier le concept de comité des patients. La participation des patients est souvent comprise comme la transmission de leur part, à un professionnel de santé, d'informations générales sur leurs symptômes. Elle est moins souvent considérée comme un dialogue interactif, ou une occasion pour le patient de donner son avis ou de prendre une décision.

Afin de mettre en avant l'amélioration de nos pratiques depuis la réalisation de l'enquête, nous avons proposé trois démarches bien ancrées aujourd'hui au sein du Groupe santé CHC, et qui ont favorisé un changement de paradigme :

- la mise en place d'un comité de participation des patients,
- l'intégration des patients dans les itinéraires cliniques (IC),
- le recueil des avis des patients dans les enquêtes de satisfaction.

ENCADRÉ 2

Matériel et méthode

La mesure de la « culture patient partenaire » comprend deux axes :

- **axe « patient partenaire »** : comprendre les représentations des soignants, identifier les atouts et les risques,

- **axe « culture patient partenaire »** : identifier les freins à la mise en place de celle-ci, les bonnes pratiques déjà en place, et le point de vue des soignants quant à la mise en place d'un comité de patients.

Un questionnaire a été réalisé par le bureau patient partenaire sur la

base d'une revue de la littérature et de retours d'expériences nationales et internationales.

Nos objectifs étaient les suivants :

- mieux comprendre les représentations des soignants,
- identifier les atouts et les craintes autour du patient partenaire,
- nommer les freins et les leviers à la mise en place de cette culture,
- mettre en évidence de bonnes pratiques,
- recueillir les avis concernant la mise en place d'un comité de patients.

LE COMITÉ DE PARTICIPATION DES PATIENTS

Le premier comité de participation des patients (*encadré 3*) s'est déroulé le 4 mai 2021 avec la présence de six d'entre eux.

Quelques critères de sélection des patients ont été définis : le vécu expérientiel dans le Groupe santé CHC, la participation sur la base du volontariat, le regard constructif sur l'hôpital.

Après deux ans de fonctionnement, une dynamique réflexive dans le comité de participation a permis d'identifier les critères de son évolution au sein de l'institution. Sur cette base, le bureau d'expérience patient a eu l'opportunité de les inscrire dans une vision plus stratégique. Les lignes directrices sont de prévoir :

- un lien plus formalisé avec la direction générale et le conseil d'administration,
- une articulation plus précise de la participation,
- la formation des patients partenaires,
- une représentation différenciée au comité de participation des patients,
- un parcours « institutionnel » du comité de participation à d'autres comités internes,
- le thrombinoscope du comité de participation,
- la participation et l'implication médicale.

L'un des enjeux du comité est d'assurer le passage du contenu de la réflexion du comité vers le fonctionnement de l'hôpital : un document de travail, tel que le plan d'actions, peut nous y aider.

LES PATIENTS INTÉGRÉS DANS LES ITINÉRAIRES CLINIQUES

Un IC est une feuille de route qui documente chaque étape du parcours du patient, depuis le diagnostic jusqu'au suivi à long terme, et qui guide ainsi les professionnels de santé en vue de donner des soins de qualité aux patients. Les IC facilitent indéniablement la communication et la collaboration entre tous les intervenants, y compris ceux de première ligne (médecin généraliste, infirmière à domicile) et, bien évidemment, le patient et ses proches.

ENCADRÉ 3

Les missions du Comité de participation des patients

- La relecture de l'ensemble des documents à destination des patients à l'hôpital. Ex : les documents d'imagerie médicale à destination des patients adultes.
- La prise en compte du point de vue des patients dans les projets portés par les équipes soignantes. Ex : les temps de visites des proches dans les services.
- L'intégration du point de vue des patients dans les projets institutionnels. Ex : le projet d'hospitalisation à domicile.
- La valorisation des métiers du *care*, de support, auprès des patients et de leurs proches.

Le patient partenaire représente un atout dans la démarche de soins

Il existe plusieurs manières d'intégrer les patients dans les IC :

- traduire l'IC pour le patient, c'est-à-dire créer une brochure informative lui permettant de comprendre son parcours de son point de vue de patient ;
 - recueillir les attentes et préférences des patients, leur retour d'expériences (entretiens, enquêtes, focus groupes, etc.) ;
 - impliquer les patients dès la construction de l'IC en les intégrant dans les groupes de travail.
- En 2023, trois IC ont été développés en lien étroit avec l'expérience patient.

- **L'IC patient précaire** : construit avec l'experte du vécu (EDV, encadré 4) en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, son objectif global est d'adapter et améliorer le parcours de soins des personnes en situation précaire, et de mettre à la disposition des professionnels des outils pour les aider à accompagner au mieux les patients concernés. L'EDV apporte son expertise tout au long du processus et donne une vision complémentaire à celle des professionnels.

- **L'IC thrombose veineuse profonde** : une journée de sensibilisation est organisée pour les patients, proches et visiteurs en vue de les informer sur les signes annonciateurs, les précautions, etc. Une vidéo réalisée avec des patients et basée sur des témoignages de leur vécu est diffusée tout au long de cette journée.

- **L'IC alcoologie** : des enquêtes de satisfaction sont proposées en fin de parcours à chaque patient. À la suite des suggestions proposées par les patients et à la demande du médecin et de la psychologue impliqués dans cet IC, l'intégration d'un patient partenaire, ayant réalisé antérieurement les mêmes parcours et IC, peut apporter une réelle plus-value

aux patients et au service. Ce projet, concrétisé en 2024, poursuit actuellement son développement.

LE RECUEIL DES AVIS DES PATIENTS

Depuis près de 25 ans, le Groupe Santé CHC participe aux enquêtes de satisfaction réalisées dans le cadre du benchmark. En 2023, nous avons partagé entre hôpitaux participants les résultats de 7 enquêtes qui concernaient l'hospitalisation standard, l'imagerie médicale, l'hôpital de jour, la pédiatrie, l'étude du sommeil adulte, la revalidation (réadaptation) et les urgences. Pour notre groupe, cela représente l'expérience de 9 000 patients. Véritable opportunité d'amélioration continue, l'analyse de ces résultats nous permet de définir des actions d'amélioration répondant aux besoins et attentes spécifiques de nos patients.

Le Groupe Santé CHC participe également à l'opération « *Qu'est-ce qui est important pour vous ?* », organisée par la Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). Initiée dans les unités de gériatrie et de revalidation, l'opération a été étendue en 2023 aux unités de médecine et de chirurgie, soit près de 20 unités. L'initiative est très appréciée autant par les patients qui peuvent communiquer leurs besoins – avec parfois quelques retours à l'essentiel (une écoute, un sourire) –, que par les soignants, heureux de pouvoir répondre et faire plaisir.

L'EXPERTISE DU PATIENT AU SERVICE DE L'ORGANISATION DES SOINS

Vivre la meilleure expérience possible constitue une attente légitime pour tout patient. C'est aussi ce qui le décidera à revenir... Même si chacun est toujours plus attentif à l'offre hôtelière, fortement développée ces dernières années, le patient reste avant tout focalisé sur le relationnel et l'opérationnel, deux notions qu'il appréhende beaucoup mieux que certains côtés plus techniques de sa prise en charge. L'expérience vécue constitue un critère de choix pour le patient mais aussi de différenciation entre les institutions de soins. Optimiser cette expérience constitue avant tout une des raisons d'être de toute entreprise du secteur de soins : « soigner et prendre soin ».

Comme nous l'avons décrit avec des exemples concrets, le point de vue du patient est de plus en plus capté et intégré dans les réflexions, projets et décisions stratégiques. Il éclaire nos pratiques et notre organisation du travail. L'intégrer comme un axe spécifique du plan stratégique, comme l'a fait le Groupe Santé CHC, confirme que les dispositifs sont bien effectifs pour intégrer la voix des patients. Nous souhaitons aller plus loin, en considérant l'expérience patient au-delà de sa seule satisfaction, et faire de l'expertise patient un élément clé de la construction de l'ensemble de nos projets. Nous utilisons plusieurs outils ou ressources, comme les

Toutes les actions qui intègrent les patients constituent une richesse indéniable pour l'institution

indicateurs de satisfaction des patients (enquêtes, plaintes, médiations, etc.), les échanges issus des conseils de résidents en maison de repos ou du comité de participation des patients.

Une nouvelle étude est en cours afin d'évaluer quelles sont les représentations des professionnels, y compris les cadres de santé, quant à la fonction qu'occupent les patients partenaires, experts de vie avec la maladie, dans l'institution. Elle permettra de comparer certains indicateurs avec ceux de l'enquête de 2018, et *in fine*, de suivre l'évolution des mentalités des professionnels de santé.

Le Groupe santé CHC est un membre actif de Shared Patient eXperience (SPX), ce qui nous permet de partager et de nous enrichir des expériences d'autres professionnels. Pour cela, un état des lieux des initiatives en cours dans l'ensemble des secteurs est indispensable, pour les rassembler dans une vision partagée et convergente. Toutes ces actions qui intègrent les patients constituent une richesse indéniable pour l'institution.

ENCADRÉ 4

Témoignage

Louise, « experte du vécu » en matière de pauvreté et d'exclusion sociale au Groupe Santé CHC depuis 2019, a activement participé à la construction de l'itinéraire clinique « patient précaire ». Dans le cadre de trois semaines d'hospitalisation, lors d'un groupe de parole, elle précise que : « Participer de manière active à la construction de l'itinéraire clinique patient précaire a été enrichissant et valorisant pour moi mais surtout extrêmement efficace. La connaissance que j'ai du terrain et des conditions de

particulières de cette population m'a permis de proposer immédiatement des solutions innovantes et adaptées. Avec la responsable des itinéraires cliniques et les différents métiers concernés par les procédures, nous avons affiné et débattu les propositions dans une logique de co-construction. Il est essentiel d'intégrer le point de vue du public concerné (ici le patient précaire) dès la création des procédures. Ainsi, rien n'est laissé au hasard et on évite des retours en arrière, dommageables pour les équipes ».

Même si nous ne sommes qu'au balbutiement de l'expérience patient, la route se poursuit et elle sera longue. L'expérience patient n'est pas uniquement un colloque singulier entre le patient et son médecin : elle mobilise l'ensemble des soignants, des prestataires, des équipes de support et de direction, etc., c'est-à-dire tous ceux qui contribuent, de près ou de loin, à construire le système de santé de tous les citoyens.

BIBLIOGRAPHIE

- Accréditation Agrément Canada. Programmes d'agrément Qmentum global, Excellence des services, V4, juillet 2019.
- The Beryl Institute. <https://theberylinstitute.org/>
- Claeymax F. L'autonomie revisitée. Vers une éthique ancrée dans l'expérience. *Ethica Clinica* 2021 ; 104 : 2-7.
- Collectif. Le patient partenaire, 2^e partie. *Ethica Clinica* 2018 ; 89.
- Delbrassine N, Dia O, Escarrabill J. La perspective du patient dans le système de santé. Shared Patient eXperience. SPX ; 2020. https://spexperience.org/wp-content/uploads/2021/03/SPXPositionPaper_FR.pdf
- Fédération des hôpitaux vaudois, Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). Campagne « Qu'est-ce qui est important pour vous ? ». <https://fhv.ch/spqs/ipv>
- Flor L, Grenier C, Ponsignon F (dir.). L'expérience patient dans l'innovation en santé, modes éphémères ou nouveau paradigme ? Volume 5. Éditions Iste, 2023.
- Flora L., Berkesse A., Payot A, et al. L'application d'un modèle intégré de partenariat dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *J Int Bioéthique Ethique Sci* 2016 ; 27 : 59-72.
- Gagnayre R, Gross O. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie* 2017/4 ; 201 : 71-82.
- Haute Autorité de santé (HAS). Patients et professionnels de santé : décider ensemble. 2013. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf
- Giordan A, Golay A. Guide d'éducation thérapeutique. L'école de Genève. Maloigne ; 2016.
- Hibbard JH, Mahoney E. Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Educ Couns*. 2010 ; 78 (3): 377 – 81.
- Hôpitaux universitaires de Genève. Programme Patients Partenaires + 3P. Mise à jour 2024. <https://www.hug.ch/patients-partenaires/plateforme-pp-3p>
- Istas L, Ripault S, Voz B. Mettre en place un comité de patients : considérations et conseils pratiques. 2023. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/306475>
- Loi belge du 22 août 2002 relative aux droits des patients : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/loi_du_22_aout_2002_relative_aux_droits_du_patient.pdf
- Lussier MT, Richard C. La communication professionnelle en santé. Eyrolles ; 2016
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Éducation thérapeutique du patient. Guide introductif, 2023. <https://www.who.int/europe/fr/publications/item/9789289060219>
- Petré B, Scholtès B, Voz B, Ortiz I, Gillain N, Husson E, Guillaume M, Bragard I, consortium APPS. L'approche patient partenaire de soins en question. *Rev Med Liege* 2018 ; 73 : 12 : 620-625.
- Raymackers K, Kouevi A, Marquis JG, Payet L. L'expérience patient, nouvelle clé de transformation des établissements. *Gestions hospitalières* 2019 ; 582 : 37-43.
- Université de Montréal. Les patients comme partenaires de soins. 2019. <https://medecine.umontreal.ca/2019/05/14/le-patient-comme-bras-droit-du-medecin/>
- Université de Montréal. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre partenaires et avec le patient. 2014. <https://medecine.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/68/2022/04/Guide-implantation-du-partenariat-de-soins-et-de-services.pdf>
- Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, et al. Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins. *Tijdschr. voor Geneeskunde* 2011 ; 67(10) : 473-481. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/le_modele_en_7_phases.pdf
- Voz B, Charlier N. Quand les patients « participent » à l'hôpital. Enjeux et questionnements actuels. Le Chaînon ; 2023. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/303603>

SCIENCES

Comment mieux utiliser son cerveau



Malgré des apprentissages réussis, le cerveau peut parfois effectuer des mauvais choix, voire mal contextualiser les situations. En conséquence, il peut en résulter des erreurs et des défauts de compétences tant les ressources cognitives sont, bien malgré soi, mal employées. En s'appuyant sur de nombreuses études autour de la place du cerveau dans l'apprentissage, le chercheur et professeur en neuro-éducation à l'université du Québec, Steve Masson, propose des principes pour optimiser aussi bien la mémoire que la réflexivité pour ainsi mieux analyser les situations et faire preuve de plus de compétences en action.

Dans l'accompagnement des agents au travail tout comme dans le domaine de la formation, cet ouvrage peut s'avérer intéressant pour comprendre comment la distraction ou les erreurs réflexes peuvent s'amoindrir et comment il peut exister une montée en capacités quant à la gestion des tâches complexes.

Développer des compétences. Comment mieux utiliser son cerveau, Steve Masson (Éditions Odile Jacob, septembre 2024), 342 pages.

ÉTHIQUE

La valeur de la santé

Dans les organisations hospitalières, et sans que cela fasse l'objet de clivages, les décisions en soins sont abordées différemment selon les expertises des protagonistes qui interviennent autour de ce que vit le patient. Les logiques de pensées et d'actions peuvent alors se confronter et engendrer des questionnements où la mesure des pratiques et des organisations se juxtapose avec « *la mesure de la valeur que la société accorde au prolongement de la vie* ». Dans ce cadre, des chercheurs en éthique et en philosophie réfléchissent ici à la place de l'économie dans la priorisation des stratégies de santé dans des contextes particuliers (accès aux thérapies coûteuses, accès aux soins intensifs, etc.) pour réaffirmer l'accompagnement éthique sans faire conflit entre les grilles de lecture. Ainsi, « *les sciences économiques sont ici convoquées pour nourrir la réflexion éthique sur le soin et la santé* ».

La valeur de la santé. Questionnements à la croisée de l'éthique et de l'économie, sous la direction de Paul-Loup Weil-Dubuc, Clémence Thébaud et Fabrice Gzil (Éditions Éres, septembre 2024), 160 pages.



ÉDUCATION

Les élèves et l'école au XXI^e siècle

Les nouveaux contextes sociétaux tels que la montée de la judiciarisation ou encore la culture du risque zéro influent sur les réflexions et méthodes pédagogiques en y incluant davantage de vigilances ou de protections. En tant que géographe, rattaché à un laboratoire de sciences de l'éducation à l'université de Paris Cergy, l'auteur Pascal Clerc arpente pédagogiquement les espaces d'apprentissage pour montrer à quel point la dimension « contrôle » des élèves tend à se renforcer sans même que « *les dimensions pédagogique, sociale et politique soient complètement interrogées* ». Prônant davantage de liens avec le monde extérieur et de prise en compte des singularités des élèves, cet ouvrage pourra servir de point de départ dans l'accompagnement réflexif des pratiques des professionnels chargés de formation.

Émanciper ou contrôler, Les élèves et l'école au XXI^e siècle, Pascal Clerc, Préface de Philippe Meirieu (Éditions Autrement, septembre 2024), 220 pages.



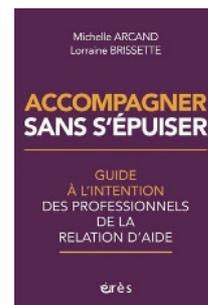
SOIN

Accompagner sans s'épuiser

Les métiers du lien nécessitent un engagement et une implication qui, dans le cadre de l'aide apportée aux patients et usagers, peuvent engendrer du surinvestissement voire de l'épuisement

professionnel. C'est pourquoi, à partir d'expériences et d'images concrètes, les autrices, toutes deux professionnelles du soutien, témoignent d'une démarche de repérage des éprouvés (surmotivation, culpabilité, etc.) et de prévention, pour prendre soin de soi autant que de l'autre. Ainsi, l'ouvrage qui « *peut être considéré comme une autoformation (...) afin d'éviter les récurrences de l'épuisement* » peut être utile à toute analyse de pratique en vue de trouver la juste distance avec soi et son entourage professionnel.

Accompagner sans s'épuiser, guide à l'intention des professionnels de la relation d'aide, Michèle Arcand et Lorraine Brissette (Éditions Éres, octobre 2024), 336 pages.



DROIT

Droit à l'usage des infirmiers

« *Une pratique infirmière qui ne s'appuie pas sur le droit est une pratique qui se prive d'un outil essentiel* ».

C'est par ces mots que s'ouvre la synthèse actuelle de deux professionnels de santé sur les questionnements que peuvent rencontrer les infirmiers dans leurs pratiques, quels que soient leurs secteurs d'exercice. En reprenant des notions en lien avec le statut, les obligations, les responsabilités ou encore les devoirs de ces professionnels, les auteurs permettent de mieux comprendre les règles juridiques tout en les traduisant dans un langage accessible, utile à la compréhension et à la réflexion en lien avec des situations parfois problématiques.

Droit à l'usage des infirmiers en 51 notions, Géraldine Rigo et Pierre-Brice Lebrun (Éditions Dunod, octobre 2024), 475 pages.



Rubrique réalisée par Yannick Moszyk

Embrasser sa responsabilité et non l'endosser



Xavier Bertrand
Directeur général de la Fondation Bon Sauveur de la Manche*, membre fondateur du Cercle Dirigeants Esprit Critique

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

Le sens du travail, l'engagement, la perte de sens... Les articles sur ces sujets remplissent la littérature relative aux ressources humaines et au management des dernières années, sans doute à juste raison. Qu'y a-t-il derrière cette recherche de sens ? L'utilisation même du mot « sens », dont les significations sont multiples, n'est-elle pas caractéristique de la difficulté à définir l'origine du « manque de » ? N'est-elle pas l'illustration de notre difficulté à circonscrire l'origine de cette insuffisance sous-jacente qui conduit à moins s'engager, à moins s'investir, à moins s'aventurer ?

MOTS CLÉS

ENGAGEMENT

RESPONSABILITÉ

VOLONTÉ

JOIE

RENCONTRE

INTÉRIORITÉ

Considérant que cette « insuffisance », communément appelé perte de sens, est un dommage collatéral de l'accélération du monde que nous subissons, elle s'apparente alors à un symptôme visible de l'assèchement spirituel des sociétés (occidentales), des entreprises, des managers, etc. L'enjeu qui incombe à celui qui dirige change donc de nature. Il ne se résume pas à être « un responsable porteur de sens »⁽¹⁾ mais plutôt à devenir un responsable « porteur de souffle et d'espoir ». Le défi n'est plus de dire mais d'être. Nous ne sommes plus dans un monde où le manager peut se contenter de dire : il doit incarner avec profondeur, authenticité, sincérité et vérité. Donner du souffle compte plus que donner du sens ; celui-ci émerge des pratiques, des relations, des émotions, il ne se décrète pas.

La responsabilité peut être une ressource formidable pour répondre à cet enjeu. Elle permet de se situer, donc d'incarner, et porte en elle la joie nécessaire à insuffler la vie.

UN ATOUT POUR INCARNER

La responsabilité réclame une approche systémique. Considérer la responsabilité au sens générique du terme à travers le prisme de la théorie des organisations de Berne (TOB) éclaire les enjeux et les mécanismes des organisations.

Très schématiquement, Berne définit toute organisation humaine comme un système disposant à la fois d'une frontière externe et de frontières internes. La frontière externe sépare le système de son environnement avec lequel il est bien évidemment en interaction permanente. Quant aux frontières internes, elles sont, comme leur nom l'indique, à l'intérieur du système lui-même. Dans cette configuration, toute organisation humaine est un système. La famille est donc un système, tout comme l'entreprise, le club de sport ou l'hôpital. Si nous prenons une structure de soin comme exemple de système, nous trouvons dans son environnement externe une multitude d'acteurs : le patient, sa famille, les hôpitaux généraux, l'Agence régionale de santé (ARS), les financeurs, les collectivités locales,

*La Fondation Bon Sauveur de la Manche est une fondation de droit privé reconnue d'utilité publique à but non lucratif. Grâce à l'investissement de plus de 2 000 collaborateurs, elle accueille, soigne et accompagne des personnes de tous âges souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addictions, des enfants et des adultes en situation de handicap psychique et des personnes âgées dépendantes sur les deux-tiers nord du territoire de la Manche (Cotentin et Centre-Manche), dans 22 types de structures et sur 55 sites différents.

EPOK, le temps est à la réflexion

Depuis 2022, la Fondation Bon Sauveur organise, en lien avec l'Institut Vaugirard Humanité et Management, des conférences qui ont pour objectif d'inviter à la réflexion et à l'échange sur des thématiques liées à la transformation indispensable de notre société face à la crise multidimensionnelle qu'elle traverse. Au-delà d'être un acteur de santé, la Fondation s'inscrit comme un acteur de pensée sur son territoire.

Conférences disponibles en ligne : <https://www.fbs50.fr/conference/>

etc. Les frontières internes sont également multiples : sanitaire / médicosocial / social / psychiatrie adulte / pédopsychiatrie / addictologie / soignant / non-soignant, etc.

L'environnement est dense, les frontières internes nombreuses, les structurations complexes, les possibilités de faire multiples, les raisons et les émotions très diverses.

Face à une telle complexité, lire les organisations à travers le prisme de la TOB présente un grand intérêt. C'est en effet un moyen de se situer (certainement pas le seul, il en existe bien d'autres). Lire l'organisation comme un système, en définir l'environnement externe, les frontières internes, etc., permet de s'interroger sur la place qui est la sienne dans le système en répondant à la question « Où suis-je ? ». Et à travers elle, se trouve bien évidemment la question sous-jacente : « De quoi suis-je responsable ? » dans le système et son organisation humaine.

Penser la responsabilité dans un système est une manière de répondre à la question : « Où suis-je ? » et une façon de trouver sa place et ses limites dans l'économie générale du système. « Dis-moi de quoi tu es responsable, je te dirai où tu es ». Autrement dit, la définition de la responsabilité participe en quelque sorte à la définition de la place occupée dans le système, élément indispensable pour incarner.

À défaut de l'identifier et de le savoir, il est difficile de borner les limites de son rôle. Là où je peux agir ou pas, là où je dois agir, là où je m'en remets à l'autre. Dans une époque chargée d'incertitude et où la simplicité nous échappe, dans un monde qui s'accélère, qui se parallélise, qui se virtualise..., il est sans doute indispensable, plus équilibrant et plus rassurant de savoir où l'on est que de répondre à la traditionnelle question « Qui suis-je ? ».

LES VERTUS DE L'APPROCHE SYSTÉMIQUE

La première vertu de l'approche systémique de la responsabilité, dans une organisation, est le fait qu'elle participe à la définition de sa place dans celle-ci : elle est à ce titre un élément constitutif des systèmes. De plus, elle possède une deuxième vertu, aussi fondamentale : elle éclaire les interactions et les relations dans le système.

Cette clarification contribue à la définition des liens dans le système. En effet, s'interroger sur sa place dans le système, c'est aussi questionner celles des autres et donc les liens qui existent dans l'organisation (avec les autres qui sont par définition à d'autres places que vous). C'est questionner ses membres dans leur façon d'interagir entre eux, quel que soit leur niveau de responsabilités. Tous les acteurs du système exercent des responsabilités (aussi limitées soient-elles) mais tous les systèmes n'ont pas les mêmes façons d'interagir en interne.

Il existe plusieurs modèles, et nous tombons alors dans le dialogue interminable entre horizontalité des liens *versus* verticalité des relations, organisation pyramidale *versus* fonctionnement horizontal. Étudier le schéma des responsabilités d'un système, se pencher sur celui-ci, le travailler, le « parler », etc. permet donc de le cartographier, et donc d'observer l'organisation incarnée des relations : autrement dit, cela permet d'observer comment la vie circule (ou pas) dans le système.

La troisième vertu de cette approche est de remettre au centre la vie du système et de le rendre à nouveau vivant, engageant et soutenable. Sans vie, l'organisation et ses membres s'essouffent et s'assèchent. Sans vie, les relations se transforment en mécanisme, en protocole ou procédure dans lesquels disparaît l'humain. Et si le système et l'exercice de sa responsabilité visent, non pas seulement l'efficacité, la performance et autres avatars mais la vie, alors la responsabilité n'est pas seulement un poids, un fardeau, un sacrifice que l'on endosse, mais une démarche que l'on « embrasse », une source de joie et de souffle.

UNE SOURCE DE VIE ET DE JOIE

Évoquer la responsabilité comme facteur de joie peut apparaître *a minima* comme une provocation, au pire comme totalement inadapté, surtout dans une période où incertitude et inquiétude grandissent jour après jour. Et pourtant ! L'exercice des responsabilités peut apparaître comme une source de joie. Le pari peut être gagnant. Une condition est cependant indispensable pour qu'il le soit : il faut « embrasser » ses responsabilités et non pas les « endosser ». Nous utilisons couramment ces deux expressions et pourtant, elles ne signifient pas la même chose. Que dit le dictionnaire ?

Endosser⁽²⁾

1^{er} sens : mettre un vêtement sur son dos. Le dictionnaire de l'Académie française est un peu plus précis en complétant : « *s'emploie principalement en parlant d'une armure, d'un harnois...* ».

2^e sens : assumer la responsabilité de. L'expression « endosser ses responsabilités » établit le lien entre la responsabilité et le dos. Nous portons sur le

dos ce qui est lourd. Nous envisageons donc nos responsabilités en les « endossant » comme une « charge » et mettons le vêtement adéquat. Nous ne sommes pas dans le T-shirt léger qu'on *enfile*, nous sommes dans l'armure que l'on *endosse*, dans le gilet pare-balle que l'on *supporte* ! « Endosser les responsabilités » établit une corrélation directe entre celles-ci et la gestion des risques. Assumer le risque, c'est lourd car risqué et dangereux. Nous nous trouvons, consciemment ou inconsciemment, dans une posture « d'avoir à faire face » au sens de braver, affronter, résister, soutenir... Nous sommes donc dans un enjeu de survie. La gravité prime sur l'enthousiasme et le plaisir.

Embrasser⁽²⁾

1^{er} sens : donner un baiser (beau programme, mais un peu éloigné de notre sujet).

2^e sens : saisir, appréhender.

3^e sens : contenir.

4^e sens : adopter, choisir.

Les mots sont, une nouvelle fois, fort bien choisis. Ils font cette fois-ci le lien entre la responsabilité et les bras (dans « embrasser » il y a : « bras »). Avec « embrasser », nous pensons différemment nos responsabilités : nous ne les portons pas, nous les prenons. Embrasser ses responsabilités, c'est mettre les bras... et cela change tout !

C'est comme au rugby : quand on met les bras, cela change tout ! La différence entre un placage licite et un placage illicite, c'est de « mettre les bras ». Si vous ne mettez pas les bras, le placage est jugé dangereux, le jeu est interrompu, la balle est rendue à votre adversaire, vous êtes face au risque d'encaisser une pénalité amenée par la faute commise.

À l'inverse, si vous mettez les bras, même si le placage est très brutal, il est licite. Et de plus, le plus souvent, il est synonyme de turn-over : vous récupérez alors la balle, et c'est pour vous une belle opportunité de marquer.

En « embrassant », nous ne sommes plus dans la gestion des risques, mais dans la gestion des opportunités ; nous ne sommes plus dans la survie, mais dans la vie.

En d'autres termes, quand nous embrassons nos responsabilités, nous soulignons davantage la volonté de faire, nous indiquons que nous sommes dans la réalisation de la mission, dans la création de l'œuvre. Nous ne nous trouvons plus dans une posture de « faire face » mais dans celle de l'accomplissement et de l'enjeu du vivre.

RÉSONNER AU MONDE

D'une certaine manière, en endossant, nous agissons « sur » ou « contre », alors qu'en embrassant, nous agissons « pour » ou « avec ». Ce n'est ni le même rôle, ni le même jeu.

La définition de la responsabilité participe en quelque sorte à celle de la place occupée dans le système

Dans son livre « Résonance », qui porte sur une sociologie de la relation au monde, le philosophe allemand Hartmut Rosa emploie cette magnifique expression : « résonner au monde »⁽³⁾.

Quand nous endossons ou, à l'inverse, embrassons les responsabilités qui nous sont confiées, nous ne résonnons pas de la même manière au monde. « Endosser ses responsabilités », c'est adopter une posture pour affronter la mort, tandis que « embrasser ses responsabilités », c'est se glisser dans une dynamique pour embrasser la vie ! Pour vivre ! Dans le premier cas, nous subissons « le monde », dans le second nous sommes acteurs de « nos vies dans le monde ».

Au cœur des tensions que nous avons à vivre dans nos organisations, nous naviguons sans cesse entre « endosser » nos responsabilités et les « embrasser ». Embrasser avec volonté, détermination, et enthousiasme (pas tous les jours !) ses responsabilités est une source de joie, de cette joie intérieure et puissante qu'Hubert Reeves⁽⁴⁾ appelle la « fureur de vivre ». Sans elle, le poids de la charge est difficile à porter, le responsable s'essouffle et s'épuise. Il perd ce qui le rend vivant et ce qui rend vivable le quotidien dans une organisation.

UN AVANTAGE COLLATÉRAL

La responsabilité « joyeuse » est une condition pour durer, pour construire une performance commune où chacun pourra trouver un mobile pour s'engager, une ressource intérieure pour faire ce qu'il a à faire malgré les inévidences, les désaccords, les injonctions paradoxales, les échecs, les impossibilités. Le responsable, le cadre, le manager, le dirigeant, doit avoir la « responsabilité joyeuse » pour insuffler la vie dans son service ou dans son entreprise. C'est avec cet avantage collatéral qu'il affrontera l'accélération du monde actuel et qu'il luttera efficacement contre son corollaire, l'assèchement spirituel, qui détruit la vie.

Cette posture managériale n'est pas facile au quotidien. Elle nécessite d'abord empathie et volonté. Elle réclame aussi une vraie foi en l'autre et en soi. Elle sollicite alors un engagement sans faille dans la rencontre simple, sincère et respectueuse. Elle exige enfin une profondeur et une intériorité que chacun prendra soin de cultiver, avec patience et humilité, et de nourrir jour après jour.

BIBLIOGRAPHIE

1. Vincent Lenhardt, Les responsables porteurs de sens. Insep Consulting Éditions, 2002.
2. Dictionnaire Larousse poche, 2016.
3. Hartmut Rosa, Résonance. Une sociologie de la relation au monde. Éditions La Découverte, 2018.
4. Hubert Reeves, La fureur de vivre. Éditions Points, 2022.

FONDAMENTAUX

La classe puzzle

Laurent Soyer, Infirmier, M. Sc (Recherche en sciences de l'éducation), Cadre de santé, Formateur en Ifsi

La classe puzzle est une méthode pédagogique active⁽¹⁾ basée sur un apprentissage coopératif incluant un décloisonnement en groupes d'experts, qui favorise l'implication et le tutorat entre pairs.

La classe puzzle, ou « *Jigsaw classroom* », est une technique pédagogique créée aux États-Unis dans les années 1970 par le psychologue social Elliot Aronson. Elle a émergé dans un contexte sociétal de volonté de déségrégation, prônant avec cette méthode pédagogique une diminution potentielle des préjugés interethniques, notamment envers les minorités mexicaines et afro-américaines. Au préalable, le contenu pédagogique global est conçu pour être divisible en thématiques qui constitueront des domaines d'expertises spécifiques. Pour être efficace, la classe puzzle doit faire suite à un apport théorique de type cours magistral, podcast, capsule vidéo, etc.

FIXER LES RÈGLES DE BASE

- Expliciter les objectifs de la classe puzzle et le rôle d'expert.
- Rappeler les prérequis ou réaliser un court réveil pédagogique⁽²⁾.
- Composer les groupes de base d'apprenants.
- Préciser les thématiques à se répartir au sein des groupes de base.
- Informer de la durée globale et de celle de chaque étape.
- Préciser les modalités de restitution : oral, type de support (papier, ordinateur, etc.).

PRÉALABLES

- Constituer des groupes de base (nombre d'apprenants de chaque groupe de base = nombre de thématiques) (± 5 mn).
- Au sein de chaque groupe de base, choisir un apprenant qui sera « l'expert » d'une thématique (± 5 mn).

ÉTAPES

1. Individuellement, les apprenants experts approfondissent leur thématique (à partir de consignes et d'un corpus de savoirs et/ou d'une situation clinique, etc.) (± 20-60 mn) (*figure 1*).
2. Les apprenants experts de chaque groupe de base se réunissent pour former un groupe d'experts par thématique, afin de mettre en lumière les éléments importants du contenu spécifique à leur thématique, d'échanger sur les points à éclaircir, sur leurs questionnements, puis préparent un support synthétique de restitution à destination de leurs groupes de base (± 20-30 mn). Ils enrichissent ainsi leur champ d'expertise.
3. Les apprenants experts reviennent dans leurs groupes de base et adoptent une posture de pair formateur afin de communiquer leur savoir d'expertise aux autres membres du groupe (± 10-15 mn par thématique).

ÉVALUATION

Au final, quand chaque apprenant expert s'est exprimé, le formateur propose à l'ensemble de la classe puzzle une évaluation ou une auto-évaluation (quiz type Kahoot[®]) portant sur la totalité du contenu pédagogique de la séance (± 10-15 mn).

OBSTACLES POTENTIELS

- *Leadership* trop dominant d'un apprenant dans une posture d'expert.
- Difficulté de synthèse chez certains apprenants ou trouble « Dys »⁽³⁾.
- Non adapté pour l'apprentissage de savoirs trop compliqués ou non amorcés⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAPHIE

1. Soyer, L. et Tanda, N. (2022). Les méthodes pédagogiques actives. Pour catalyser l'engagement collectif des apprenants. *Objectif Soins & Management*, (285), 62-67.
2. Soyer, L. (2023). Fondamentaux. Le réveil pédagogique. *Objectif Soins & Management*, (295), 68-69.
3. Soyer, L. et N. Tanda. (2024). Conseils pédagogiques à l'intention des tuteurs de stages. *L'infirmière*, (44), 44-48. p. 48.
4. Riant, M. (2022). *Effet de la méthode en classe puzzle sur la motivation, l'autorégulation et les performances en mathématiques : une recherche longitudinale en lycée professionnel*. Éducation. Université Grenoble Alpes. Français. ffnnt : 2022GRALH006. <https://theses.hal.science/tel-03857265>
5. Stanczak, A. (2020). *La méthode de la « classe puzzle » est-elle efficace pour améliorer l'apprentissage ?* Psychologie. Université Clermont Auvergne. Français. ffnnt : 2020CLFAL013ff. ffilel-03170791f.
6. Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck.
7. Soyer, L. et Tanda, N. (2022). UE 3.3. Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité. UE 3.4. Initiation à la démarche de recherche. Encadrement des professionnels de soins. Dans S. Lescure, L. Soyer et N. Tanda, *L'UE 3 en 150 cartes mentales* (p. 83-182). Vuibert. p. 99.
8. Jansen, R. S., van Leeuwen, A., Janssen, J., Jak, S. et Kester, L. (2019). Self-regulated learning partially mediates the effect of self-regulated learning interventions on achievement in higher education: A meta-analysis. *Educational Research Review*, 28(3), 100292.
9. Lucker, G. W., Rosenfield, D., Sikes, J. et Aronson, E. (1976). Performance in the interdependent classroom: A field study. *American Educational Research Journal*, 13(2), 115-123.
10. Angenot, P. (1998). Discours pédagogiques, argumentation et réflexivité. Dans L. Lafortune, P. Mongeau et R. Pallascio (dir.), *Métacognition et compétences réflexives* (p. 417-430). Logiques.
11. Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. et Nélias, D. (2023) *Les compétences émotionnelles*. Dunod.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES ACTIVES

• Animer la classe puzzle.

Une fois les règles de base énoncées, le formateur va :

- **organiser** la constitution des groupes de base,
- **gérer**, au sein des groupes de base, la désignation des apprenants experts par thématique,
- **distribuer** aux apprenants experts (pour la phase de travail individuel) les documents permettant d'approfondir chaque thématique (consignes et corpus de savoirs et/ou situation clinique, etc.),
- **organiser** la constitution des groupes d'experts ayant la même thématique,



- **développer** la coopération en axant sur la réflexion, les interactions facilitatrices, la responsabilité individuelle, la visibilité de la contribution de chaque apprenant⁽⁵⁾,
- **encourager**, utiliser le renforcement positif.

• Moments d'utilisation :

- en complémentarité des cours magistraux et autres apports théoriques, notamment lors des travaux dirigés,
- pour travailler les compétences 6, 9 et 10.



CLÉS/AVANTAGES

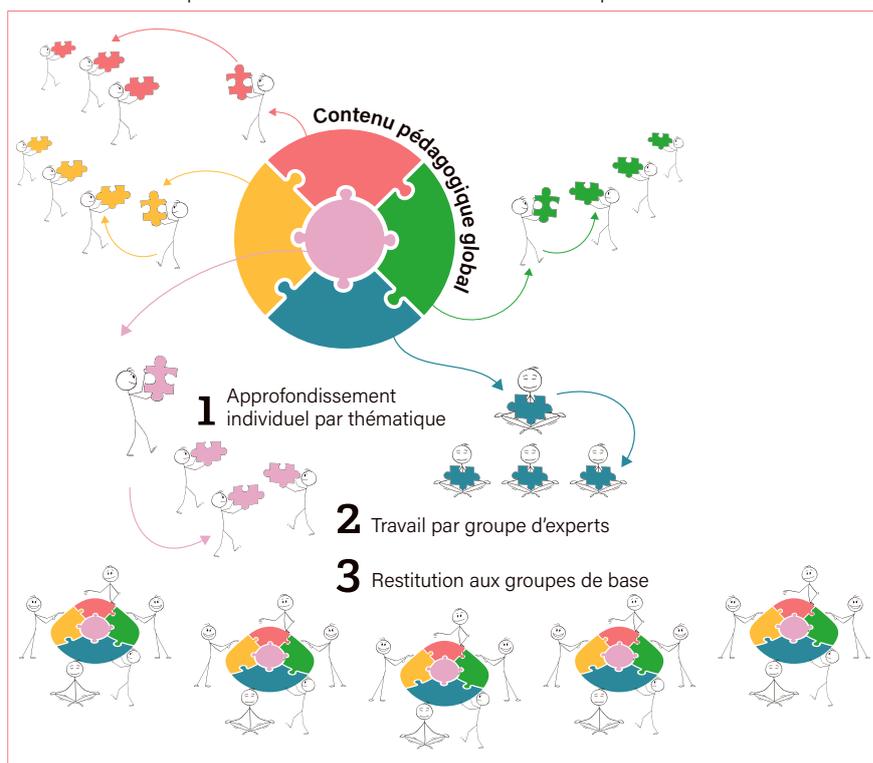
- **Temps de préparation** sensiblement identique à celui d'une séance de travaux dirigés.
- **Augmente** le sentiment d'auto-efficacité (SAE) donc la motivation des apprenants⁽⁶⁾, notamment ceux pouvant se sentir marginalisés.
- **Favorise** la coopération entre pairs : « une organisation collective du travail se réalisant par cumul d'activités individuelles, généralement avec des tâches fragmentées en sous-tâches »⁽⁷⁾.
- **Favorise** le tutorat entre pairs.
- **Développe** l'implication et l'autorégulation⁽⁸⁾.
- **Augmente** les performances d'apprentissage⁽⁹⁾.



COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES PAR LES APPRENANTS

- **Compétences relationnelles** : mettre en œuvre l'écoute active.
- **Compétences coopératives** : prendre ses responsabilités, travailler à un but commun.
- **Compétences de synthèse** : structurer sa pensée et hiérarchiser ses idées (apprenants experts).
- **Compétences argumentatives⁽¹⁰⁾** : soutenir une présentation collective et structurée.
- **Compétences de communication interpersonnelle** : s'exprimer oralement en public.
- **Compétences émotionnelles** : identification, compréhension, expression, régulation et utilisation des émotions⁽¹¹⁾.

FIGURE 1. Les étapes de mise en œuvre de la classe puzzle.



© Walter Barros/Istockphoto

L'analyse des pratiques facilitatrice de l'agir

MOTS
CLÉSAGIR EN
MANAGEMENTANALYSE
DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES

GROUPE

MANAGEMENT

SITUATION
PROFESSIONNELLE

Franck Cluzel
Cadre supérieur de santé,
GHU Paris psychiatrie &
neurosciences



Sylvaine Vanier
Cadre supérieure de santé,
GHU Paris psychiatrie &
neurosciences

*Les auteurs déclarent ne
pas avoir de lien d'intérêt.*

La doxa managériale pensant le cadre de santé comme individu rationnel s'est trouvée questionnée lors des séances d'analyse des pratiques professionnelles organisées au GHU Paris psychiatrie & neurosciences. Le cadre de pensée semble évoluer vers un agir en management favorable à la santé des encadrants.

Le travail du cadre de santé est aujourd'hui particulièrement complexe. Il est souvent pris en étau dans des débats de normes (Schwartz, 2010). Le propre de l'homme est en effet de se mouvoir dans un univers de normes. Le manager doit arbitrer entre des prescriptions, des normes antécédentes et des normes qu'il doit se donner lui-même pour vivre son travail. Les situations de management sont des événements qui sollicitent en permanence l'intelligence et les valeurs de l'individu.

Pour faire face à ce dilemme et aider les cadres de santé du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, la direction des soins a sollicité l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) pour les accompagner dans une réflexion et se distancier de leurs propres pratiques professionnelles.

Ces groupes d'analyse conduits entre 2022 et 2023 ont fait émerger des questionnements sur le travail, *l'agir en management*, mais aussi sur la fonction symbolique de la situation professionnelle comme situation vécue porteuse de sens et d'apprentissage en dehors des espaces formels de formation. Ces espaces sont venus questionner la rationalité sur laquelle est bâti le modèle managérial de l'organisation scientifique du travail (Taylor, 1911).

CONTEXTE

Dans le cadre de la politique d'encadrement de la direction des soins du GHU, l'IFCS a été sollicité en juin 2022, afin d'accompagner les cadres de santé confrontés à différentes problématiques : cloisonnement des activités et des pratiques professionnelles quotidiennes, gestion des équipes, etc. Au carrefour des différentes logiques administratives, médicales et soignantes, les managers vivent souvent leur position d'interface comme une contrainte. Certains peinent à se positionner. La gestion des exigences institutionnelles et réglementaires se traduit le plus souvent par un temps important passé au travail. La crise sanitaire liée à la Covid est venue révéler un isolement des équipes d'encadrement, motivant ainsi leur volonté de se retrouver ensemble pour échanger sur des situations parfois complexes.

L'hétérogénéité des expériences professionnelles et des parcours de formation ainsi que les multiples positionnements dans l'institution conduisent à une grande diversité de réponses aux situations professionnelles. Certains encadrants se sentent en difficulté, tendus, démotivés. D'autres, plus expérimentés, avec une conception plus claire de leur métier, parviennent à s'adapter et s'investissent au plan institutionnel. Mais le plus souvent, les cadres de santé développent

professionnelles, en management

des stratégies plus individuelles que collectives. Or, l'institution a besoin de ces professionnels, véritables « chevilles ouvrières ».

C'est dans ce contexte, que la direction des soins a souhaité faire intervenir les formateurs de l'IFCS, afin d'initier un accompagnement de ces équipes par la mise en œuvre d'analyses des pratiques professionnelles (APP).

MÉTHODE/OBJECTIFS

Les formateurs ont fait le choix d'utiliser la méthode Gease (Groupe d'entraînement à l'analyse de situations éducatives). Il s'agit d'une démarche méthodologique d'écoute dans un cadre aidant et non contraignant, un apprentissage à la verbalisation des situations et des ressentis, dans le respect absolu des personnes. Le Gease permet de mobiliser les intuitions et la créativité d'un groupe de professionnels autour d'une situation singulière. Il consiste en un protocole de discussion permettant à un groupe restreint d'élaborer des pistes concrètes pour planifier un projet ou surmonter des obstacles. L'approche est essentiellement réflexive et pédagogique, centrée sur les situations réelles de travail. Pour le Gease, le premier ancrage est l'implication du narrateur et le travail sur le récit. Le premier bénéficiaire est celui qui apporte son histoire. L'objet d'analyse est le travail d'implication personnelle. L'ancrage spécifique fort est la multiréférentialité (Ardoino, 1993) reliée à une pratique réflexive centrée sur la force et la diversité du groupe pour tenter d'apporter une réponse plus riche à la complexité de la situation présentée. L'intérêt de la méthode réside dans l'utilisation de la richesse du groupe et de son soutien pour éclairer la situation exposée par un pair, et jouer sur la multiplicité des regards des autres participants.

Les objectifs de ces groupes réflexifs, en dehors du temps de la décision et/ou de l'action, sont de permettre à titre individuel la prise de conscience des difficultés des participants, de faire émerger leur démarche professionnelle par l'expression, de favoriser l'activation des processus groupaux et de faire émerger un sentiment d'appartenance entre managers.

Un cadre contractuel du dispositif a été défini autour d'une participation volontaire des professionnels cadres, avec un nombre restreint de participants par groupe (8) ainsi que l'absence de l'encadrement supérieur pendant les séances. Cinq séances ont été conduites pour 16 cadres de septembre 2022 à juin 2023, pour une durée de 2 heures 30 chacune. Chaque séance a été évaluée par l'intermédiaire d'un questionnaire

« Les analyses de pratiques professionnelles nous permettent d'analyser les situations vécues, elles produisent de la pensée, reconnaissent les valeurs et transforment nos pratiques. »

Verbatim, juin 2023.

« Les analyses de pratiques professionnelles permettent la validation de nos pratiques par les autres collègues mais aussi une remise en question de nos actions. »

Verbatim, avril et juin 2023.

« Ces moments, à mon sens, nous permettent de nous libérer en comprenant ce que nous faisons. Nous ne pensons plus de la même manière après l'analyse des pratiques professionnelles. Nous avons de nouveaux champs, de nouvelles grilles de lecture. »

« Je me découvre, j'ai l'impression d'éclorre. Mon positionnement et ma posture ont changé. Je m'enrichis des échanges, des liens qui se sont tissés à l'intérieur et à l'extérieur. »

« Ces temps d'analyse m'ont permis le développement de l'esprit critique. »

« Parole libre sans jugement, un espace de réflexion avec un collectif bienveillant. »

Verbatim, décembre 2022, avril et mai 2023.

auto-administré ainsi que d'un bilan « à chaud ». Ceux-ci visent l'expression de chaque participant sur son vécu et tendent à identifier en quoi ces séances favorisent la prise de distance face aux situations managériales.

RÉSULTATS/DISCUSSION

Selon Albert Jacquard, « Ceux qui prétendent détenir la vérité sont ceux qui ont abandonné la poursuite du chemin vers elle. La vérité ne se possède pas, elle se cherche. »

L'APP s'intéresse aux sujets professionnels en situation, en interaction et en évolution continue dans leurs rapports complexes avec le fonctionnement social dans lequel ils sont personnellement impliqués. La perception d'une situation professionnelle se construit pour les managers depuis leur vécu, leur imaginaire, leur subjectivité aux prises avec leurs représentations personnelles, leurs ressources et le monde qui les entoure. En analyse réflexive, ce cadre de référence théorique ouvre des pistes d'investigation vers un objet de travail singulier.

Sous la conduite du groupe, soutenu par le protocole défini au préalable dans le cahier des charges, les

FIGURE 1. Le cycle d'apprentissage d'après Kolb (1984).



différents échanges ont permis aux professionnels de « lâcher prise » sur leurs premières tendances explicatives. Une mise à distance, inhérente au processus de co-construction, a favorisé l'émergence de nouvelles compréhensions collectives. L'objet de l'analyse n'est pas tant la « situation professionnelle » décrite que la « situation vécue et rapportée » par l'exposant. Dès qu'une situation professionnelle s'expose, le vécu du sujet la transforme en une « pratique », en une construction de savoir. Pour Piaget et Vygotsky, l'apprentissage est un processus actif de construction du savoir par l'individu, en interaction avec son environnement. Mais l'expérience seule ne suffit pas à produire des savoirs expérientiels. Cela nécessite que l'expérience soit signifiante pour l'individu et que celui-ci relie cette expérience à ses connaissances préexistantes (figure 1). C'est en ce sens que Beillerot (1998) présente les pratiques : « La pratique, bien qu'incluant l'idée de l'application ne renvoie pas immédiatement au faire et aux gestes, mais aux procédés pour faire. [...] Les pratiques [...] ne peuvent se comprendre et s'interpréter que par l'analyse. »

Les temps d'analyse se sont déroulés dans le *ici et maintenant* et se sont élaborés dans une dynamique originale faite d'influences, d'appuis, de réactions émotionnelles

« Je vous remercie pour ces moments de partages professionnels qui m'ont permis de nourrir ma curiosité intellectuelle et de réfléchir sur ma pratique managériale régulièrement. Ce travail d'élaboration et de prise de parole s'est fait progressivement, à mon rythme. »

« Je me sens plus à l'aise que lors des séances précédentes. Le temps me met en confiance. »

Verbatim, juin 2023

diverses, et dans un temps limité avoisinant une heure trente. La notion d'*après-coup* (Freud, 1937) traduit du mot allemand « *Nachträglichkeit* » (remaniement par le psychisme d'événements passés) a été conscientisée et verbalisée par les participants à plusieurs moments. Cet *après-coup* a été rendu possible par la capacité des groupes à élaborer des hypothèses pour chacune des situations. Les participants ont exposé, grâce au rapprochement d'informations et selon leur propre sensibilité, des pistes de compréhension des situations. Petit à petit, chacun a intégré une pensée dont il est, avec le groupe, le co-auteur. C'est parce que tous les participants ont permis une écoute active de la parole de l'autre, que les hypothèses se sont enrichies les unes des autres. Ces temps de questionnement et d'élaboration ont fait surgir dans la pensée des participants de nouveaux points de vue, de nouvelles orientations de décryptage, de nouvelles compréhensions.

Cette « parole réflexive » témoigne d'une compétence qui a été acquise progressivement en séance, mais également bien au-delà de celles-ci. La posture réflexive demande un apprentissage nécessaire à l'accompagnement des déplacements, à l'écoute, dans le respect des rythmes de chacun.

Les *verbatim* recueillis par les questionnaires auto-administrés à l'issue de chaque séance laissent entrevoir une nouvelle approche de *l'agir* pour les participants (*encadrés*). Les organisations du travail génèrent parfois un contexte de travail dégradé au sein duquel les professionnels sont trop isolés pour faire face aux dilemmes de l'activité, avec des risques pour leur santé. Pour Clot, il faut soigner le travail pour que les professionnels se retrouvent en santé. « *Vivre au travail c'est donc pouvoir y développer son activité, ses objets, ses outils, ses instruments, ses destinataires, en affectant l'organisation du travail par son initiative.* » (Clot, 2017). Ainsi, se pose la question du sens au travail. Il renvoie à la signification des situations de travail pour l'individu. Le sens est le « *fruit de l'échange, source d'énergie* » (Clot, *idem*). Il y

« Une prise de recul nécessaire et une mise en mots essentielle pour mieux penser ce que l'on fait. »

« L'exposé et l'analyse de la situation me rendent capable de les utiliser dans un autre contexte professionnel. »

« Je me sens confiante avec la conscience qu'il existe toujours un chemin pour avancer malgré l'obstacle qui paraissait insurmontable. Le groupe de cadres apporte des

points de leviers qui soulèvent des réflexions alimentées par l'apport théorique du formateur et par les expériences des collègues. C'est un espace soutenant grâce à la réunion de ses pairs. Le questionnement éveille l'envie de questionner ses pratiques et de les adapter à chaque situation. »

Verbatim, avril et juin 2023.

a perte de sens lorsque les buts de l'action divergent des aspirations personnelles et que d'autres buts plus adéquats sont en attente (déliaison). Lorsqu'il n'y a pas de congruence, il y a perte de sens et cela ampute le pouvoir d'agir (souffrance). La transformation du sens de l'action (la reconnaissance d'un nouveau but possible) augmente le rayonnement possible de l'activité et de la vitalité du sujet. « *L'intellect et l'affect s'y chevauchent, migrent brutalement l'un dans l'autre au bénéfice, même différé, du développement du pouvoir d'agir du sujet dans la situation et sur lui-même.* » (Clot, *Ibid.*).

Notre hypothèse est que les APP favorisent le *pouvoir d'agir en management*. Ce *pouvoir d'agir* s'appuie sur la perspective épistémologique de *l'agir en santé* (Parent *et al.*, 2019).

Il nous paraît nécessaire de préciser que, dans l'expression *agir en management*, la fonction reliante de la préposition désigne un espace où se jouent des interactions entre le manager et l'ensemble des acteurs qu'il côtoie. Cet *agir* ne réside pas dans un *faire* mais implique un sens, une expérience professionnelle et d'apprentissage. Cette expérience réfléchie tend à considérer que le manager est un individu possédant une rationalité limitée, contrairement à ce que la *doxa* managériale, sur laquelle est bâti le management scientifique du travail, attend en termes de rationalité de la part des managers. En effet, « *Dans la pratique, le management reste une affaire de bricolage, de jeux d'ajustement, parce que l'être humain est fondamentalement un être peu rationnel. Il faut toujours s'adapter aux configurations locales, aux situations.* » (Le Texier, 2016). Le geste technique managérial idéalisé, maîtrisé, normé, est reconsidéré par les analyses de pratique. « *Ce geste est transformé en un geste de métier et appartient au stock des manières de faire acceptables et acceptées par les professionnels du milieu concerné.* » (Balas, Jacquens, 2021). Le geste professionnel du manager a été questionné lors de ces différentes séances et semble réinvestir son historicité. En effet, aux 18^e et 19^e siècles, manager signifiait « *prendre soin* », « *s'occuper de* » (CNRTL). Il s'agissait d'une pratique personnalisée mise à mal au tournant du 20^e siècle par le taylorisme qui a pris le « *contre-pied* » de ce modèle en le dépersonnalisant, en tentant de formaliser l'informel

« *Prendre du recul sur des situations, en discuter, redonne pour moi du sens. Je comprends mieux ce que je fais. Je me sens alors en accord.* »

« *Les séances permettent de se recalibrer par rapport à ses propres valeurs et par rapport aux valeurs professionnelles.* »

Verbatim, décembre 2022 et juin 2023.

« *Je vous remercie pour avoir su donner la place au débat. Ces moments, à mon sens, nous permettent de nous libérer en comprenant ce que nous faisons.* »

« *Les analyses de pratiques professionnelles me remettent d'aplomb, me rétablissent, car nos métiers sont secoués, mis à mal.* »

Verbatim, avril 2023

et en systématisant la rationalisation des adaptations locales, qui sont, par essence, singulières.

CONCLUSION

Les APP mises en œuvre auprès des cadres de santé du GHU Paris psychiatrie & neurosciences tendent à confirmer que les espaces de construction de la pensée sur le travail sont essentiels pour la santé des managers. Ils semblent donner du sens au travail.

Le travail est un liant entre les membres de la société, qui fait émerger le sentiment d'utilité. Contrairement à ce que considérait Nietzsche (1881), le travail est un élément ambivalent entre aliénation et épanouissement (dimension collective, sens et finalité). Il est une des dimensions fondamentales de notre participation au monde.

Ces séances révèlent que le travail de la subjectivité est un axe essentiel permettant aux cadres de se détacher des gestes techniques de management et de les reconsidérer dans des perspectives singulières. Ces séances ont offert aux encadrants des espaces permettant de respirer librement dans un contexte où les organisations les soumettent à des tensions de plus en plus fortes.

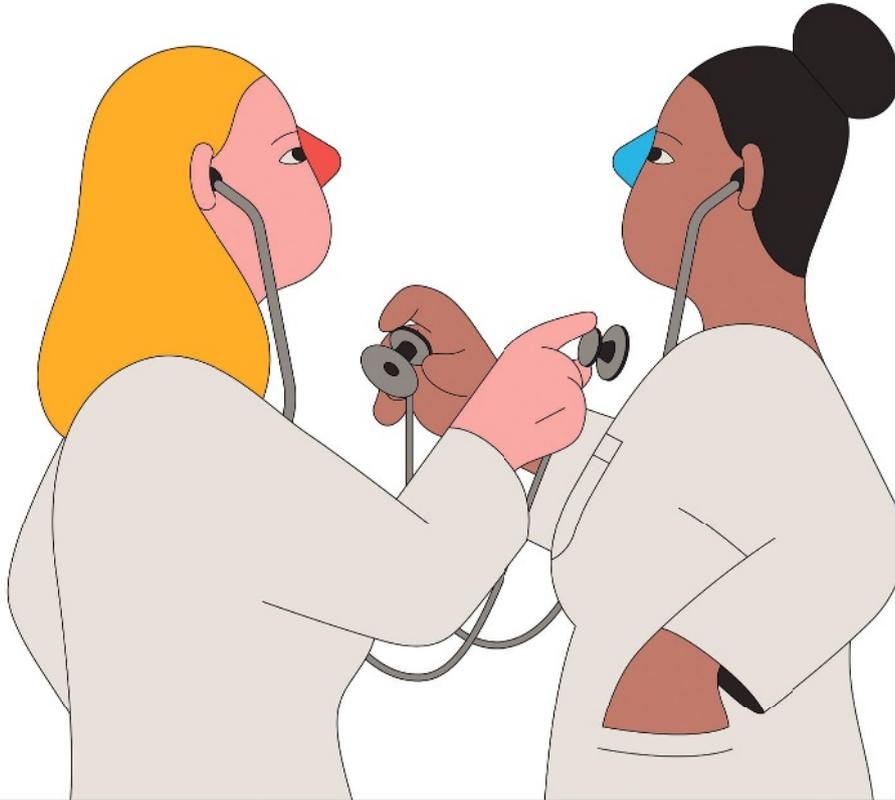
Les auteurs remercient Isabelle Mabit, coordonnatrice générale des instituts de formation paramédicale du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Nadine Phan, coordonnatrice générale des soins du GHU Paris psychiatrie & neurosciences, et tous les cadres de santé et cadres juniors ayant participé à ces séances d'analyse de pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation* ; 25-26 : 15-34.
- Balas S, Jacquens W. (2021). Enseignement des gestes de métier en formation initiale sanitaire et sociale : comment apprendre à faire pour « se faire » professionnel ? HAL Id: hal-03446734.
- Beillerot, J. (1998). L'éducation en débats : la fin des certitudes. L'Harmattan.
- Clot, Y. (1997). Le travail est-il supportable ? Armand Colin.
- Le Texier, T (2016) Le maniement des hommes. Essai sur la rationalité managériale. La Découverte.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning*. Prentice Hall.

- Nietzsche, F. (1881). *Aurore*, Livre III, § 173.
- Parent, F, Aiguier, G, Berkesse, A, Reynaerts, M, Rolland, F, Wardavoire, H, Jouquan, J. (2019). Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de « l'agir-en-santé ». *Pédagogie médicale* 19 : 127-135.
- Schwartz, Y. (2010). L'activité humaine, à la fois intellectuelle et humaine. Les éclairages complémentaires de Pierre Pastré et d'Yves Schwartz. Éditions Raison et Passions. « *Travail et Apprentissages* ». 2010/2 ; 6 : 25-45.
- Taylor, F. (1911). *The Principles of Scientific Management*. Harper & Brothers.

Les soignants ont besoin d'un partenaire aussi engagé qu'eux.



Choisir MGEN, ce n'est pas juste choisir une bonne complémentaire santé pour vos agents, c'est choisir un partenaire qui connaît l'hôpital, le soutient et s'engage aux côtés de la fonction publique hospitalière.

Des **permanences MGEN** dans les établissements de santé.

Plus de **1 000 interventions en prévention** chaque année :

- **Capital santé** : activité physique, sommeil, nutrition...
- **Santé au travail** : risques psycho-sociaux, troubles musculosquelettiques...
- **Obligations employeur** : stratégie QVCT, DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels), harcèlement...



On vous le prouve ici

Choisir MGEN, c'est aussi choisir :

- des remboursements **en moins de 48h***
- **130 agences** sur tout le territoire
- une **équipe régionale** à votre écoute
- une **expertise unique de la fonction publique** et des besoins de chaque agent

Vous auriez raison de choisir la première mutuelle des agents du service public.**



GRUPE **vyv**

On s'engage mutuellement