

OSM

OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT

La revue des cadres de santé

LE NEURO MANAGEMENT ENJEUX ET INNOVATIONS

DÉCOUVREZ
LE PLAN D'ÉPARGNE
RETRAITE
PROPOSÉ PAR LE

C.G.O.S



« JE PROFITE DES AVANTAGES DU
C.G.O.S POUR **MON QUOTIDIEN**,
POUR **MA RETRAITE** AUSSI. »

Sophie, 46 ans, infirmière.

Avec le Plan d'Épargne Retraite de la Complémentaire Retraite des Hospitaliers créée par le C.G.O.S, vous vous constituez un capital pendant votre vie active : une sécurité à long terme dont vous profitez au moment de la retraite. Simple, non ?

100% dédié aux hospitaliers, profitez des avantages du PER dont sa fiscalité et bénéficiez d'exclusivités telles que zéro frais sur vos versements.

crh.cgos.info



**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE** DES HOSPITALIERS
L'ÉPARGNE RETRAITE DU C.G.O.S

ÉDITO



David Naudin

Docteur en sciences de l'éducation, chercheur associé à l'École universitaire de recherche Sciences infirmières en promotion de la santé (EUR SlePS) et au Laboratoire Éducatifs et promotion de la santé (LEPS UR3412) Paris Sorbonne Nord, adjoint du directeur de l'IFCS, AP-HP

LE RETOUR INDISPENSABLE DE L'ESPRIT CRITIQUE !

Notre époque est marquée par une prolifération d'informations générées parfois par des intelligences artificielles et où la distinction entre le vrai et le faux devient un exercice quotidien difficile. L'esprit critique apparaît alors comme une nécessité absolue pour garantir une prise de décision éclairée et fondée sur des données probantes.

Les soignants et les cadres de santé se fondent sur ce qui relève du savoir validé, des résultats robustes et reproductibles. Pourtant, l'exercice de l'esprit critique ne se limite pas à un simple tri des informations. Il engage des processus cognitifs profonds, au premier rang desquels figure la réflexivité. Celle-ci ne consiste pas uniquement en une analyse rétrospective de ses propres actions et décisions, mais implique aussi une capacité plus large : celle de mettre en œuvre une fonction inhibitrice efficace⁽¹⁾. Cette fonction cognitive joue un rôle déterminant dans la capacité à suspendre un jugement immédiat, à éviter la réponse automatique dictée par des habitudes ou des biais cognitifs, et à engager un véritable raisonnement critique.

Cela permet de prendre le recul nécessaire face aux informations reçues, en empêchant les réponses impulsives et les jugements précipités. Les biais cognitifs, qu'ils soient individuels ou collectifs, constituent une

entrave à l'objectivité et à la rigueur scientifique. Chaque professionnel peut être enclin à privilégier les informations confirmant ses croyances préexistantes ou à accorder plus de poids aux données les plus récentes plutôt qu'aux plus robustes. Les dynamiques de groupe peuvent accentuer ces phénomènes, en renforçant des consensus artificiels ou en favorisant des décisions dictées par la conformité sociale plutôt que par une analyse rigoureuse des faits. L'inhibition joue ici un rôle de régulation. Elle permet de ralentir le processus décisionnel, de reconsidérer les options avec une plus grande ouverture d'esprit. Elle joue également un rôle fondamental dans l'apprentissage et la réflexivité : elle permet aux apprenants d'évaluer leurs propres raisonnements, d'identifier leurs erreurs et d'ajuster leurs pratiques en conséquence. C'est une condition *sine qua non* dans l'apprentissage et le perfectionnement professionnel. Enfin, elle est le terreau de la créativité ; elle ouvre l'espace mental nécessaire à l'exploration de nouvelles idées et à l'émergence de solutions originales. Ce numéro vous invite à explorer ces mécanismes fascinants qui façonnent notre manière d'apprendre, de raisonner et d'agir en situation. Que cette lecture alimente votre réflexion et vous apporte des perspectives enrichissantes, comme elle a contribué à nourrir la nôtre lors de son élaboration.

1. Houdé O, Borst G. Evidence for an inhibitory-control theory of the reasoning brain. *Front Hum Neurosci* 2015;9:148.

COMITÉ DE RÉDACTION

► MARIA CRÉTANT

Cadre supérieure de santé, Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP, Paris. Sorbonne Université

► CHRISTELLE CROITOR

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

► ARNAUD GAUTIER

Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle, CH Guillaume-Régner, 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

► 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

Ingénieur 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 gracieusement nos contenus.

Quand vous relayez 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 304 Avril-mai 2025

ÉDITO

5 Le retour indispensable de l'esprit critique ! D. Naudin

ACTUALITÉS

- 6 Portrait - Laetitia Levère, le dépassement de soi pour vaincre le glioblastome
 9 Politique de santé - Le PLFSS (enfin) adopté
 10 E-santé - Quel usage des outils numériques ?
 11 Congrès Bleu menthe 2025- Aide-soignant 4.0
 12 Démocratie sanitaire - Renforcer le pouvoir d'agir des usagers
 13 Législation - La loi « fin de vie » scindée en deux
 14 Interview - Alexis Bataille-Hembert
 « *Le corps et l'esprit du soignant sont ses premiers outils de travail* »
 16 Guide HAS - Bienveillance versus maltraitance
 18 Femmes de santé - Perception des femmes sur leur santé

DROIT

- 20 Pratique hospitalière - L'hôpital face à la justice, études de cas J-C. Boyer
 24 Textes législatifs A. Uzel

ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

- 26 Groupements hospitaliers de territoire, vers un nouveau chapitre A. Renaud

DOSSIER

30 LE NEUROMANAGEMENT, ENJEUX ET INNOVATIONS

Coordonné par David Naudin

32 MANAGEMENT DES SOINS

Les neurosciences au service du management D. Naudin, N. Renou

33 RECHERCHE ET FORMATION

Prise de décision managériale : l'apport des neurosciences D. Naudin, V. Loho Noya

37 RESSOURCES HUMAINES

Quand les biais cognitifs deviennent des normes managériales A. Crettin

40 MANAGEMENT DES SOINS

Booster la créativité des équipes, c'est possible ! B. Le Corre, S. Aymard

44 RECHERCHE ET FORMATION

La pédagogie de Bruner à l'aune des neurosciences L. Breuil, M. Ettendorff et G. Pascher

48 QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

Les applications managériales des neurosciences et de l'intelligence artificielle L. Soyer

53 RECHERCHE ET FORMATION

Simulation à l'attention des managers : sortir de l'aliénation H. Belou, A. S. Castelot

ÉTHIQUE

- 59 Des formations aux valeurs de la République et à la laïcité I. Eyland

SENS DES MOTS ET DES IDÉES

- 63 La reconnaissance ou le besoin d'exister D. Maroudy

RECHERCHE ET INNOVATION

- 67 Le rôle du cadre de santé dans la promotion de la recherche paramédicale A. Ledoux Aubrey, I. Eyland

ÉCRITS PROFESSIONNELS

- 72 La coopération professionnelle A. Maréchal

CULTURE

- 75 Management • Psychologie • Enquête • Travail • Humanitaire



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 : Avril 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 :

C. Pourprix, A. Renaud

• Photo de couverture :

© Gordan1/iStockphoto

• 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

Laetitia Levère



© Laetitia Levère

Cadre formatrice à l'école d'infirmiers de bloc opératoire du CHU de Montpellier, Laetitia Levère est aussi présidente de l'association « Des Étoiles dans la mer, vaincre le glioblastome », qu'elle a fondée en 2019. Transmettre, sensibiliser, lever des fonds pour faire avancer la recherche contre ce cancer sont au cœur de son quotidien.

Le dépassement de soi pour vaincre le glioblastome

C'est dans un service de réanimation chirurgicale thoracique que Laetitia Levère débute comme infirmière en 2000, tout d'abord au sein de l'hôpital Marie Lannelongue à Paris, puis au CHU de Montpellier. À l'occasion de l'ouverture d'un poste en neurochirurgie, elle découvre le métier d'infirmière de bloc opératoire (Ibode) et décide de se spécialiser. Elle obtient son diplôme d'Ibode en 2010 et intègre un service d'orthopédie.

En 2013, une nouvelle opportunité professionnelle se présente à elle lorsque le CHU de Montpellier engage un vaste projet de restructuration, impliquant des changements organisationnels et architecturaux,

avec la refonte d'un nouveau bloc opératoire de 4 000 m². « On m'a proposé de piloter un projet logistique innovant et inédit en France, visant à mettre des stockeurs pour le matériel restérilisable en s'appuyant sur un système informatisé et robotisé. En seulement 4 mois, nous avons réalisé une analyse fonctionnelle, référencé toutes les interventions, les matériels par intervention, harmonisé les libellés des plateaux d'instrumentation des 18 salles d'intervention... À l'époque, chaque équipe avait un arsenal spécifique dédié, sa propre organisation avec ses propres horaires et équipes d'aides-soignants. Tout a été refondu pour mettre en place une organisation commune. »

PLONGÉE DANS L'INCONNU

Faisant fonction de cadre en service d'orthopédie en parallèle de ce projet transversal, Laetitia Levère découvre alors l'univers de la logistique, dont elle n'était pas coutumière. « *Ma cadre supérieure m'a fait confiance, mais d'autres collègues m'ont alertée : « Dans quoi tu t'aventures alors que tu n'as même pas ton concours de cadre ? » Le travail s'est révélé titanesque mais ne m'a pas effrayée car à partir du moment où je crois au bien-fondé d'un projet, l'inconnu ne me fait pas peur.* » Pour mener à bien cette mission, Laetitia Levère s'appuie sur sa connaissance fine des enjeux de stérilisation, l'expertise des infirmiers et Ibode de toutes les spécialités, mais aussi tout un ensemble de métiers de l'hôpital – la stérilisation, les achats, la pharmacie, l'informatique, la cellule qualité pour mettre en place des procédures en vue des audits sur la préparation du matériel... –, ainsi que sur la société de logistique partenaire du CHU. En 2015, à l'issue de ce projet, elle entre à l'école des cadres de Montpellier puis, son diplôme en poche, elle réintègre le bloc opératoire pour travailler sur un nouveau projet transversal d'évaluation des compétences, d'accompagnement à la montée en compétences et de suivi de thématiques transversales sur le matériel. Un important travail est mené sur l'ergonomie et l'amélioration des conditions de travail des aides-soignants en vue d'endiguer l'absentéisme et les risques psychosociaux.

DES DÉFIS EXTRÊMES POUR MÉDIATISER LE GLIOBLASTOME

Sa vie prend un tout autre virage en 2018, lorsque son époux décède d'un glioblastome, un cancer du cerveau incurable diagnostiqué pendant qu'elle étudiait à l'école des cadres. « *J'avais déjà rencontré cette tumeur nécrosée, noire, en bloc de neurochirurgie. Je savais que ce cancer très agressif touche les enfants et les adultes. J'ai voulu mobiliser, sensibiliser autour de ce cancer.* » Le 9 juin 2019, elle parcourt 18 km à la nage, en mer, en 8 heures 30. Un exploit pour cette jeune femme réputée très frileuse, qui marque le lancement de l'association « Des Étoiles dans la mer, vaincre le glioblastome » créée avec d'autres soignants.

« *Les équipes du CHU de Montpellier ont largement soutenu ce défi de nage extrême et mon projet d'association. Certains ont nagé avec moi en mer, nous avons aussi eu l'appui du milieu de la natation et de la plongée sous-marine, et nous avons bénéficié d'un réel engouement des familles touchées par le cancer en France.* » Après avoir relevé ce défi et concouru au championnat de France en eau glacée en 2019, Laetitia Levère s'est remise aux entraînements pour participer au championnat du monde organisé en France en 2022, où elle a décroché une médaille de

bronze en 50 m. « *C'est une discipline extrêmement douloureuse physiquement. Pour y arriver il faut un moteur, se battre pour une cause, c'est une forme de dépassement de soi qui demande d'être très concentré, de lâcher prise, d'être en communion avec soi et les autres. Mon moteur était la médiatisation, pour parler du glioblastome.* »

BÉNÉVOLE ET CADRE FORMATRICE

Parallèlement à son action associative, Laetitia Levère travaille à 80 % comme cadre formatrice à l'école d'infirmiers de bloc opératoire du CHU de Montpellier depuis 2019. « *J'ai toujours aimé la transmission, l'enseignement, confie-t-elle. J'étais tutrice comme infirmière et Ibode, et j'ai rédigé mon mémoire d'études sur la pédagogie. Sur le plan personnel, j'ai étudié la pédagogie lors de mon monitorat de plongée sous-marine et j'ai d'ailleurs appliqué des méthodes de pédagogie du sport pour former une nouvelle infirmière de bloc opératoire en peu de temps.* » Laetitia Levère a embrassé ce nouveau métier de cadre formatrice au moment opportun, alors qu'elle avait besoin de trouver un nouvel air. « *Ce métier est très différent : au bloc, on est en interaction avec plein de monde de différents services, mais on est sous cloche, car on travaille dans un milieu fermé physiquement. À l'école, je suis physiquement en interaction avec plein de gens car je fais venir des intervenants de tous horizons, je rends visite aux étudiants en stage dans différents établissements.* » Quant au rythme de travail, là aussi les deux mondes diffèrent : « *Quand je suis arrivée à l'école, j'étais encore sous l'effet speed du bloc. Là c'est différent : on ne touche pas terre car il y a beaucoup de travail de coordination, d'accompagnement, de construction des séquences, de formation continue, de tutorat... mais c'est une autre manière de travailler !* »

SOUTIEN À LA RECHERCHE

L'association « Des Étoiles dans la mer, vaincre le glioblastome » a démarré avec 50 adhérents et en compte 800 aujourd'hui. Elle vise trois objectifs : financer la recherche, soutenir les familles touchées par ce cancer et sensibiliser l'opinion publique.

« *Les chercheurs en neuro-oncologie disposent de très peu de moyens financiers. Sans l'aide des associations, ils ne pourraient pas mener leurs travaux* »



Des membres de l'association autour du symbole de l'opération « Mai en gris », qui vise à sensibiliser aux tumeurs cérébrales.

En 6 ans, elle a fait don d'un million d'euros à des chercheurs, grâce à des fonds recueillis par les bénévoles partout en France à l'occasion d'événements sportifs, culturels ou de conférences pour soutenir cette cause. Chaque année, « Des Étoiles dans la mer, vaincre le glioblastome » lance un appel à projets à l'attention des équipes de recherche en quête de financement. Trois projets phares sont actuellement soutenus : GlioTex, un programme dédié à la recherche thérapeutique sur le glioblastome mené à l'Institut du cerveau, Gliocure, un projet de développement de médicaments pour les maladies gliales hébergé au CHU d'Angers, et une étude épidémiologique menée par le Pr Bauchet au CHU de Montpellier, visant à comprendre les enjeux génétiques et environnementaux du glioblastome. « Les chercheurs en neuro-oncologie disposent de très peu de moyens financiers. Sans l'aide des associations, ils ne pourraient pas mener leurs travaux, déplore Laetitia Levère. Les avancées sont donc lentes par manque de ressources, d'autant que les caractéristiques de cette pathologie ne facilitent pas l'efficacité des traitements : la localisation de la tumeur dans le cerveau rend difficile l'extraction des cellules qui sont extrêmement infiltrantes dans les tissus et robustes, l'efficacité de la radiothérapie est atténuée par l'os crânien qui fait barrage, et il en est de même pour la chimiothérapie en raison de la barrière hémato-encéphalique. L'histologie du cancer étant différente selon les patients, les équipes de recherche travaillent sur l'identification de nouveaux biomarqueurs. L'avenir thérapeutique sera sûrement dans la combinaison de plusieurs thérapies personnalisées. »

UTILISER LA FORCE DE FRAPPE DES RÉSEAUX SOCIAUX

Peu encline à se poser, Laetitia Levère a publié un livre en février 2024 : *Adishat*, aux éditions Baudelaire. Un témoignage personnel, associatif, sportif, autour du cancer du cerveau, dont les

recettes sont reversées à la recherche. Cette « Femme de santé 2024 » a aussi porté la flamme olympique lors de son passage à Millau en mai dernier, en relais avec Jérôme, un ultra-trailer décédé depuis d'un glioblastome.

Et elle ne manque pas de projets. Le prochain : créer une première maison de répit pour les aidants et les patients atteints de glioblastome à Montpellier. « *Un lieu hybride, une alternative à l'hospitalisation à domicile ou à l'hospitalisation pour les fins de vie, une unité de soins palliatifs dédiée à ces patients qui soit aussi un lieu de répit pour se ressourcer, bénéficier de soins de bien-être, d'écoute, de conseils diététiques, d'activités...* » Avec bien sûr l'idée de créer d'autres lieux de ce type ensuite, grâce à des levées de fonds.

La médiatisation est, selon elle, la clé pour attirer l'attention sur ce cancer, mobiliser un maximum de personnes et collecter des fonds. « *Nous diffusons sur notre chaîne YouTube de nombreux reportages de chercheurs, patients, aidants qui témoignent face caméra. Ces vidéos sont très regardées par les familles mais aussi par la communauté scientifique, qui nous suit également sur LinkedIn. Récemment, le parrain de l'association a organisé une rencontre entre un petit garçon malade et Kylian Mbappé. Nous avons besoin des influenceurs, de relais. C'est un vrai pouvoir.* »

Laetitia Levère entend utiliser cette notoriété pour interpellier les politiques. L'objectif : réaliser un recensement national du cancer du cerveau afin de comprendre l'origine et le mécanisme de cette maladie, en vue de mieux la prévenir. Et obtenir, comme cela a été accordé aux patients atteints de la maladie de Charcot, un système coupe-file pour faciliter la prise en charge sociale des malades dont le temps est compté.

Claire Pourprix

ASSEMBLÉE NATIONALE

POLITIQUE DE SANTÉ

Le PLFSS (enfin) adopté

Après des mois d'empoignades gouvernementales et parlementaires, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) a été définitivement adopté le 17 février 2025. Reste à savoir ce qu'il réserve aux établissements.

Le PLFSS a fait l'objet de tant de négociations entre partis, a occasionné tant de turbulences politiques (au point d'occasionner la chute du gouvernement Barnier au mois de décembre) qu'on en oublierait presque l'essentiel : son contenu. Car depuis qu'il a été définitivement adopté par un ultime vote du Sénat le 17 février dernier, ce texte qui régit l'utilisation budget de la Sécurité sociale, et donc celui de l'Assurance maladie, sort enfin de la phase parlementaire pour entrer dans la « vraie vie ». L'incertitude est donc terminée pour les différents acteurs du système de santé.

Premier constat : le budget global alloué à la santé est en hausse. L'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) augmente de 3,4 % par rapport à l'année précédente. Une croissance supérieure aux 2,8 % initialement prévus sous Michel Barnier au mois d'octobre, lorsque la première mouture du texte avait été présentée pour la première fois. Rappelons que la progression de 3,4 % reste toutefois inférieure à la progression dite « spontanée » des dépenses, c'est-à-dire à la progression qui serait celle de l'Ondam sans mesures d'économies, notamment sous l'effet du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, et que le gouvernement estime à 4,7 %.

LES HÔPITAUX BIEN SERVIS

On peut par ailleurs noter que l'augmentation du budget fait la part belle aux hôpitaux. Les négociations menées depuis le mois de janvier avec le Parti socialiste pour éviter une censure ont ainsi contribué à l'augmentation du budget, notamment via une rallonge d'un milliard d'euros pour l'Ondam hospitalier. D'autres mesures, en revanche, visent à faire baisser l'addition. Des efforts sont par exemple prévus via le plafonnement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, ou encore celui du recours à l'intérim par les établissements hospitaliers.

Cette dernière mesure, qui a fait tant parler d'elle pour les médecins, est en effet étendue à d'autres professions, y compris aux infirmiers. L'article 18 du texte adopté prévoit que « lorsqu'il existe [...] un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une société de

travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements [...] est plafonné ». Le législateur a cependant prévu une certaine souplesse dans l'application de cette disposition, en précisant que celle-ci doit avoir lieu « en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales », et en renvoyant à la voie réglementaire pour fixer les modalités techniques.

PLACE À LA SUITE

« Enfin un budget pour notre sécurité sociale ! », s'est réjoui sur les réseaux sociaux le ministre de la Santé Yannick Neuder le jour même de l'adoption du texte, ajoutant qu'il s'agissait selon lui d'une avancée « pour un meilleur accès aux soins des patients, pour améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, pour engager une politique de prévention forte, et pour une action menée en impliquant tous les territoires ». Un soulagement qui était loin d'être partagé dans le monde infirmier. Thierry Amouroux, porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI), ne ménageait pas ses critiques sur les réseaux sociaux après le vote, fustigeant notamment le coup de rabet sur les arrêts de travail, et estimant que le PLFSS considère les salariés comme « coupables d'être malades ».

La Fédération hospitalière de France (FHF), l'organisation qui défend les intérêts des hôpitaux publics, a pour sa part marqué sa satisfaction. « La FHF accueille avec un certain soulagement l'adoption de la LFSS », a-t-elle fait savoir par communiqué, saluant notamment « une prise de conscience de la nécessité de financer l'hôpital public à hauteur de ses coûts », et qualifiant le milliard supplémentaire accordé lors des négociations de dernière minute de « bouffée d'oxygène bienvenue ». Reste que la FHF entend rester vigilante à la traduction concrète des mesures annoncées dans la campagne tarifaire à venir (la circulaire qui fixe les tarifs hospitaliers), et qu'elle souhaite surtout désormais se projeter dans l'avenir. Elle indique ainsi vouloir travailler à la « loi de programmation de la santé », qui permettrait un pilotage sur plusieurs années, déjà évoquée par le gouvernement. **Adrien Renaud**

Quel usage des outils numériques ?

Le baromètre PulseLife⁽¹⁾, réalisé en partenariat avec Interaction Healthcare, a exploré du 16 novembre 2024 au 15 janvier 2025, l'adoption et l'impact des outils numériques dans la pratique médicale et paramédicale. L'enquête, menée auprès de 760 professionnels de santé, révèle une utilisation massive de ces outils, avec des bénéfices reconnus pour la qualité des soins mais également pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Nonobstant, des défis persistent, notamment en termes de formation, d'ergonomie, d'adhésion des patients mais aussi des soignants.

L'enquête révèle une utilisation répandue des outils numériques puisque près de 88 % des professionnels de santé les utilisent, dont 70 % plusieurs fois par jour. Ceux-ci sont variés, des outils d'aide à la décision médicale (50 %), aux plateformes de formation (44 %) et à la téléconsultation (27 %), qui sont actuellement les plus utilisés. Notons que 66 % des médecins utilisent ces outils devant leurs patients, soulignant leur rôle central dans la relation médecin-patient et surtout, le gain de temps permettant de retrouver du lien avec ce dernier.

BÉNÉFICES ET IMPACT SUR LA QUALITÉ DES SOINS

Il est indéniable pour les utilisateurs que les outils numériques apportent une plus grande efficacité dans les prises en soins : 64 % des professionnels la constatent, 55 % apprécient le gain de temps offert par ces outils, 48 % notent une meilleure précision des diagnostics et 93 % estiment que ces outils contribuent positivement à la qualité des soins, alors que 68 % pensent qu'ils renforcent la relation avec les patients.

DÉFIS ET AXES D'AMÉLIORATION

Cependant, il existe encore de nombreux écueils à franchir et des axes d'amélioration notables. En effet, 48 % des professionnels regrettent le manque de temps pour se former ; 42 % rencontrent des problèmes techniques ou de compatibilité des outils entre les différents protagonistes mais même au sein de leur propre structure parfois ; 33 % déplorent le manque de ressources pédagogiques adaptées et d'accompagnement pour appréhender l'utilisation de ces outils. Enfin, une meilleure ergonomie (60 %), des formations adaptées (53 %) et une personnalisation accrue (52 %) sont les principales attentes.

ADHÉSION DES PATIENTS

Il va sans dire que ces nouveaux outils sont les prémices d'un changement de paradigme dans la relation soignant-soigné⁽²⁾. Redonner du temps, reconstruire le lien et la communication singulière interhumaine entre le patient et les professionnels de santé : voilà l'un des nombreux enjeux en présence, au-delà des performances technologiques et diagnostiques.

À ce jour, 51 % des professionnels estiment que leurs patients sont peu ou pas intéressés par ces technologies ; même si les outils connectés se développent au sein des foyers français. Le domaine de la santé reste encore un terrain à conquérir. Parmi les outils plébiscités par les patients : la téléconsultation (59 %) et l'éducation thérapeutique (55 %) suscitent un certain intérêt. Cependant, les problèmes d'ergonomie (67 %), le manque d'information (63 %) et les inquiétudes concernant la sécurité des données (48 %) sont les principaux obstacles à prendre en compte du côté des patients. Il n'empêche que les professionnels reconnaissent un suivi amélioré (67 %), une meilleure compréhension des pathologies (63 %) et une communication renforcée (53%) pour les patients.

PERSPECTIVES

Le Gouvernement français, très favorable à l'intelligence artificielle (IA), prépare activement une « feuille de route sur l'IA en santé » et s'engage à former 100 000 professionnels de santé par an à l'utilisation de cette technologie. Cette annonce fait suite au sommet mondial sur l'IA qui s'est tenu à Paris en février dernier, où le président Emmanuel Macron a annoncé un investissement de plus de 100 milliards d'euros dans ce domaine. Le ministre délégué à la Santé, Yannick Neuder, a rencontré plusieurs

start-ups françaises spécialisées dans l'IA en santé et a annoncé des mesures pour renforcer son utilisation dans le domaine médical et paramédical. Par ailleurs, à partir de la rentrée universitaire 2025, l'enseignement de l'IA sera intégré de manière obligatoire au cursus initial des études de santé.

Un budget de 119 millions d'euros a été alloué pour permettre à 100 000 soignants par an, sur 5 ans, de se former à l'IA. De plus, un « campus » dédié à l'IA en santé sera créé. Yannick Neuder annonce également l'élaboration d'une « feuille de route nationale sur l'IA en santé ». Un observatoire des usages de l'IA en santé, piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) sera également mis en place afin de suivre l'évolution et la diffusion des technologies d'IA dans le système

de santé. Du pain sur la planche, donc, pour intégrer cette pratique et l'utilisation de cette innovation technologique dans nos établissements de santé, du médecin à l'aide-soignant, et qui doit servir l'Humain et le prendre soin. C'est une excellente nouvelle !

Nathalie Renou

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Dr Grégoire Pigné est co-fondateur de PulseLife, baromètre national sur l'usage et la perception des outils numériques par les professionnels de santé.
2. Sidney Boudet, Marion Durand, François Lecoutour, Asmae Nadim, Thomas Robin. Améliorer la qualité des soins par la gestion des patients en milieu hospitalier : apports de l'intelligence artificielle. Ingénierie biomédicale. 2024. ffdumas-04415398f
3. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). L'IA en santé : Plateforme des solutions d'Intelligence artificielle en santé, <https://ia.anap.fr/>

CONGRÈS BLEU MENTHE 2025

Aide-soignant 4.0

Choisir le métier d'aide-soignant, c'est opter pour une profession profondément humaine, centrée sur l'accompagnement global de l'autre avec ses vulnérabilités. Un engagement qui requiert aujourd'hui de s'adapter aux mutations de la société, aux avancées technologiques et à une approche de soins où le patient est plus que jamais acteur de son propre parcours.



Dans un contexte de soins en constante évolution – marqué par la digitalisation, les innovations technologiques, la place centrale du patient et un langage médical parfois complexe –, il est essentiel de préserver la dimension humaine essentielle du prendre soin. Les Journées Bleu Menthe 2025, pour leur 30^e édition les 4 et 5 décembre 2025, invitent les aides-soignants à repenser ensemble l'avenir des soins.

En mettant l'accent sur l'empathie, la reconnaissance de l'expertise patient et l'intégration des technologies innovantes, ce congrès s'intéressera à l'intégration des nouvelles technologies dans les parcours de soins, afin de proposer une prise en charge plus humaine, personnalisée et efficiente. L'occasion de découvrir comment les dernières avancées technologiques peuvent être mises au service d'une approche des soins sans cesse renouvelée. Il permettra notamment aux participants d'acquérir des

stratégies en matière de recherche d'information efficaces pour comprendre les besoins uniques de chaque patient et établir une relation de confiance.

En explorant l'utilisation des outils numériques qui facilitent la prise en charge des patients, en abordant également les aspects réglementaires et éthiques liés à leur utilisation, les congressistes seront ainsi en mesure d'identifier la plus-value pour leurs missions futures et d'optimiser la relation.

Et comme toujours, le congrès Bleu Menthe se veut un espace d'échange et de partage d'expériences entre les professionnels de santé et les patients. Des tables rondes, des ateliers et des moments de convivialité seront organisés pour encourager le dialogue et la collaboration entre les différents acteurs du soin.

Alors, inscrivez-vous équipes sur : <https://evenements.espaceinfirmier.fr/bleu-menthe-2025> !

Nathalie Renou

DÉMOCRATIE SANITAIRE

Renforcer le pouvoir d'agir des usagers

Dans un contexte où l'autonomie des usagers du système de santé est un enjeu majeur, le Centre de réadaptation fonctionnelle Richelieu, à La Rochelle, a mis en place un projet novateur.

L'objectif principal de ce projet est de développer le pouvoir d'agir des patients en leur permettant d'accéder à des informations essentielles sur leurs droits et leur santé. Il s'inscrit dans une démarche participative où professionnels et usagers collaborent à la mise en place des actions et à l'amélioration des dispositifs de soins.

UN PROJET CENTRÉ SUR LA CO-CONSTRUCTION ET L'INCLUSION DES PATIENTS

Les grandes lignes de la démarche sont les suivantes :

- la création d'espaces dédiés aux interactions entre les usagers et les professionnels de santé ;
 - l'organisation d'ateliers thématiques animés par un représentant des usagers et des professionnels formés ;
 - la mise en place de bornes interactives pour informer et sensibiliser les patients sur leurs droits et la prévention en santé publique.
- Le projet poursuit plusieurs objectifs concrets :
- favoriser l'autonomie des patients en les aidant à prendre des décisions informées sur leur santé,

- encourager la collaboration entre professionnels de santé et usagers pour coconstruire des actions adaptées,
- renforcer l'accès aux soins et aux droits en santé, notamment pour les publics vulnérables.

UN IMPACT ATTENDU

Grâce à ce projet, les patients joueront un rôle plus actif dans leur parcours de soins. L'évaluation sera réalisée grâce à plusieurs indicateurs, dont le nombre d'usagers participant aux activités, leur taux de satisfaction et l'augmentation de l'utilisation de services numériques comme « Mon Espace Santé ».

UN PROJET PILOTE AVANT UNE GÉNÉRALISATION

Le projet est étendu à l'ensemble de l'établissement et dans chaque service d'hospitalisation. L'implication des usagers dès la conception garantit un dispositif réellement adapté à leurs besoins. Avec cette initiative, le Centre Richelieu réaffirme son engagement en faveur d'une démocratie sanitaire active, où chaque usager devient un acteur clé de son propre parcours de santé. **Nathalie Renou**



Entretien avec Jean-Charles Erny, directeur du Centre Richelieu

Quelles sont les motivations qui ont mené à la création de cet espace, sur quelle observation s'est-il appuyé, et pourquoi le mettre en place aujourd'hui ?

Nous avons depuis plusieurs années le projet d'intégrer des tiers-lieux au sein des différents services. Lors d'un séminaire de direction consacré au développement de l'expérience patient, en 2021, l'une des actions retenues a concerné la création de ces espaces. L'objectif est d'aménager des lieux de convivialité ouverts aux patients, à leurs proches et aux professionnels, favorisant ainsi un environnement où les distinctions de statut s'effacent. Cette initiative vise à instaurer une nouvelle forme de proximité et à renforcer le lien entre professionnels et patients, en intégrant une véritable culture des tiers-lieux.

Comment ce projet s'inscrit-il dans la politique de l'établissement en matière de droits des patients et de démocratie sanitaire ?

Ce projet s'inscrit pleinement dans la démarche d'amélioration de l'expérience patient et de prise en compte des attentes des usagers. Il a été élaboré en concertation avec nos représentants des usagers et intégré dans le projet des usagers, un document stratégique co-construit pour répondre aux besoins et aux aspirations des patients.

Après validation en Commission des Usagers (CDU) et en Commission Médicale d'Établissement (CME) du Centre Richelieu, il a été intégré de manière officielle au projet d'établissement

2020-2025. Cette reconnaissance institutionnelle garantit son alignement avec les orientations globales de l'établissement et sa mise en œuvre dans une dynamique collective impliquant l'ensemble des parties prenantes.

D'après vous, quels sont les défis à relever par les cadres de santé et les équipes, pour assurer le succès de cette initiative ?

Pour que ce projet réussisse, les cadres de santé et les équipes doivent relever plusieurs défis :

- engager les professionnels : faire en sorte que les soignants adhèrent au projet sans le voir comme une contrainte, en les formant et en intégrant cette démarche à leur quotidien ;
 - changer les habitudes : passer d'un fonctionnement centré sur les soignants à une approche plus collaborative avec les patients, en instaurant une vraie culture de co-construction ;
 - encourager l'implication des patients : rendre ces espaces attractifs et accessibles à tous, en proposant des outils simples et des activités engageantes ;
 - assurer une bonne mise en place : coordonner les actions entre les services, adapter les ressources et intégrer ces dispositifs de façon durable ;
 - évaluer et améliorer : suivre l'impact du projet, l'ajuster en fonction des retours et garantir son évolution à long terme.
- Avec ces éléments, ce projet peut véritablement transformer la relation soignant-patient et renforcer la démocratie sanitaire au sein de l'établissement.

LÉGISLATION

La loi « fin de vie » scindée en deux



Le Gouvernement a annoncé, le 26 février dernier, que le projet de loi sur la fin de vie serait scindé en deux textes distincts. Cette décision a été prise pour répondre aux différentes sensibilités politiques et aux enjeux complexes liés à cette question. Voici les principaux points à retenir.

Un texte sera consacré au développement des soins palliatifs, et un autre abordera la question de l'aide active à mourir. Ils seront déposés par les députés eux-mêmes, ce qui souligne l'importance du rôle du Parlement dans ce débat, et feront l'objet d'un vote à l'Assemblée nationale fin mai.

L'objectif de cette scission est de permettre un débat plus approfondi et de trouver un consensus sur ces questions sensibles. Cette décision du Gouvernement marque encore une étape importante dans le débat sur la fin de vie en France.

« Ce sont deux textes différents qui seront deux propositions de loi, une sur les soins palliatifs et une autre sur l'aide [à] mourir [...] Ils feront l'objet d'un vote le même jour, l'un après l'autre », a déclaré Patrick Mignola, ministre des Relations avec le Parlement sur Public Sénat, concernant la loi sur la fin de vie. L'annonce de François Bayrou de diviser le projet de loi sur la fin de vie a révélé des désaccords au sein du Gouvernement et du Parlement. Yaël Braun-Pivet et Catherine Vautrin ont notamment exprimé leur préférence pour un texte unique, tandis que certains

députés craignaient que cette division ne serve à bloquer le débat sur l'aide à mourir.

Selon France info, ces propositions de loi seront portées par Frédéric Valletoux (Horizons) sur les soins palliatifs, la semaine du 12 mai, et Olivier Falorni (MoDem) sur l'aide active à mourir, à partir du 19 mai. Olivier Falorni aurait obtenu des garanties pour que son texte soit examiné dans tous les cas⁽¹⁾. Selon les informations de France info, les deux textes seront introduits par une discussion générale, établissant ainsi un lien entre eux. Bien que les deux votes soient distincts, ils se dérouleront simultanément afin de permettre l'examen des deux propositions dans le délai imparti.

Cette approche présente également l'avantage d'éviter un redémarrage à zéro des discussions, étant donné que le texte d'Olivier Falorni, en cours d'examen avant d'être interrompu par la dissolution, est déjà prêt.

Un dossier qu'*Objectif Soins & Management* ne manquera pas de suivre de très près.

Nathalie Renou

*Source : AFP et francetvinfo.fr

INTERVIEW

Alexis Bataille-Hembert *du soignant sont ses*



© Alexis Bataille-Hembert

Infirmier, co-rédacteur du rapport sur la santé des professionnels de santé remis en octobre 2023 à Agnès Firmin Le Bodo, ministre déléguée à l'Organisation territoriale et aux Professions de santé, Alexis Bataille Hembert a dirigé la rédaction de l'ouvrage « La santé des professionnels de santé en France » qui vient de paraître aux éditions LEH, en partenariat avec la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH).

L'OUVRAGE « LA SANTÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN FRANCE » EST-IL LA SUITE DU RAPPORT DÉDIÉ À CE SUJET ?

Dans le cadre du rapport, nous avons constaté que la France n'était pas pionnière en la matière, sauf en regardant le sujet à travers une seule discipline comme la santé au travail, la QVCT [qualité de vie et des conditions de travail, ndlr], l'épidémiologie ou l'économie de la santé. Aujourd'hui, on a une littérature assez pauvre sur le sujet global de la santé des professionnels de santé et du social. Ce livre rassemble toutes les expertises nouvelles qui existent, car de nombreuses associations et chercheurs n'ont pas attendu que la mission ministérielle voie le jour pour se lancer. L'ouvrage donne la parole à une centaine d'experts et compte quatre grandes parties : les constats et enjeux pour notre système de santé ; les travaux de recherche ; les initiatives de terrain ; enfin, une partie prospective sur la santé des professionnels d'ici à 2050. La question est de savoir comment imaginer et préparer cette santé, car si notre système de santé peut s'automatiser, bénéficier de IA [intelligence artificielle], de la robotique, du digital..., on aura toujours besoin de sa principale ressource qui est l'humain.

QUELS EXEMPLES D'INITIATIVES INSPIRANTES PEUT-ON CITER ?

Il existe notamment un diplôme universitaire « Soigner les soignants » qui permet aux professionnels de monter en compétences sur le sujet avec une approche pluridisciplinaire. L'un des modèles d'évaluation étant le mémoire, la Fondation MNH et à la Drees [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques] cofinancent un projet de recherche sur la revue de littérature grise provenant de ces mémoires basés sur des expériences de terrain avec une vraie appréciation clinique. Autre exemple : l'Hôpital Foch à Paris a créé un centre de prévention au travail il y a deux ans, sur un modèle unique basé sur le droit commun. Il propose, sur des horaires atypiques, une offre de services aux professionnels de santé de l'hôpital (gynécologie, chirurgie dentaire, massage-kinésithérapie...), proche de leur lieu de travail mais en dehors de celui-ci,

« *Le corps et l'esprit premiers outils de travail* »

pour favoriser l'anonymat. De son côté, la Fondation des hôpitaux a cofinancé depuis la crise Covid plus de 500 espaces de repos dans des établissements, et soutient des projets individuels et collectifs dans le cadre du nouveau prix Santé des soignants remis conjointement avec la Fondation MNH.

LA RECONNAISSANCE DU PROBLÈME DE LA SANTÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PROGRESSE-T-ELLE ?

Le rapport a été l'occasion de remettre ce sujet sur le devant de la scène avec une équipe dédiée, la réalisation d'un travail de fond, une évaluation et la réunion de toutes les parties prenantes publiques, privées, institutionnelles et politiques. Aujourd'hui, le sujet devient un objet politique, on en parle de plus en plus. Il s'agit désormais de passer à une autre échelle pour, comme nous l'avons recommandé dans le rapport, avoir un vrai pilotage au niveau national en faisant de ce sujet une priorité de santé publique, puisque les soignants ont des facteurs de risque supplémentaires. Les nombreuses crises l'ont montré : le système tient mais parfois avec un coût humain extrêmement élevé, sur lequel on parvient rarement à réinvestir durablement.

EST-CE QU'IL FAUT DES MESURES LÉGISLATIVES OU PLUTÔT UN CHANGEMENT DE CULTURE ?

Je ne crois pas qu'on ait forcément besoin de passer par la loi, il s'agit plutôt de faire passer quelques amendements, d'ajuster les textes pour fluidifier des parcours, comme pour les violences faites aux soignants. Concrètement, il faut un changement de culture car on est encore dans cette vision de société où les professionnels de santé sont donnés à la chose soignante, font preuve d'abnégation dans leur quotidien de travail, exercent par vocation. Dans la formation initiale, il y a peu d'appropriation de l'intérêt de prendre soin de soi avant de prendre soin des autres. Pour moi qui viens des armées, c'est quelque chose qui m'a marqué immédiatement dans le cadre de cette mission : dans les armées, on dit toujours que le corps et l'esprit du militaire sont ses premières armes pour aller sur le terrain, alors que dans le soin, on considère assez peu que le corps

et l'esprit du soignant sont ses premiers outils de travail. Un militaire qui a mal au dos ou mal à la tête, il ne va pas sur le terrain. Alors qu'une infirmière qui pleure dans le vestiaire ou qui a mal au dos, rien ne l'empêche de prendre son poste 10 minutes après. Il faut faire entrer dans le système de santé cette vision de l'intérêt de d'abord s'occuper de soi avant de prendre soin des autres : il s'agit d'une responsabilité individuelle – le soignant doit s'écouter et éviter les comportements malsains de santé tels que la malbouffe, la consommation d'alcool et de tabac – et collective, car les soignants sont confrontés à toute forme de violence, physique de la part des usagers, managériale, organisationnelle.

LES MANAGERS ONT-ILS UNE RESPONSABILITÉ PARTICULIÈRE POUR AMÉLIORER LA SITUATION ?

Les cadres sont d'abord soumis à l'impératif de prendre soin d'eux-mêmes pour pouvoir prendre soin de leur équipe. Plus qu'une responsabilité, ils ont un rôle de préventeur en adoptant un regard pragmatique sur la réalité de terrain. Il y a des choses que le manager de proximité ne peut pas changer – le travail de nuit, la difficulté du travail, la lourdeur des patients... – en revanche, il doit être attentif. Pour cela, des discussions formelles permettant de débriefer de situations sont très utiles. Dans ce cadre, le manager de proximité, qui est un expert métier, agit en tant que leader de son équipe pour accompagner les soignants à verbaliser et à identifier avec eux les moyens d'agir sur les problèmes de santé rencontrés dans le service.

Propos recueillis par Claire Pourprix



*Plus qu'une responsabilité,
les cadres ont un rôle de préventeur
en adoptant un regard pragmatique
sur la réalité de terrain*

GUIDE HAS

Bientraitance *versus* maltraitance

Dans son guide d'amélioration des pratiques intitulé « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement », la Haute Autorité de santé (HAS) émet des recommandations en vue de prévenir les situations de maltraitance des adultes en situation de vulnérabilité dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Ce guide s'adresse à tout professionnel exerçant dans un tel établissement, quels que soient son métier et sa position hiérarchique.

Grand âge, maladie, handicap sont autant de sources de perte d'autonomie qui peuvent conduire des personnes à une situation de vulnérabilité. Cette dernière, par définition évolutive, peut toucher tout le monde à un moment de sa vie. « La vulnérabilité est liée à des facteurs individuels et/ou des facteurs environnementaux. Une personne se sent ou est en situation de vulnérabilité lorsqu'elle se trouve en difficulté, voire impossibilité de se défendre ou de faire cesser une maltraitance à son égard ou de faire valoir ses droits du fait de son âge (dans le cas d'un mineur), de son état de santé, d'une situation de handicap, d'un environnement inadapté ou violent, d'une situation de précarité ou d'une relation d'emprise. Des facteurs individuels relatifs au genre, à l'orientation sexuelle, à la race, l'ethnie ou à la nationalité peuvent constituer un risque accru de vulnérabilité. »* Une personne en situation de vulnérabilité est plus exposée qu'une autre aux risques de maltraitance pendant son séjour en établissement.

Le sujet est particulièrement d'actualité, le nombre de cas connus de maltraitance étant en augmentation : en France, la plateforme nationale « Fédération 3977 contre les maltraitements » a recensé 8920 nouveaux dossiers en 2022, soit une croissance de 62,5 % d'appels reçus.

BIENTRAITANCE ET MALTRAITEMENT, COMMENT LES DÉFINIR ?

La première étape pour se prémunir de la maltraitance est de définir les concepts complexes de bientraitance et maltraitance pour poser des bases communes. La bientraitance est « une démarche globale, lors de l'accueil en établissement des usagers et de leur entourage, visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins ». Elle « ne se limite pas à la lutte contre la maltraitance ». C'est une « culture inspirant les actions individuelles et les relations

collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance », décrit le guide de la HAS. La maltraitance, qui implique une relation d'aide entre une personne et son auteur, bénéficie quant à elle d'une définition légale à l'article L. 119-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) qui énonce qu'« elle vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. » La maltraitance peut se manifester de plusieurs manières – physique, sexuelle, psychologique, matérielle et financière, sous la forme de négligences, d'abandons ou de privations, de discriminations ou d'exposition à un environnement violent –, auxquelles s'ajoute la maltraitance institutionnelle quand ces situations sont dues aux pratiques managériales, à l'organisation ou au mode de gestion, à des restrictions ou dysfonctionnements au niveau des autorités de tutelle.

DES PRINCIPES POUR SE PRÉMUNIR DE LA MALTRAITEMENT

La maltraitance est souvent « multifactorielle et non intentionnelle », affirme le guide. Pour l'éviter, la première étape est de former le personnel au « déploiement de la bientraitance, à la prévention de la maltraitance en lien avec les besoins spécifiques des populations accueillies » de manière continue, et d'organiser des temps d'échange et d'analyse des pratiques professionnelles régulièrement.

Il est aussi recommandé d'associer le plus possible aux décisions les proches aidants et les représentants de la personne accueillie (avec son accord). Cette question doit être portée par l'établissement : « *le déploiement de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont inscrits dans le projet d'établissement et s'inscrivent dans la certification hospitalière et l'évaluation des ESSMS* », souligne la HAS. Pour faciliter ce déploiement, il faut au moins un référent « bientraitance » parmi les personnels de l'établissement et un référent « externe » dont la mission, sur la base du volontariat, est « *d'informer, de répondre aux questionnements, de sensibiliser les équipes à la prévention, de les orienter pour gérer les situations de maltraitance et pour l'application des procédures* ».

Autres recommandations énoncées par le guide : repérer les risques d'origine professionnelle, mettre en place des mesures de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) et de prévention des risques psychosociaux, organiser les ressources humaines pour éviter le manque de personnels, promouvoir et cultiver la culture du signalement.

SAVOIR RECONNAÎTRE LES FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque doivent faire l'objet d'une attention particulière, à tous les niveaux : chez les personnes accueillies, les proches et aidants, les professionnels, le management et la gouvernance.

Les facteurs de risque d'exposition à la maltraitance sont identifiés dès l'accueil d'une personne et cette évaluation est actualisée si la situation évolue, grâce au repérage de signaux faibles d'alerte par les professionnels. Vis-à-vis des professionnels, « *le rôle de l'encadrement est crucial pour impulser une dynamique de repérage et de prévention* ». Celui-ci « *sensibilise les équipes régulièrement en vue d'un repérage systématique des risques. Il rappelle les postures professionnelles bienveillantes (...) et place les équipes en situation de vigilance vis-à-vis des signaux faibles d'alerte et des moments particulièrement sensibles. Il repère également les besoins en supervision et/ou compagnonnage des membres de l'équipe en proposant une organisation spécifique* ». Les cadres doivent aussi valoriser les bonnes pratiques de bientraitance et de prévention. Et contribuer à établir, aux côtés des référents et de la direction, un diagnostic des risques en fonction de la population accueillie dans l'établissement et des secteurs en difficulté.

D'après le guide, les facteurs de risque liés aux professionnels sont les suivants : le manque de formation ; l'usure professionnelle, la perte de sens ; le manque de temps, la charge de travail, le glissement de tâches ; le turnover important, le recours au personnel intérimaire ; le défaut de connaissance des besoins spécifiques ; l'isolement dans la pratique, l'absence de prise de recul ; les conditions de travail dégradées, l'absence de qualité de vie au travail. Et les signaux d'alerte liés aux professionnels sont : une

Des outils pratiques à disposition

Le guide comprend quatre fiches pratiques :

- Reconnaître une situation potentielle de maltraitance envers les personnes accueillies ;
- Rappel de postures professionnelles bienveillantes à adopter avec la personne accueillie ;
- Prévention des maltraitances (adultes) : aide au repérage des facteurs de risques et des signaux faibles d'alerte ;
- Prévenir les situations de maltraitance en établissement.

Trois documents d'information sont aussi dédiés aux personnes accueillies, en fonction du type d'établissement.

Enfin, en annexe, le guide propose un exemple de retour d'expérience d'une situation de maltraitance et un questionnaire d'auto-diagnostic permettant de récapituler les actions nécessaires pour gérer les situations de maltraitance en établissement.

posture professionnelle inadéquate ; le non-respect des recommandations ; un changement de comportement et d'humeur ; des difficultés ou l'absence de dialogue dans l'équipe ; une attitude négative envers le travail ou avec la personne accueillie, ou un conflit avec elle ; le peu de partage d'information avec les proches aidants.

Selon le guide, l'établissement doit être vigilant aux risques relatifs aux ressources humaines (sous-effectif, turnover, instabilité de l'encadrement...), les tracer et mettre en place un plan d'actions correctives le cas échéant.

AGIR EN CAS DE SITUATION DE MALTRAITANCE

Les personnes accueillies ainsi que leurs proches aidants sont informés de leurs droits et des possibilités de recours dans un support d'information remis à leur accueil. Ils doivent aussi être encouragés à signaler tout acte de maltraitance à l'équipe.

La HAS rappelle que « *les personnes soumises au secret professionnel peuvent signaler les faits constitutifs d'une maltraitance* ». La conduite à tenir suit cinq étapes : alerter la hiérarchie, les référents bientraitance, et mettre en sécurité la personne victime de maltraitance ; l'accompagner par l'écoute et le dialogue, la rassurer ; analyser la situation en équipe en croisant les regards avec un positionnement neutre ; coconstruire des mesures correctives immédiatement ; réaliser un retour d'information immédiat auprès des équipes, de la personne et de ses proches aidants. Le guide préconise également des retours d'expérience à distance de l'événement pour apprendre des erreurs passées et mettre en œuvre des actions de prévention. Et rappelle que les établissements doivent intégrer les signalements de maltraitance au dispositif de gestion d'événement indésirable.

Claire Pourprix

*https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/vocabulaire_partage_de_la_maltraitance_des_personnes_en_situation_de_vulnerabilite_-_mars_2021-2.pdf

FEMMES DE SANTÉ

Perception des femmes sur leur santé



© FDS

Anne-Marie Pernet présentant les résultats du Baromètre « Perception des femmes sur leur santé », fin 2024.

Sujets Comment les femmes perçoivent-elles leur santé ? Le collectif Femmes de Santé et CSA révèlent les résultats de la deuxième édition du baromètre « Perception des femmes sur leur santé ». Anne-Marie Pernet, directrice du département Santé de l'institut CSA et membre du collectif Femmes de Santé, est revenue sur ces données lors des États généraux du collectif Femmes de Santé, fin 2024.

Femmes de
hkind Santé



En 2023, il avait été identifié que parmi les femmes représentatives de la population générale interrogées, 87 % se déclaraient en bonne santé. Néanmoins, 47 % d'entre elles étaient atteintes d'un problème de santé, et 21 % souffraient une maladie chronique. En 2024, spontanément, 88 % des Françaises s'estiment en bonne santé. Cependant, après avoir pris connaissance de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elles ne sont plus que 82 % à se déclarer en bonne santé, dont 55 % ont un problème de santé, moyennement grave ou grave pour 24 % d'entre elles. Près de 6 femmes sur 10 souffrent donc d'un problème de santé, chiffre en hausse significative par rapport à 2023.

Par ailleurs, les Françaises sont plus nombreuses (71 %) qu'en 2023 (66 %) à estimer que leur santé a un impact sur leur vie en général. L'état de santé des Françaises a notamment un impact sur leur activité physique, puis leur vie quotidienne, et leur santé mentale pour plus de la moitié d'entre elles.

PRISE EN CHARGE

Environ 74 % des femmes sont satisfaites de la prise en charge de leur santé. Plus elles consultent ou sont touchées par une ou des pathologies, plus leur satisfaction diminue. Afin de bien comprendre leur point de vue, nous leur avons demandé, dans cette deuxième édition du baromètre, quels étaient leurs critères d'une prise en charge de qualité. « Une relation de confiance » est cité principalement, pour presque deux tiers d'entre elles, suivie par l'écoute

et les compétences des professionnels de santé (pour un peu moins de la moitié).

LIBÉRATION DE LA PAROLE

Les femmes interrogées, à hauteur de 44 %, trouvent que la société ne se préoccupe pas assez de la santé des femmes (soit 9 % de plus qu'en 2023) et 55 % que les entreprises n'agissent pas assez en matière de prévention de la santé au travail.

Il est toujours plus difficile pour les Françaises de parler de leur santé à un proche (1 femme sur 2) plutôt qu'à un professionnel de santé (un tiers des femmes). Nous leur avons donc demandé pourquoi. Les Françaises n'osent pas parler de leur santé avec un professionnel avant tout par honte (38 %) et car elles estiment que ceux-ci ne sont pas assez à l'écoute (37 %). Un quart des femmes ne savent pas vers quel professionnel se tourner. Les Françaises n'osent pas parler de leur santé à leurs proches tout d'abord par peur de les inquiéter (55 %) et également à cause des tabous et de la honte qu'elles éprouvent. Une femme sur 10 ne sait pas à quel proche en parler, soit un score deux fois moins élevé que pour les professionnels de santé.

SENSIBILISER DAVANTAGE

Les résultats de ce baromètre permettront de continuer de parler de la santé des femmes et de sensibiliser les différents acteurs, du secteur de la santé ou non, à ce sujet de société vecteur d'inégalités et qui reste encore bien trop ignoré. **Margaux Darras**

REVUE DE PRESSE

Réalisée par Claire Pourprix

ZOOM

Difficultés d'accès aux informations de santé

En France, l'étude *Health Literacy Survey* (HLS 2020-2021) montre que près de 50 % des Français ont des difficultés à s'approprier l'information sur les sujets de santé. Cette enquête sur la « littératie en santé » révèle que 75 % des personnes interrogées ont des difficultés à naviguer dans le système de santé, c'est-à-dire à mobiliser les informations sur son fonctionnement et son organisation, et tout autant peinent à utiliser les outils numériques en santé. *A contrario*, moins d'un tiers déclarent des difficultés à communiquer avec les médecins. La fréquence des difficultés est supérieure chez les personnes défavorisées ou atteintes de maladies chroniques. En revanche, « *un bon niveau de littératie en santé est généralement associé à des comportements de santé plus favorables et à un sentiment d'être en meilleure santé* ».

THE CONVERSATION
L'expertise universitaire, l'exigence journalistique

The Conversation, 14 janvier 2025.

Médecins étrangers sur le départ

La survie de services hospitaliers publics est menacée par le départ de praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) qui, las de la précarité administrative et financière en France, préfèrent travailler dans des pays voisins. « *Dans les centres hospitaliers de villes moyennes, les Padhue permettent tout simplement de ne pas fermer les services* », témoigne Éric-Alban Giroux, directeur de l'hôpital du Haut-Anjou, à Château-Gontier-sur-Mayenne. Pourtant, « *si l'hôpital français ne s'est pas effondré, c'est qu'à chaque période de crise, une vague de médecins étrangers est arrivée* », analyse Louis-Vladimir Vandermeersch, délégué national du Syndicat des managers publics de la santé. « *On en arrive à un point où de nombreux médecins étrangers francophones ne considèrent même plus l'option française* », déplore Rafik Bedoui, médecin en soins palliatifs et membre de l'Intercollectif Padhue.



Libération, 31 janvier 2025.

Cyberattaques, les hôpitaux toujours menacés

L'hôpital figure dans le top 3 des cibles de cyberattaques en France, derrière les collectivités locales et les petites et moyennes entreprises. En 2023, 581 incidents ont été déclarés, un chiffre en légère baisse. « *La menace est toujours au même niveau mais les conséquences sont plus faibles* », explique Laurent Pierre, conseiller numérique à la Fédération hospitalière de France (FHF), qui ajoute que « *la faille est souvent humaine* ». Chaque minute, le CHU de Brest reçoit un mail contenant un virus, quand le CHU de Nancy enregistre 175 000 attaques par mois. Des attaques informatiques qui peuvent coûter très cher, entraver le fonctionnement de l'hôpital tant sur le plan des soins que de la logistique, mettre à mal le secret médical et menacer la vie des patients. La vétusté du matériel informatique est un facteur de risque, de même que la complexité des systèmes informatiques hospitaliers. La mise en œuvre du programme CaRe (cybersécurité accélération et résilience des établissements), lancé en 2023, doit se poursuivre.

LE FIGARO

Le Figaro, 13 février 2025.

Incitation à la vaccination du personnel

Pour inciter son personnel à se faire vacciner contre la grippe, le CH d'Ardèche Nord (Annonay) a organisé un « Challenge vaccinal grippe ». L'enjeu : augmenter la proportion de personnels vaccinés contre ce virus qui touche entre 2 et 6 millions de Français tous les ans. À la clé : un diplôme et des chocolats remis aux services totalisant le plus de personnes vaccinées. Au final, le taux de vaccination a atteint entre 50 % et 88 % selon les services.

Le Dauphiné Libéré, 31 janvier 2025.

LE DAUPHINÉ
libéré

IA et respect de la vie privée des patients, mode d'emploi

Pierre-Antoine Gourraud, professeur des universités en médecine à Nantes-Université et praticien hospitalier au CHU de Nantes, a fondé la « clinique des données », « *qui répond à un nouvel enjeu autour de l'intelligence artificielle* ». Les données – toutes celles, chiffrées, produites dans les analyses de sang par exemple, mais aussi le langage naturel avec lequel les soignants s'expriment et raisonnent, « *sont l'ingrédient essentiel de la cuisine de l'IA* », explique-t-il. Au CHU de Nantes, « *plus de 100 millions de documents textuels sont disponibles et peuvent être réanalysés pour répondre à des questions scientifiques, à des problèmes de santé et mieux traiter chacun* ». Il rappelle qu'en France et en Europe, nous disposons de leaders des données synthétiques, permettant « *des simulations à très haute fidélité* » tout en garantissant le respect de la vie privée, et que les réglementations nous protègent tout en stimulant l'innovation.

franceinfo:

France info, 11 février 2025.

PRATIQUE HOSPITALIÈRE

L'hôpital face à la justice, étude de cas

Imputabilité relative de la faute de l'établissement aux dommages sur le patient ; condition tenant à l'anormalité du dommage dans le cadre de la mise en jeu de la responsabilité de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ; obligation d'informer le patient des dommages liés aux soins ; obligations de surveillance et de vigilance en application du contrat d'hospitalisation ; voici quelques sujets d'études de cas et les décisions correspondantes, rendues en février et mars 2025.



Jean-Christophe Boyer
Avocat au Barreau
de Paris

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

IMPUTABILITÉ RELATIVE DE LA FAUTE

Imputabilité relative de la faute de l'établissement aux dommages sur le patient (CAA de Bordeaux, 2^e chambre, 20/02/2025, 21BX03363).

Faits

Le 10 octobre 2014, Mme B. a subi au centre hospitalier de Pau une éthmoïdectomie antérieure gauche pour le traitement d'une pansinusite fronto-éthmoïdale gauche résistante aux traitements. Cette intervention a

été compliquée par un hématome extradural frontal antérieur gauche. L'évolution de cette complication a cependant été rapidement favorable. Mme B. a toutefois conservé des céphalées intenses, associées à des troubles neurocognitifs. Elle a porté son action devant le tribunal administratif de Pau et ensuite devant la cour administrative d'appel.

La question se pose ici de savoir si les séquelles ont un lien direct et unique avec le geste médical.

Discussion

Devant le tribunal administratif de Pau, une première expertise médicale a conclu que l'hématome extradural était la conséquence d'une maladresse dans la réalisation de l'intervention. Il est toutefois admis que cet hématome n'était pas à l'origine des troubles importants présentés par l'intéressée, mais seulement d'un déficit fonctionnel temporaire et de souffrances endurées. Le tribunal administratif de Pau a alors condamné solidairement le centre hospitalier de Pau et la Société hospitalière d'assurances mutuelles (Sham). En cause d'appel, la cour a retenu la responsabilité pour faute du centre hospitalier de Pau dans la survenue de l'hématome extradural et ordonné une expertise complémentaire afin de déterminer la

part des dommages imputables à cette faute médicale. Plus précisément, la cour a demandé à l'expert si les céphalées invalidantes et les troubles associés étaient en lien avec l'intervention du 10 octobre 2014.

Il faut rappeler que pour engager la responsabilité d'une personne, le juge doit identifier un fait générateur, tel qu'un geste maladroite (qualifié de faute), un dommage (de fortes céphalées) et enfin un lien de causalité certain et direct entre la faute et le dommage allégué.

L'imputabilité est en effet une condition essentielle pour engager la responsabilité de l'établissement. Elle désigne le lien direct et certain entre un acte médical, un événement dommageable ou une faute, et les préjudices subis par la victime. En matière de responsabilité administrative, cette notion est fondamentale pour établir si le dommage est directement lié à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins effectué dans un établissement hospitalier public.

En l'espèce, l'appréhension de l'imputabilité constitue le fond du litige. C'est tout l'enjeu des deux expertises qui ont permis dans cette affaire de circonscrire la responsabilité de l'établissement à une seule partie des dommages. L'expertise médicale est un outil d'évaluation

de l'imputabilité. L'expertise médico-légale joue en effet un rôle essentiel dans la démonstration de l'imputabilité. Le médecin-expert analyse les liens entre l'acte médical et les séquelles subies par la victime. Il vérifie si les dommages sont directement et certainement imputables à l'acte médical ou à une défaillance dans la prise en charge. En cas d'incertitude sur l'imputabilité, l'expertise doit alors exposer les arguments scientifiques pour et contre les hypothèses concurrentes, permettant ainsi au juge de se prononcer sur la responsabilité en fonction de la charge de la preuve.

En l'espèce, l'expert missionné a constaté que les céphalées avaient été acutisées par l'intervention chirurgicale, et a estimé que le vécu douloureux de la complication chez une personne psychologiquement fragile avait probablement joué un rôle délétère. L'expert a conclu que ces troubles étaient liés à la dépression et aux médicaments antalgiques et psychotropes. En conclusion, l'expert a proposé de retenir une imputabilité à l'intervention chirurgicale pour un tiers des troubles actuels, mais a précisé qu'aucun argument n'était en faveur d'un lien direct entre l'hématome extradural et les céphalées.

La cour d'appel a, dans ces conditions, jugé que l'acutisation des céphalées et les troubles cognitifs associés n'ouvriraient pas droit à une indemnisation supplémentaire en raison d'un défaut d'imputabilité au-delà de la responsabilité établie par les juges de premières instances.

Cet arrêt permet de rappeler qu'il faut toujours garder à l'esprit qu'au-delà de la faute parfois évidente, et des dommages souvent immédiatement appréhendables, le contexte particulier lié aux antécédents du patient et de sa maladie peut parfois tempérer la responsabilité de l'établissement de soins, lorsque le juge analyse l'imputabilité des dommages au fait générateur.

ANORMALITÉ DU DOMMAGE

Condition tenant à l'anormalité du dommage dans le cadre de la mise en jeu de la responsabilité de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes

et des infections nosocomiales (CAA de Toulouse, 4^e chambre, 06/03/2025, 22TL22486).

Faits

M. F. D. et Mme E. D. ont demandé au tribunal administratif de Toulouse de condamner l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) à leur verser la somme globale de 141 475 euros en réparation des préjudices subis par leur mère et de leur préjudice d'affection.

Mme A. D., la mère des demandeurs, née le 30 septembre 1920, a été victime d'une chute à son domicile à l'origine d'une fracture du fémur droit. Elle a été opérée par un médecin du centre hospitalier d'Albi, qui a procédé à la mise en place d'un clou d'ostéosynthèse de type Gamma. Du fait de la désolidarisation d'une vis, ce médecin a réalisé une nouvelle opération consistant en la pose d'une prothèse totale de hanche. Mme A. D. a alors présenté d'importantes séquelles fonctionnelles du membre inférieur droit à la suite de la migration de la tige fémorale et n'a jamais retrouvé d'autonomie à la marche.

Placée de manière temporaire puis définitive en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Mme A. D., est décédée d'une décompensation cardiaque, non imputable aux actes réalisés antérieurement. Ses ayants droit ont demandé au tribunal administratif de Toulouse de condamner l'Oniam.

Discussion

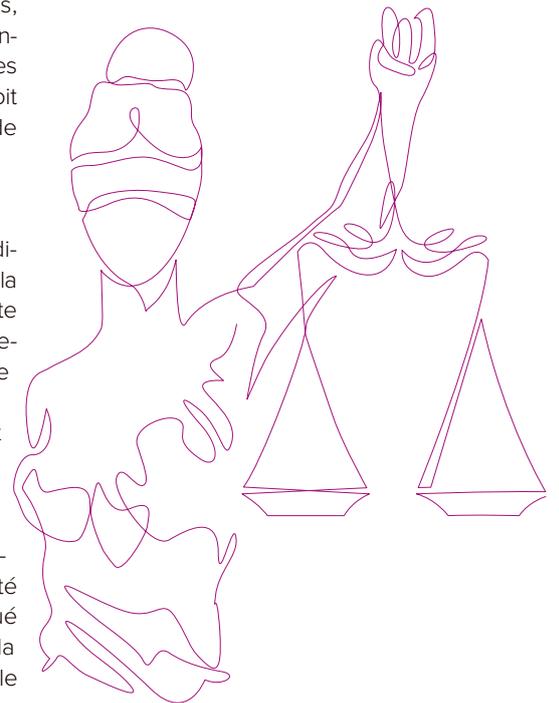
Mme A. D. a subi un accident médical directement imputable à un acte de soins, la pose d'une prothèse de hanche. Cet acte de chirurgie est à l'origine de la survenue d'un raccourcissement du membre inférieur droit et d'une complication de rotation externe. Il a été jugé que cet accident médical ne relevait pas d'une faute mais d'un aléa thérapeutique.

Un déficit fonctionnel permanent ayant été fixé à 40 %, les demandeurs ont sollicité la mise en jeu de la responsabilité de l'Oniam. Celui-ci a quant à lui allégué que le dommage ne remplissait pas la condition d'anormalité exigée par l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique.

Il résulte des dispositions de cet article que l'Oniam doit assurer, au titre de la solidarité nationale, la réparation de dommages résultant directement d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins non fautifs à la double condition qu'ils présentent un caractère d'anormalité au regard de l'état de santé du patient comme de l'évolution prévisible de cet état, et que leur gravité excède le seuil défini à l'article D. 1142-1 du Code de la santé publique.

La condition d'anormalité du dommage est une exigence fondamentale pour que l'Oniam prenne en charge une indemnisation au titre de la solidarité nationale. L'article L. 1142-1-II du Code de la santé publique énonce que le dommage doit avoir pour le patient « des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci ». Cette disposition vise à distinguer les dommages relevant de l'évolution normale de l'état de santé ou de l'échec des soins, de ceux qui sont imputables à un accident médical anormal. Il faut alors s'attarder sur les critères d'évaluation de l'anormalité.

En premier lieu, il s'agit de comparer les conséquences. En effet, pour établir



l'anormalité, il est nécessaire de comparer les conséquences de l'acte médical avec celles auxquelles le patient aurait été exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement. Lorsque les conséquences ne sont pas notablement plus graves, elles ne peuvent être considérées comme anormales sauf si la probabilité de survenance du dommage était faible.

Il faut ainsi prendre en compte l'état initial du patient, qui est un critère clé. Dès lors que le patient, en raison de son état, était particulièrement exposé à la complication survenue, celle-ci n'est pas considérée comme anormale. Le Conseil d'État, dans l'arrêt du 12 décembre 2014, a d'ailleurs précisé que l'anormalité doit être évaluée par une comparaison

objective entre les conséquences du traitement et celles auxquelles le patient aurait été exposé sans traitement. La cour en fait ici la stricte application en rappelant que la condition d'anormalité du dommage prévue par ces dispositions doit toujours être regardée comme remplie lorsque l'acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient aurait été exposé de manière suffisamment probable en l'absence de traitement.

En d'autres termes, il faut que les dommages, conséquences de l'accident médical, au-delà du critère de gravité, entraînent des conséquences plus importantes que les dommages qui auraient résulté d'une absence de prise en charge de la pathologie. Ainsi, dans l'hypothèse où les conséquences de l'acte médical ne seraient pas plus graves que celles auxquelles le patient aurait été exposé par sa pathologie en l'absence de traitement, elles ne pourraient être regardées comme anormales.

En l'espèce, il résulte de l'instruction du dossier que les conséquences de l'aléa thérapeutique n'étaient pas plus graves que celles auxquelles Mme D. aurait été exposée en l'absence d'intervention : l'absence d'intervention aurait inévitablement conduit à une grabatisation, c'est-à-dire à la même situation que la patiente a connue à la suite de l'accident médical.

La cour a ainsi, en toute logique, jugé que la condition tenant à l'anormalité du dommage n'était pas remplie et que par voie de conséquence, la responsabilité de l'Oniam n'était pas engagée.

OBLIGATION D'INFORMATION DU PATIENT

Sur l'obligation d'informer le patient des dommages liés aux soins (CAA de Versailles, 5^e chambre, 06/03/2025, 23VE00089).

L'obligation d'informer le patient des risques liés aux soins est

un principe fondamental du droit médical. Elle trouve son fondement dans le respect du principe du consentement éclairé du patient, qui est une condition préalable à toute intervention médicale. Cette obligation est particulièrement prégnante dans les contentieux devant les juridictions administratives, notamment lorsque des établissements hospitaliers publics sont en cause.

Faits

Mme C. B. a été hospitalisée au groupe hospitalier Carnelle - Portes de l'Oise afin d'y subir une opération de reperméabilisation des trompes sous anesthésie générale. À la suite de l'opération, elle a été informée par le personnel hospitalier qu'elle avait été particulièrement agitée au cours de celle-ci et que son incisive centrale inférieure s'était brisée au contact d'une canule utilisée pour maintenir ses voies aériennes ouvertes. La dent a été extraite.

À sa sortie de l'hôpital et compte tenu des douleurs bucco-dentaires ressenties, Mme B. a consulté son dentiste puis le centre hospitalier René Dubos de Pontoise, lesquels ont constaté un traumatisme bucco-dentaire et un déficit d'ouverture buccale (trismus) avec suspicion de fracture de la mâchoire. En outre, son médecin généraliste a constaté que l'intéressée souffrait d'un syndrome anxio-dépressif.

Discussion

Il faut rappeler en premier lieu que l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique consacre le droit d'information des patients, en exigeant que cette information porte sur « *les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».

Cette disposition est le fruit d'une évolution jurisprudentielle et législative ancienne visant à renforcer les droits des patients. Le Conseil d'État, dans



ses arrêts Consorts Telle et AP-HP c/ Guilbot du 5 janvier 2000, a aligné sa jurisprudence sur celle de la Cour de cassation en affirmant que l'obligation d'information s'étend à tous les risques graves, même exceptionnels. L'obligation d'informer le patient ne se limite pas à la consultation préalable aux soins, mais perdure le temps de la prise en charge. Ainsi, en l'espèce, il ressort de l'instruction qu'aucune explication n'a été apportée à Mme B. s'agissant de l'ecchymose apparue sur son visage et des douleurs empêchant l'ouverture de sa mâchoire. Or, le trismus dont souffrait la requérante a pu être constaté par son médecin traitant immédiatement après sa sortie autorisée de l'hôpital, en fin de journée. Il résulte également de l'instruction que l'information de Mme B. n'a été accompagnée d'aucun conseil sur les soins à entreprendre, notamment pour sa dent arrachée et concernant le traumatisme de la mâchoire dont elle souffrait à sa sortie de l'établissement.

Enfin, le dossier médical de l'intéressée ne retrace aucunement les complications subies par Mme B. durant son opération, ni ses douleurs, ce qui ne permet pas à l'établissement d'apporter la preuve contraire de bonne transmission des informations au patient.

Dans ces conditions, la cour d'appel a jugé que Mme B. est fondée à soutenir que le groupe hospitalier Carnelle - Portes de l'Oise a commis une faute « *en ne procédant pas à sa complète information des dommages subis durant l'opération [...] et en s'abstenant de mettre en place un protocole de soins adapté aux blessures de la requérante ou de lui délivrer tout conseil sur les soins adaptés à ces blessures avant d'autoriser sa sortie de l'hôpital* ».

OBLIGATIONS DE SURVEILLANCE ET DE VIGILANCE

Obligations de surveillance et de vigilance en application du contrat d'hospitalisation (CAA de Bordeaux, 2^e chambre, 20/02/2025, 23BX00259).

Le contrat d'hospitalisation en droit public impose à l'établissement hospitalier un ensemble d'obligations visant à garantir

la sécurité et le bien-être des patients. Parmi ces obligations, la surveillance et la vigilance occupent une place centrale, particulièrement dans le contexte de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients. Ces obligations sont de nature variable, en fonction de l'état de santé du patient, de ses antécédents, et des moyens dont dispose l'établissement hospitalier.

Faits

En 2012, M. A. N. E., né le 1^{er} janvier 1983 en Haïti, a été hospitalisé à Basse-Terre, puis transféré au centre hospitalier Louis-Daniel Beauperthuy (CHLDB) pour traitement d'une maladie infectieuse. Un dimanche, sa disparition a été constatée par le personnel soignant. Malgré les recherches diligentées notamment par les services de gendarmerie, M. A. N. E. n'a jamais été retrouvé et par jugement, le tribunal judiciaire de Basse-Terre, saisi par sa famille, a déclaré son décès en 2020. Sa famille a saisi le tribunal administratif de la Guadeloupe d'une demande indemnitaire visant à la réparation des préjudices qu'ils estiment avoir subis du fait de sa disparition.

Discussion

Les requérants soutiennent que la disparition de leur proche résulterait d'un défaut de surveillance constitutif d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier.

Il faut tout d'abord rappeler que l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique dispose que : « *I. Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute. (...)* »

Il faut encore ajouter que l'obligation de surveillance en droit public est qualifiée d'obligation de moyens. Cela signifie que l'établissement hospitalier doit déployer les efforts nécessaires et appropriés pour prévenir les risques, sans pour autant être

tenu à une obligation de résultat. Cette obligation s'apprécie en tenant compte de plusieurs critères, tel que les moyens dont dispose l'établissement, notamment en fonction de ses caractéristiques et de ses contraintes, mais également l'état de santé et les spécificités du patient, y compris ses antécédents et sa pathologie. Pour apprécier l'existence d'une faute ou non dans l'organisation du service public hospitalier au titre du défaut de surveillance d'un patient, la cour d'appel a donc logiquement rappelé qu'elle doit tenir compte de l'état du patient, du risque que cet état lui fait courir, du caractère prévisible de ce risque mais aussi des pouvoirs dont disposait le service ainsi que des mesures qu'il devait prendre, compte tenu de ses caractéristiques et des moyens dont il disposait.

Or, en l'espèce, il n'a pas été établi que l'état de santé de l'intéressé, hospitalisé dans le service de soins de suite du CHLDB pour une infection par le VIH, et non dans un secteur psychiatrique, aurait pu nécessiter une surveillance particulière de la part du personnel soignant. En outre, il résulte de l'instruction que ce patient, décrit comme « affaibli » par le directeur des soins du CHLDB, n'avait par le passé ni fait une tentative connue de fugue, ni manifesté, à aucun moment, son intention de quitter le centre. Enfin, les témoignages recueillis pendant l'enquête suggèrent qu'il serait parti pieds nus, ce qui ne permettait pas de supposer une intention de quitter le centre, où il pouvait circuler librement. L'appréciation des faits par la cour d'appel est dans la droite ligne de la jurisprudence. On peut en effet rappeler que le droit positif retient qu'un défaut de surveillance conduit souvent à une condamnation lorsque le comportement du patient était prévisible (CE, 23 décembre 1981, n° 18345 ; D. 1982, IR, 444, CAA Lyon, 19 novembre 1998, n° 97LY02565 ; CE, 9 mars 2009, n° 303983 ; CAA Marseille, 2^e ch., 17 juin 2013, n° 11MA00769 ; CE, 18 juin 2018, n° 411049).

Dans ces conditions, la cour d'appel a en toute logique considéré que CHLDB n'avait pas manqué de vigilance lors de la prise en charge de M. A. N. E. ni même manqué à un devoir de surveillance.

TEXTES LÉGISLATIFS



Audrey Uzel
Avocate au Barreau de Paris

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

FINANCEMENT DES EXPÉRIMENTATIONS EHPAD ET USLD

L'article 79 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 mentionne une expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des petites unités de vie (hors établissements ayant une tarification dérogatoire) et des unités de soins de longue durée (USLD). Un décret adapte les règles budgétaires et financières applicables aux établissements concernés par l'expérimentation. Il précise également les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie des établissements de santé autorisés à l'activité de soins de longue durée implantés dans les départements participant à l'expérimentation. En complément, il fixe le minimum de ressources mensuelles laissées à la disposition des personnes bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement accueillies dans ces établissements à 10 % de leurs ressources, représentant au moins un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun. Les personnes en situation de handicap accueillies dans ces établissements conservent un minimum de 10 % de l'ensemble de leurs ressources mensuelles

représentant au moins 30 % du montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés, conformément aux dispositions législatives et réglementaires de droit commun. Ces minima sont majorés dans les conditions de droit commun, en fonction notamment de la situation matrimoniale de ces résidents.

Décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. JORF n°0045 du 22 février 2025.

DEMANDE DE RETRAITE PROGRESSIVE

Le dispositif de retraite progressive a été instauré dans la fonction publique, par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2023. Ce dispositif permet à un agent public approchant de la retraite de diminuer sa quotité de travail et à cumuler sa rémunération avec une fraction de sa pension de retraite. La retraite progressive, dans la fonction publique, peut s'appliquer si la quotité de travail est comprise entre 50 % et 90 %. Un décret modifie diverses dispositions relatives à la retraite progressive, au calcul du salaire de base et à la pension d'orphelin. Il précise les modalités de demande de la retraite progressive, au moyen d'un formulaire commun à tous les régimes de retraite de base légalement obligatoire. Il précise les modalités de calcul du montant forfaitaire des indemnités journalières en cas d'adoption pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 2012. Il étend la pension d'orphelin au régime des non-salariés des professions agricoles. La demande de retraite progressive peut désormais être effectuée en ligne. Cette nouvelle modalité simplifie drastiquement les demandes de retraite progressive pour les agents de la fonction publique et pour les employeurs : le service « Demander ma retraite progressive » est maintenant pleinement opérationnel.

Décret n° 2025-155 du 19 février 2025 portant diverses mesures en matière de retraite. JORF n°0044 du 21 février 2025.

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Un décret ouvre la possibilité de participation des infirmiers diplômés d'État et des sages-femmes à la permanence des soins ambulatoires et précise les conditions d'organisation du recours à une régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires par des chirurgiens-dentistes. Pour les premiers, le texte stipule de plus que : « en fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes et dans les conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, ou faire l'objet sur la base du volontariat, d'un concours des infirmiers et des sages-femmes ». La rémunération de la participation des infirmiers et des sages-femmes à la permanence des soins est fixée par les conventions mentionnées aux articles L. 162-9 et L. 162-12-2 du code de la Sécurité sociale. Concernant les chirurgiens-dentistes, les principes d'organisation de la permanence des soins dentaires font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il décrit l'organisation générale, précise le périmètre des territoires et les horaires sur lesquels s'exerce cette permanence des soins en tenant compte de l'offre de soins dentaires existante, notamment hospitalière. Il précise l'organisation de l'accès aux chirurgiens-dentistes assurant la permanence des soins. L'accès au chirurgien-dentiste de la permanence des soins dentaires peut faire l'objet d'une régulation téléphonique préalable par des chirurgiens-dentistes, accessible par le numéro national d'aide médicale urgente (15) et le cas échéant par le numéro national de permanence des soins (116 117). Leur participation fait l'objet d'une rémunération forfaitaire. L'accès au chirurgien-dentiste de la permanence des soins peut aussi faire l'objet d'une organisation mise en place par le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes, avec un

numéro téléphonique spécifique. Le cahier des charges prévu par l'article R. 6315-8 précise, par département, l'organisation retenue pour l'accès au chirurgien-dentiste de la permanence des soins.

Décret n° 2025-152 du 19 février 2025 relatif à la permanence des soins ambulatoires. JORF n°0043 du 20 février 2025.

ACCUEIL EN EHPAD

Un décret révisé les seuils de personnes en perte d'autonomie applicables aux établissements pour personnes âgées dépendantes et aux résidences autonomie, et étend le périmètre des actions financées par le forfait autonomie. Les Ehpad devaient jusqu'alors accueillir au minimum 15 % de résidents classés dans les GIR 1 à 3 et 10 % de résidents classés dans les GIR 1 à 2, en vertu de l'article D.313-15 du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Lorsque les pourcentages précités ne conduisent pas à un nombre entier, ils sont arrondis au nombre supérieur. Ces seuils passent à 20 % pour le premier, et supérieur à 10 % pour le second.

Décret n° 2025-116 du 7 février 2025 relatif aux seuils applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et aux résidences autonomie. JORF n°0034 du 9 février 2025.

PERMANENCE DES SOINS EN MILIEU HOSPITALIER

Pris en application de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (article 17), le décret n°2025-101 du 3 février 2025 précise la nouvelle procédure de désignation des structures réalisant la mission de permanence des soins en établissement de santé. Ce texte prévoit que suite à la publication du volet relatif à l'organisation de la permanence des soins du schéma régional de santé (SRS), le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) procède à un appel à candidature dans le

but de désigner les structures attributaires des implantations de permanence des soins, pour celles des activités de soins et pour les équipements matériels lourds. Un appel à candidature doit également être lancé en cas de révision du volet permanence des soins du SRS, lorsque celui-ci identifie de « nouveaux objectifs d'implantations » ou « lorsqu'il apparaît que des structures désignées à l'issue de l'appel à candidature ne sont pas en mesure d'assurer pleinement la mission jusqu'à son terme ». Il est précisé que l'appel à candidature est rendu public sur le site de l'ARS dans un délai maximum de 6 mois après la publication du volet permanence des soins, et qu'il doit y être maintenu jusqu'à la date de clôture de l'appel. À l'issue de l'appel à candidatures, le directeur général de l'ARS désigne une ou plusieurs structures pour assurer la permanence de soins en appréciant, au vu des réponses reçues, leur capacité à répondre aux besoins de santé conformément aux critères fixés dans l'appel à candidatures. En cas de carence constatée, le directeur général de l'ARS réunit les structures de la/des zone(s) concernée(s) disposant de l'autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd leur permettant de contribuer à la mission de permanence de soins concernée, ainsi que des représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein, et invite les participants à répondre aux nécessités d'organisation collective de la permanence des soins. À noter que dans l'attente des désignations effectuées à l'issue de cet appel à candidatures, les désignations précédemment effectuées restent valables. Enfin, le décret prévoit le cas où il n'existe qu'une unique structure dans une zone de santé dotée des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds lui permettant d'assurer la mission de permanence des soins pour une spécialité. Dans ce cas, le directeur de l'ARS peut, après avoir consulté cette structure, lui attribuer les implantations associées sans avoir à procéder à un appel à candidatures. Les décisions du directeur de l'ARS sont publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture de région. La liste des structures assurant la mission de permanence des soins est tenue à jour sur le site de l'ARS.

Décret n° 2025-101 du 3 février 2025 relatif à la permanence des soins en établissement de santé. JORF n°0030 du 5 février 2025.

RÉFORME DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET OBSTÉTRIQUE

Un décret met en œuvre la réforme de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) introduite par l'article 49 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024. D'une part, il actualise les références juridiques de niveau réglementaire conformément à la renumérotation de la partie législative du code de la Sécurité sociale. D'autre part, il précise les modalités d'allocation des différents compartiments du modèle de financement des activités de MCO aux agences régionales de santé et aux établissements de santé, ainsi que les modalités de détermination des forfaits regroupés au sein du compartiment « missions spécifiques ». En outre, il supprime le coefficient appliqué aux tarifs et tenant compte des effets générés par les dispositifs d'allègements fiscaux et sociaux ayant pour objet de réduire le coût du travail au sein des activités de MCO et des soins médicaux et de réadaptation (SMR), et prévoit une différenciation de l'application du coefficient de pondération selon les catégories juridiques des établissements. Le décret vise également à simplifier les modalités d'application du dispositif d'incitation au financement à la qualité (Ifaq), ainsi que le calendrier de publication des arrêtés des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Il prévoit, en outre, que l'ensemble des opérations des centres de santé gérés par un établissement de santé soient inscrites dans le compte de résultat prévisionnel annexe de l'établissement de santé gestionnaire. Enfin, il met en cohérence l'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la « liste en sus » SMR avec les évolutions intervenant sur celle du MCO.

Décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024 relatif à la réforme du financement des établissements de santé. JORF n°0001 du 1^{er} janvier 2025.

TEXTES LÉGISLATIFS

Groupements hospitaliers vers un nouveau

Rendus obligatoires en 2016, les groupements hospitaliers de territoire sont devenus, depuis 9 ans, une réalité quotidienne pour les cadres de santé. Réalité qui pourrait bien se transformer à nouveau, car les pouvoirs publics s'interrogent sur la nouvelle impulsion qu'il convient de leur donner.

Je crois vraiment à l'utilité des GHT. » Tels ont été les mots, rapportés par l'agence APMNews, de Geneviève Darrieussecq en clôture des premières journées nationales des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui se sont tenues à Lille en novembre dernier. Alors ministre de la santé, l'allergologue landaise avait également souhaité l'écriture d'un « *nouveau chapitre* » de cette réforme initiée en 2016 dans le cadre de la « loi Touraine ». Après neuf ans d'existence, les GHT n'ont donc pas fini d'alimenter les discussions au sein des établissements et des territoires. Le temps semble venu d'en dresser un premier bilan, car plus que jamais, ces structures font et feront partie du quotidien des cadres de santé. Pour rappel, les GHT ont été rendus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 : depuis cette date, les établissements doivent se regrouper autour des fameux « projets médico-soignants ». L'objectif affiché était (et reste) de mieux organiser la gradation de l'offre de soins au sein des différents territoires : *via* la constitution de « *filières de soin territorialisées* », promettait le ministère de la Santé, il s'agissait « *d'offrir les meilleurs soins, au meilleur moment et au meilleur endroit* ». Aujourd'hui, toujours selon l'avenue Duquesne, le

pays compte 136 GHT aux profils plus que divers : ils rassemblent de deux à vingt établissements, et couvrent des territoires allant de 100 000 à 2,5 millions d'habitants.

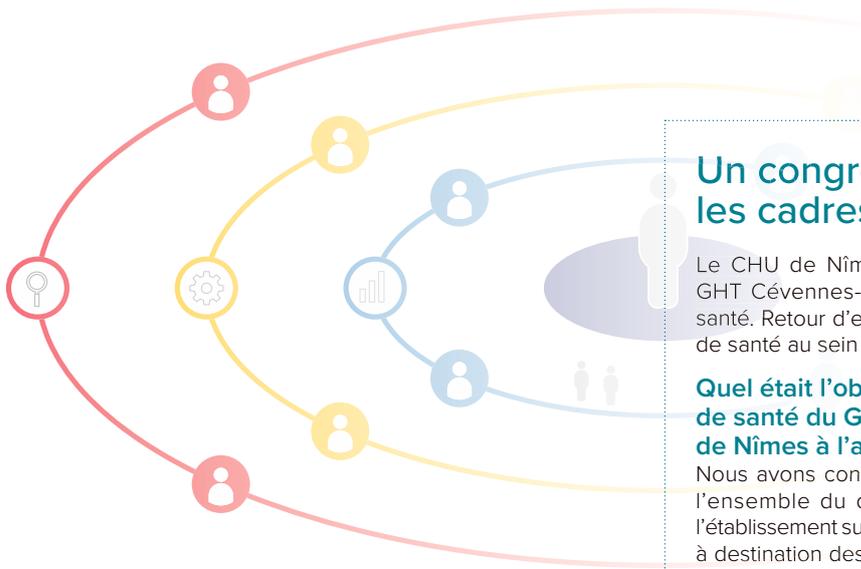
GRANDE HÉTÉROGÉNÉITÉ

En plus d'afficher une importante diversité dans leur physionomie extérieure, les GHT sont également « *très hétérogènes en termes de dynamique, de vie de territoire* », précise Laurence Laignel, présidente de l'Association française des directeurs de soins (AFDS). Par définition, leur degré de maturité dépend de chaque territoire, ce qui explique, selon celle qui est aussi directrice des soins du CHU d'Angers, pourquoi ils ne sont pas appréhendés de la même manière par tous les professionnels. « *Si vous demandez ce que représente le GHT à une infirmière qui travaille sur deux établissements qui sont en direction commune, elle en aura une idée très concrète* », assure-t-elle, tandis que ce ne sera pas le cas pour une infirmière travaillant dans un établissement où le processus est moins avancé.

Une analyse que partage Frédéric Martineau, co-rédacteur en 2015 avec Élisabeth Hubert, alors directrice générale du CHU de Grenoble, d'un rapport qui avait préfiguré la création des GHT. « *On peut à l'heure actuelle objectiver une disparité dans la mise en place des GHT* », constate ce radiologue, chef du pôle « imagerie » au CH de la Côte Basque. Celui-ci estime notamment qu'en termes de positionnement et de dimensionnement, certains GHT sont « *adaptés à la population et aux flux* », tandis que d'autres sont « *trop gros, trop petits, ou encore mal situés* ». Toutefois, selon lui, les GHT font désormais partie du paysage et ne sont pas près d'en sortir.

Du point de vue des équipes, l'un des principaux mérites des GHT est de favoriser les connexions entre les professionnels d'un territoire

de territoire, chapitre



BILAN MITIGÉ SELON LES DIRECTIONS

Peut-être en raison de l'hétérogénéité décrite par Laurence Laignel et Frédéric Martineau, le bilan des GHT, tel que ressenti par les directions hospitalières, est plutôt mitigé. Tel est du moins le sentiment qui se dégage d'une enquête, présentée lors des journées nationales de Lille, qui a été réalisée en 2024 auprès de 139 dirigeants hospitaliers : directeurs, adjoints, présidents de Commission médicale d'établissement ou de groupement (CME, CMG). Si, rapporte l'agence APMNews, les répondants sont 40 % à ne pas avoir le sentiment que les GHT ont réduit les inégalités d'accès aux soins sur leur territoire, ils sont en revanche 60 % à exprimer un avis positif sur la construction de filières, de parcours ou de temps médicaux partagés permise par les GHT. Une majorité (54 %) trouve par ailleurs le cadrage juridique des GHT insuffisant, souhaitant notamment davantage d'obligations de rationaliser l'offre de soins.

De plus, 49 % trouvent la gouvernance des GHT non fonctionnelle, critiquant en particulier la lourdeur des réunions. Interrogés sur les principaux freins qu'ils identifient à la réalisation des projets médico-soignants des GHT, les répondants citent en priorité la démographie médicale (70 %), la faible culture de groupe (41 %) et l'éloignement géographique (34 %). « Je crois que nous n'avons pas encore tous

Un congrès pour fédérer les cadres du territoire



Le CHU de Nîmes a organisé en novembre dernier, à l'échelle du GHT Cévennes-Gard-Camargue, un congrès territorial des cadres de santé. Retour d'expérience avec Benjamin Julian-Michel, cadre supérieur de santé au sein de la direction des soins de l'établissement.

Quel était l'objectif du premier congrès territorial des cadres de santé du GHT organisé par la direction des soins du CHU de Nîmes à l'automne dernier ?

Nous avons constaté que sur le territoire de notre GHT, qui comprend l'ensemble du département du Gard et dont le CHU de Nîmes est l'établissement support, il n'y avait pas de journée de formation ou d'échange à destination des cadres. C'était donc l'occasion de créer des liens entre des cadres qui travaillent ensemble, car nous avons des filières territoriales qui les relient, mais qui ne se voient pas forcément : certains ont enfin pu mettre des noms sur des visages !

Comment la journée a-t-elle été organisée ?

L'organisation était assurée par la direction des soins du CHU, en étroite collaboration avec les directions des soins des autres établissements du GHT. Nous avons effectué un sondage auprès des cadres de santé du territoire, et constitué un comité d'organisation avec eux. Il y a vraiment eu une dynamique territoriale autour de l'organisation de ce congrès, au plus près du terrain.

Quelles ont été les thématiques abordées ?

Le thème général était l'innovation managériale des cadres de santé en action. La volonté du comité d'organisation était d'éviter une frustration trop fréquente après un congrès : malgré la qualité des interventions, on a souvent des difficultés à savoir ce qu'on peut en faire concrètement. L'idée était de faire intervenir des personnes aux compétences diverses, avec une vraie dimension scientifique en termes de management, tout en gardant l'action concrète comme objectif primordial. Nous avons ainsi abordé les questions de l'intelligence collective et du design, de la recherche et de l'innovation comme nouveaux outils du manager, de l'équilibre...

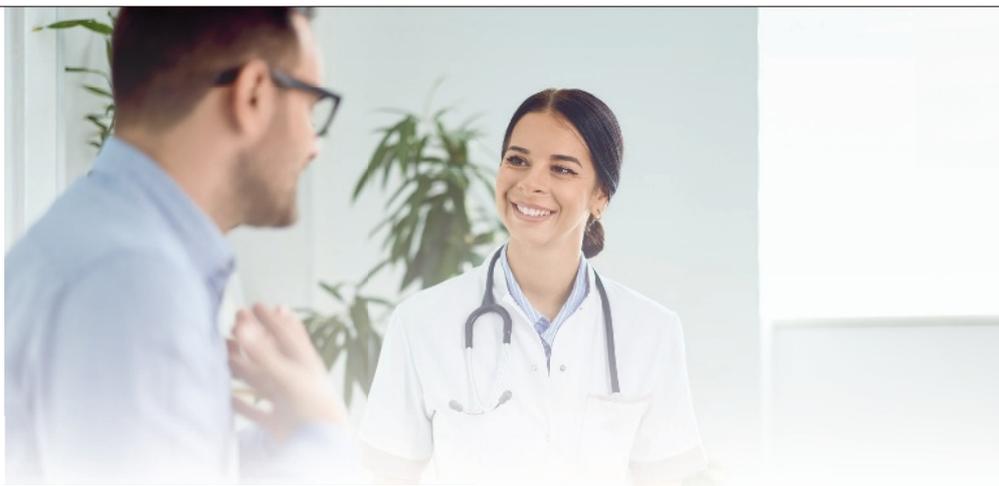
Quels ont été les retours sur ce congrès ?

Nous avons eu environ 240 participants, dont 70 % venaient du GHT, mais aussi des personnes venant de Montpellier, de Marseille, etc. Le taux de satisfaction a été très positif, les réponses au questionnaire soulignant en particulier la qualité des intervenants et le fait qu'ils aient véritablement parlé du quotidien des participants.

Avez-vous prévu une seconde édition ?

Oui, une nouvelle journée est prévue en 2026, dont la date reste à fixer. Nous pensons appliquer la même méthode : recensement des souhaits, comité d'organisation incluant des cadres provenant de tout le GHT, pilotage par le CHU, etc.

Propos recueillis par AR



© shutterstock

Les GHT doivent encore travailler à améliorer leur notoriété auprès du personnel soignant

fait la bascule vers une pensée commune qui nous inspire réellement ensemble dans une communauté de destin », a résumé en présentant l'étude à Lille, Jean-Marie Woehl, président de la CMG du GHT Centre Alsace et vice-président de la conférence des présidents de CME et de CMG, cité par APMNews.

Du point de vue des équipes, toutefois, l'un des principaux mérites des GHT reste de favoriser les connexions entre les professionnels d'un territoire. On peut ainsi penser au premier congrès territorial des cadres de santé du GHT Cévennes-Gard-Camargue organisé à l'automne 2024 par la direction des soins du CHU de Nîmes (encadré p. 29). Autre exemple : le GHT des Hôpitaux de Provence, autour de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, a mis sur pied un « club IPA » pour développer un réseau d'infirmières en pratique avancée (IPA) à l'échelle du groupement. L'un des objectifs affichés, selon une « fiche-action » présentée lors de la journée de Lille, était de contribuer à « intégrer le patient dans un parcours de soins coordonnés au sein du GHT et d'optimiser sa prise en charge ». Concrètement, cela comprend notamment des réunions rassemblant les IPA du GHT, à un rythme prévisionnel de trois rencontres par an.

UN NOUVEAU CHAPITRE ?

Reste à savoir comment, étant donné l'hétérogénéité constatée entre les GHT en termes de taille, de dynamique et de degré de maturité des groupements, se profile le nouveau chapitre que semblent envisager les pouvoirs publics. À cet égard, l'une des idées fortes semble être le souhait d'une fluidité toujours plus grande des relations entre les établissements. « Il faut vraiment qu'on parvienne à effacer les murs entre les établissements, affirme Frédéric Martineau. On doit pouvoir parvenir à avoir une entité juridique par GHT, dans une totale intégration.

tion. » Un objectif qui, concède le radiologue basque, « prendra du temps, car il ne s'agit bien sûr pas de renverser la table. » Mais cet objectif semble tout à fait aligné avec celui des autorités sanitaires. Lors de la journée de Lille, Geneviève Darrieussecq avait notamment indiqué souhaiter que les GHT soient « toujours plus intégrés et plus agiles », et avait estimé qu'il fallait « vraiment progressivement aboutir à la création de directions communes ».

En dehors des questions d'intégration plus poussée, les GHT de demain doivent davantage mettre l'accent sur la partie « soignante » du fameux « projet médico-soignant » sensé être au fondement même de tout GHT. Tel est du moins le souhait de Laurence Laignel. Car il faut savoir que chaque GHT doit élaborer un document unique qui définit, pour chacune de ses filières, comment s'organise l'offre de soins de manière graduée sur l'ensemble du territoire, en la déclinant par établissement, par modalité de prise en charge, etc. « La plupart des filières sont organisées par des médecins, et on y intègre quelques paramédicaux, observe la présidente de l'AFDS. On comprend bien que pour beaucoup de filières, les enjeux sont d'abord médicaux, mais la réflexion paramédicale, qui est essentielle, est malheureusement trop souvent remise à plus tard. »

Reste que pour beaucoup, les GHT doivent encore, et peut-être avant tout, travailler à améliorer leur notoriété auprès du personnel soignant. « Il faut montrer ce qu'apportent les GHT à la mission de santé à laquelle nous contribuons tous », fait valoir Laurence Laignel, qui estime notamment que ceux-ci peuvent contribuer à ce qui constitue, pour beaucoup, l'enjeu principal pour la profession infirmière : l'attractivité du métier. « Aujourd'hui, une infirmière qui travaille dans un hôpital de proximité et qui veut devenir cadre, par exemple, peut se voir empêchée d'entrer dans le parcours parce que son établissement est trop petit, note la présidente de l'AFDS. Or les GHT peuvent donner la possibilité de mettre en place des parcours professionnalisants pour évoluer. »

Adrien Renaud

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



FORMATION Bleu Menthe 30ème édition

PUBLIC : AIDES-SOIGNANTS

AIDE-SOIGNANT 4.0 : HUMANISME ET NUMÉRIQUE

AU CŒUR DE LA RELATION AVEC LE PATIENT PARTENAIRE



Développer les compétences relationnelles pour favoriser une relation de partenariat avec les patients et leurs proches.



Susciter les rencontres et les échanges entre professionnels pour valoriser et améliorer les compétences aides-soignantes.



Identifier les forces pluriprofessionnelles au service d'un nouveau système de santé.

Nathalie Renou, responsable pédagogique des journées Bleu Menthe.

SAVE THE DATE  4 & 5 DÉCEMBRE 2025

Être aide-soignant en 2025, c'est faire le choix d'un **métier profondément humain**, centré sur l'accompagnement global de l'autre, tout en **s'adaptant aux transformations de la société et de ses aspirations**.

Dans un contexte de soins toujours plus complexe, marqué par la digitalisation, les innovations technologiques, **la place centrale du patient et un langage médical parfois ardu à appréhender**, ce peut être compliqué de préserver la dimension humaine essentielle du **PRENDRE SOIN**.

Les Journées Bleu Menthe 2025 vous invitent à repenser l'avenir des soins. En mettant l'accent sur **l'empathie, le partenariat avec le patient et l'intégration des technologies innovantes**, explorez avec nous de **nouvelles approches pour offrir un parcours de soins plus humain, plus personnalisé et plus efficient**.

TARIF : 699€

Finançable sur plan de formation



Espace Saint-Martin
199 bis, Rue Saint-Martin 75003 Paris

Les + de Bleu Menthe

- Des intervenants experts en santé
- Des ateliers interactifs
- Un apprentissage collaboratif et des échanges entre pairs

Découvrez le programme complet en scannant le QR code >



bit.ly/BleuMenthe25

N° d'activité : 11 94 07922 94

LE DOSSIER

© iStockphoto

LE NEUROMANAGEMENT, ENJEUX ET INNOVATIONS

MANAGEMENT DES SOINS

► P. 32

RECHERCHE & FORMATION

► P. 33

RESSOURCES HUMAINES

► P. 37



MANAGEMENT DES SOINS

➤ P. 40

RECHERCHE & FORMATION

➤ P. 44

QUALITÉ & GESTION DES RISQUES

➤ P. 48

RECHERCHE & FORMATION

➤ P. 53

Ce dossier permet de comprendre les mécanismes afin d'améliorer la décision, la formation et l'organisation des soins.

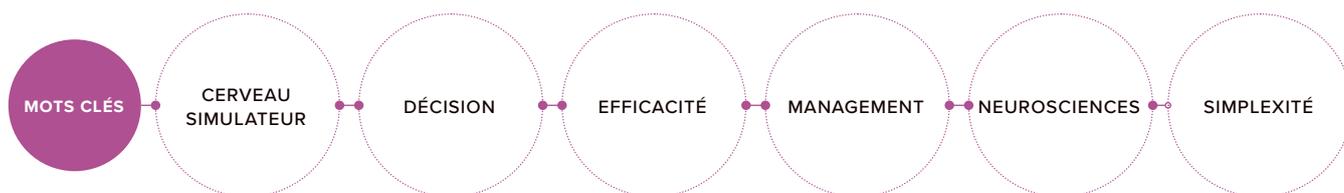
En effet, notre cerveau, avec ses biais cognitifs, influence profondément les différentes composantes managériales. Comprendre son fonctionnement permet d'ajuster et d'optimiser les stratégies en évitant le plus possible les erreurs de jugements hâtifs et celles dues aux biais cognitifs.

Dans le contexte hospitalier, où l'intuition, les automatismes et le raisonnement structuré s'entremêlent, la prise de décision est particulièrement impactée. Ces biais, partagés collectivement, façonnent les pratiques organisationnelles, du recrutement à la gestion des ressources.

Les neurosciences révolutionnent également la formation. En s'appuyant sur la neuroplasticité et la motivation intrinsèque, elles optimisent l'apprentissage, la créativité et la flexibilité. La simulation en santé, par exemple, améliore l'acquisition des compétences et la réactivité. L'intelligence artificielle peut assister les managers en allégeant leur charge cognitive et en facilitant l'analyse de données complexes.

Ainsi, les neurosciences offrent des clés pour améliorer la prise de décision, la formation et l'organisation des soins.

David Naudin



David Naudin
Docteur en sciences de l'éducation, chercheur associé à l'École universitaire de recherche Sciences infirmières en promotion de la santé (EUR SlePS) et au Laboratoire Éducatifs et promotion de la santé (LEPS UR3412) Paris Sorbonne Nord, adjoint du directeur de l'IFCS, AP-HP

LES NEUROSCIENCES AU SERVICE DU MANAGEMENT

Les neurosciences et le management en santé sont deux domaines qui convergent de plus en plus, offrant des perspectives nouvelles et prometteuses pour améliorer la qualité des soins, le bien-être des professionnels de santé et l'efficacité des organisations.

Les neurosciences ne sont pas susceptibles de tout expliquer ou résoudre. Elles offrent cependant des clés précieuses pour mieux comprendre le management et les interactions humaines. Elles apportent un éclairage sur nos processus de décision et d'adaptation, sans pour autant fournir des solutions « toutes faites ». Parmi leurs contributions, les concepts de « cerveau simulateur » et de « simplicité », développés par le neurophysiologiste Alain Berthoz⁽¹⁾, apportent un éclairage intéressant sur la manière dont les individus perçoivent, anticipent et interagissent dans des environnements complexes.

LE CERVEAU SIMULATEUR

Le « cerveau simulateur » désigne la capacité intrinsèque du cerveau à élaborer des représentations internes du monde extérieur, permettant ainsi de prévoir les conséquences potentielles de nos actions avant même de les entreprendre. Cette faculté de simulation mentale est essentielle pour la prise de décision, car elle offre la possibilité d'évaluer divers scénarios et d'anticiper les résultats possibles sans nécessiter une expérimentation réelle. Dans un contexte managérial, cette aptitude se traduit par une meilleure prévision des défis organisationnels et une adaptation proactive aux changements, renforçant ainsi la résilience et l'efficacité des équipes.

LA SIMPLEXITÉ

Parallèlement, le concept de « simplicité » proposé par Berthoz suggère que, face à la complexité du monde, le cerveau adopte des stratégies simplificatrices pour gérer l'information de manière efficiente. Cette approche ne vise pas à réduire la complexité en soi, mais à élaborer des modèles opérationnels qui rendent

cette complexité gérable et compréhensible. Appliquée au management, la simplicité encourage les leaders à développer des cadres décisionnels flexibles et adaptatifs, capables de saisir l'essence des situations complexes sans s'enliser dans des détails superflus. Cela favorise une prise de décision plus agile et une communication plus claire au sein des organisations.

Les neurosciences permettent de mieux comprendre le fonctionnement du cerveau, les émotions, les motivations et les comportements humains. Intégrer ces concepts neuroscientifiques dans les pratiques managériales implique une reconnaissance de l'importance de la simulation mentale et de la simplification stratégique dans la gestion quotidienne.

Les managers peuvent ainsi encourager leurs équipes à utiliser des techniques de visualisation pour anticiper les défis et élaborer des plans d'action efficaces.

De plus, en adoptant une approche de simplicité, ils peuvent structurer les processus organisationnels de manière à ce que les informations essentielles soient mises en avant, facilitant ainsi la prise de décision et l'alignement des objectifs. Tout cela, dans une pratique éthique et respectueuse des êtres humains.

LES NEUROSCIENCES, UNE RÉELLE OPPORTUNITÉ

Ainsi, les apports des neurosciences, à travers les notions de « cerveau simulateur » et de « simplicité », offrent des outils conceptuels puissants pour repenser le management. En s'appuyant sur ces principes, les organisations peuvent améliorer leur capacité à anticiper, à créer, à simplifier et à agir de manière cohérente dans des environnements complexes et évolutifs.



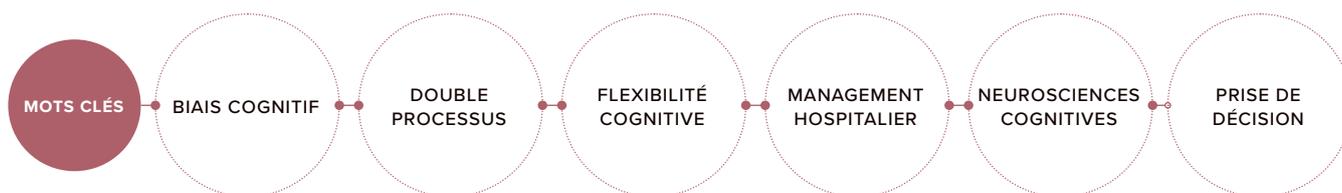
Nathalie Renou
Cadre de santé formatrice, master 2 en sciences de l'éducation, parcours inclusion, interventions et neurosciences, rédactrice en chef *Objectif Soins & Management*

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

BIBLIOGRAPHIE

1. Berthoz, A. La simplicité. Odile Jacob ; 2009.

RECHERCHE ET FORMATION



PRISE DE DÉCISION MANAGÉRIALE : L'APPORT DES NEUROSCIENCES

Dans le management hospitalier, la prise de décision oscille entre intuition et raisonnement analytique. Fondée sur la théorie du double processus, elle mobilise des automatismes et des analyses complexes. Toutefois, des biais cognitifs peuvent l'entraver. Cet article explore comment les neurosciences optimisent la flexibilité cognitive pour affiner les choix managériaux.

La prise de décision constitue un enjeu central dans l'exercice du management des cadres de santé. Confrontés à des situations complexes et évolutives, ces professionnels doivent arbitrer entre des impératifs organisationnels, des contraintes réglementaires et les attentes des équipes, souvent divergentes.

Loin d'être linéaire, le processus décisionnel en management hospitalier s'apparente à une dynamique adaptative, où chaque choix engage une cascade de conséquences, parfois imprévisibles. La théorie du double processus, largement documentée en sciences cognitives, éclaire cette dialectique entre décision intuitive et raisonnement analytique. D'un côté, le cadre de santé mobilise des routines d'action et des schémas de pensée construits par l'expérience ; de l'autre, il active des capacités d'analyse et d'anticipation pour ajuster ses choix aux spécificités de la situation. Cette complémentarité des systèmes de pensée conditionne la qualité et la pertinence des décisions prises.

Toutefois, ce processus n'est pas exempt de biais cognitifs. Comme dans le champ clinique, le manager peut être soumis à des distorsions perceptuelles influençant ses choix, telles que le biais de confirmation, l'ancrage ou encore l'effet de statu quo. Ces biais, souvent inconscients, façonnent les représentations et peuvent limiter l'exploration d'alternatives pertinentes. La capacité à inhiber ces automatismes et à mobiliser un raisonnement critique s'avère alors déterminante pour améliorer la prise de décision⁽¹⁾.

À travers une approche intégrant les neurosciences, la psychologie cognitive et l'analyse des pratiques, il devient possible de développer une expertise managériale plus réflexive, capable d'ajuster ses choix à des contextes hospitaliers en perpétuelle mutation. C'est précisément cette articulation entre cognition, décision et régulation des actions que cet article explore.

LA THÉORIE DU DOUBLE PROCESSUS

Le modèle du double processus, issu des sciences cognitives, décrit deux systèmes de pensée distincts mais interconnectés⁽²⁾. Le système 1 (S1), intuitif et rapide, repose sur des automatismes développés par l'expérience et renforcés par l'entraînement et l'apprentissage progressif à travers les essais et les erreurs. Il s'agit d'un raisonnement fondé sur des « heuristiques », c'est-à-dire des raccourcis mentaux permettant une action rapide sans nécessiter une analyse approfondie de chaque paramètre. Il est particulièrement utile dans des environnements où le temps de réaction est limité.

Le système 1 incorpore nos connaissances efficaces et nos routines, mais aussi des connaissances erronées, des croyances, des préjugés et des représentations qui influencent notre perception et nos décisions^(2,3). Plusieurs études dans le domaine de l'observance thérapeutique montrent que nous projetons parfois trop rapidement et sans discernement ces éléments de compréhension du monde



David Naudin
Docteur en sciences de l'éducation, chercheur associé à l'École universitaire de recherche Sciences infirmières en promotion de la santé (EUR SlePS) et au Laboratoire Éducatif et promotion de la santé (LEPS UR3412) Paris Sorbonne Nord, adjoint du directeur de l'IFCS, AP-HP



Viviane Loho Noya
Cadre de santé, AP-HP

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

que nous avons incorporés^(4,5). Le recours excessif à ce système intuitif peut entraîner des erreurs, notamment en raison des biais cognitifs. Par exemple, le biais de confirmation pousse un cadre de santé à privilégier les informations allant dans le sens de ses croyances préexistantes, au détriment d'une analyse objective. Cependant, il existe une grande variété de biais cognitifs influençant la prise de décision, comme le biais d'optimisme (*tableau 1*). En opposition au premier, le système 2 (S2) correspond à un mode de pensée plus lent, délibératif et exigeant en termes de ressources cognitives⁽²⁾. Ce mode de raisonnement mobilise des processus logiques, une capacité d'anticipation et une prise en compte de multiples variables avant d'arrêter une décision. Par exemple, lorsqu'un cadre de santé doit concevoir un projet de réorganisation des soins, il lui est nécessaire d'analyser des données chiffrées, d'anticiper les résistances au changement et d'évaluer l'impact des modifications

envisagées. Il ne peut s'appuyer sur des routines préétablies mais doit procéder par hypothèses, confronter différentes perspectives et ajuster ses décisions en fonction d'éléments nouveaux. Ce système 2, bien que plus fiable dans la gestion des situations complexes, ne peut être sollicité en permanence. Son activation nécessite un effort cognitif important et peut ralentir la prise de décision⁽⁴⁾. Un cadre de santé qui tenterait d'analyser minutieusement chaque situation, y compris celles qui pourraient être gérées par des schémas préétablis, risquerait l'épuisement décisionnel et une perte d'efficacité opérationnelle voire une surcharge mentale⁽⁶⁾.

Dans le management hospitalier, ces deux systèmes s'entrelacent en permanence, car les décisions courantes reposent souvent sur des schémas préétablis du système 1, tandis que les situations inédites nécessitent une activation plus poussée du système 2. Mais comment passe-t-on de l'un à l'autre des modes de raisonnement ?

La formation des cadres de santé devrait intégrer un travail spécifique sur la flexibilité cognitive et la prise de recul afin d'optimiser l'articulation entre intuition et réflexion

VERS UNE EXPERTISE MANAGÉRIALE

Olivier Houdé, spécialiste des sciences cognitives, propose une approche originale en introduisant un troisième système, le système 3 (S3), qui joue un rôle pivot entre les deux autres^(7,8). Il permet de basculer entre ces deux modes de pensée en inhibant les automatismes erronés et en activant un raisonnement adapté selon les circonstances^(7,9). Les fonctions exécutives jouent un rôle déterminant dans cette régulation entre les routines (S1) et l'analyse (S2). Elles permettent d'inhiber les réponses automatiques inadaptées, de mobiliser

Tableau 1. Principaux types de biais.

Biais cognitif	Description	Impact en management
Biais de confirmation	Tendance à rechercher et interpréter les informations qui confirment nos croyances préexistantes, en ignorant les données contradictoires	Peut conduire à des décisions biaisées en écartant des alternatives pertinentes
Biais d'ancrage	Influence excessive de la première information reçue sur les décisions ultérieures	Peut fausser les évaluations et négociations en donnant trop de poids à une donnée initiale
Biais de statu quo	Préférence pour la situation actuelle et résistance au changement	Freine l'innovation et rend les réformes managériales plus difficiles
Biais d'optimisme	Surestimation des chances de succès et sous-estimation des risques	Peut entraîner une prise de décision imprudente et un manque d'anticipation des difficultés
Biais de disponibilité	Jugement basé sur des exemples récents ou marquants plutôt que sur des données objectives	Risque de généralisation abusive et de décisions basées sur des cas isolés
Effet de cadrage	Différence d'interprétation d'une même information selon la manière dont elle est présentée	Peut orienter les décisions en fonction de la formulation d'un problème plutôt que de sa réalité
Biais d'autorité	Tendance à accorder une importance excessive aux avis des figures d'autorité	Peut réduire l'esprit critique et freiner la remise en question des décisions hiérarchiques
Biais de groupe (conformisme)	Influence du consensus sur les décisions individuelles, même en présence d'informations contraires	Peut favoriser un « suivisme » excessif et limiter l'innovation dans les équipes
Biais de disponibilité affective	Influence des émotions sur l'évaluation des risques et des décisions	Peut entraîner des décisions impulsives basées sur des ressentis plutôt que sur une analyse rationnelle
Biais de rétrospection	Tendance à voir les événements passés comme plus prévisibles qu'ils ne l'étaient réellement	Fausse l'apprentissage en donnant une illusion de contrôle sur des situations complexes

un raisonnement critique et de planifier les actions. Parmi ces fonctions, l'inhibition empêche les biais d'interférer dans le jugement, tandis que la flexibilité mentale favorise l'adaptation à des situations nouvelles.

Pour illustrer ce processus, prenons l'exemple d'un cadre de santé devant gérer un conflit au sein de son équipe. Son S1 lui suggère une solution rapide fondée sur des expériences passées, tandis que son S2 l'incite à analyser plus en profondeur les causes du conflit. C'est l'activation du S3 qui lui permet de suspendre son jugement initial, d'évaluer la situation avec plus de recul et de déterminer une réponse adaptée à la spécificité du contexte. La suspension de ce jugement peut être assimilée à ce que la pédagogie a identifié comme étant de la réflexivité.

Le système 3 ne se limite pas à inhiber les automatismes, il permet aussi de développer la flexibilité cognitive, c'est-à-dire la capacité à adapter ses stratégies en fonction des exigences de la situation^(4,10). Un cadre de santé confronté à un problème managérial inédit ne doit pas seulement reconnaître que ses réponses habituelles sont inadaptées, mais aussi être capable d'explorer de nouvelles pistes. La *figure 1* résume ces trois systèmes.

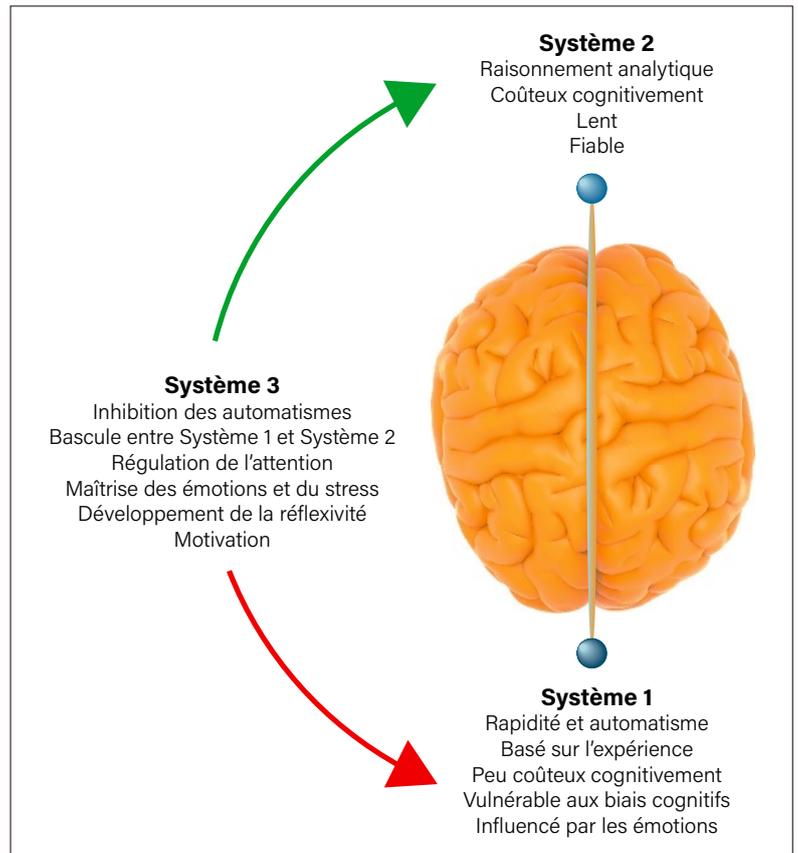
Appliqué au management hospitalier, ce modèle suggère que la formation des cadres de santé devrait intégrer un travail spécifique sur la flexibilité cognitive et la prise de recul afin d'optimiser cette articulation entre intuition et réflexion. Dans cette perspective, le développement d'une expertise managériale ne repose pas uniquement sur l'acquisition de savoirs techniques ou méthodologiques, mais aussi sur la capacité à ajuster dynamiquement ses modes de pensée en fonction des exigences du terrain. L'enjeu est ainsi d'apprendre à mobiliser les routines lorsque cela est pertinent, tout en étant capable de les inhiber pour laisser place à une analyse plus poussée lorsque la situation l'exige. Cela permet aussi une approche créative⁽¹¹⁾.

INFLUENCE DE L'INHIBITION DANS L'ATTENTION ET LA MOTIVATION

Le système 3 joue un rôle essentiel dans le maintien de l'attention en permettant la modulation entre les processus intuitifs et analytiques⁽⁷⁾. L'inhibition, quant à elle, permet de filtrer les distractions et de concentrer les ressources cognitives sur les informations clés.

L'attention étant préconditionnée par l'intention, elle dépend de la capacité à orienter son effort mental vers un objectif précis^(6,12). Ainsi, un cadre de santé qui a l'intention d'améliorer la communication au sein de son équipe va naturellement focaliser son attention sur les échanges entre collaborateurs, les signaux faibles de tension ou d'incompréhension

FIGURE 1. Les 3 systèmes de pensée selon Kahneman et Houdé.



et les opportunités de clarification. À l'inverse, s'il est absorbé par la gestion des ressources budgétaires, son attention se portera davantage sur les indicateurs financiers et les leviers d'optimisation des coûts. Cette orientation initiale guide la sélection des informations pertinentes et conditionne la qualité du processus décisionnel. Le système 3 favorise ainsi une régulation cognitive efficace en inhibant les automatismes erronés du système 1 et en facilitant l'engagement du système 2, permettant au manager de rester concentré sur les éléments pertinents et d'éviter la dispersion cognitive.

La motivation est également influencée par ce processus : un cadre de santé qui sait ajuster ses modes de pensée selon les exigences d'une situation complexe maintient un niveau d'engagement plus élevé⁽¹³⁾. L'inhibition des distractions joue un rôle clé dans cette régulation, en permettant de maintenir la focalisation de l'attention sur les objectifs à long terme. Cette focalisation repose sur deux mécanismes cognitifs essentiels : la planification et la mémoire de travail.

Là encore, un cadre de santé ayant pour objectif d'améliorer la qualité des soins devra organiser son travail en définissant des tâches planifiées qui guideront son attention vers les actions prioritaires. De plus, la mémoire de travail lui permettra de

Un cadre de santé qui parvient à réguler ses modes de pensée et à gérer sa charge cognitive réduit son stress et améliore son efficacité

rappeler continuellement ces objectifs malgré les interruptions et les imprévus du quotidien.

La véritable expertise en management ne repose pas uniquement sur l'accumulation d'expérience ou l'application de protocoles. Elle s'appuie avant tout sur une réflexivité qui permet de prendre conscience de ses biais cognitifs, de ses préjugés et de s'en dégager⁽¹⁴⁾. Le système 3 joue un rôle décisif dans cette dynamique en inhibant les automatismes erronés et en facilitant une prise de recul critique. Cette inhibition permet non seulement d'améliorer la qualité des décisions, mais aussi de maintenir l'attention et la motivation, éléments essentiels au bien-être au travail.

En effet, un cadre de santé qui parvient à réguler ses modes de pensée et à gérer sa charge cognitive réduit son stress et améliore son efficacité. Cette capacité à maintenir une focalisation adaptée sur ses objectifs, tout en restant flexible face aux imprévus, favorise un sentiment de maîtrise

et de satisfaction professionnelle. Le bonheur au travail naît ainsi de cette sensation de contrôle et d'adaptabilité.

VERS UNE MISE EN PRATIQUE EFFICACE ET DURABLE

Comprendre la complémentarité des systèmes cognitifs et le rôle fondamental du système 3 permet d'adopter une approche managériale plus adaptative. En effet, le système 3 joue un rôle clé dans la régulation du stress et des émotions en permettant une prise de recul face aux décisions complexes. Il favorise ainsi un sentiment de maîtrise des situations, réduisant l'anxiété et améliorant la capacité des cadres de santé à gérer efficacement les imprévus. Cette régulation émotionnelle contribue directement au bien-être au travail et à une meilleure résilience face aux exigences du secteur hospitalier. La réflexivité, l'inhibition des biais et la régulation de l'attention ne sont pas de simples compétences théoriques : elles doivent être exercées et renforcées au quotidien.

Pour y parvenir, il est nécessaire d'intégrer ces compétences dès la formation initiale et de les développer tout au long de la vie professionnelle. Ces compétences doivent figurer explicitement dans les référentiels de formation, en cohérence avec les compétences psychosociales définies par Santé publique France. La reconnaissance institutionnelle de ces aptitudes permettrait une diffusion cohérente et structurée des bonnes pratiques, garantissant ainsi un alignement des formations avec les enjeux de la santé publique et du management hospitalier. L'ancrage institutionnel de ces aptitudes dans les référentiels de formation permettrait une meilleure diffusion des bonnes pratiques et une amélioration tangible de la prise de décision dans le secteur hospitalier.

Enfin, les cadres de santé doivent être encouragés à pratiquer des méthodes favorisant la flexibilité cognitive, comme la simulation managériale, l'analyse des pratiques et la pleine conscience. L'intégration d'activités complémentaires, telles que la méditation ou le sport, permet également d'optimiser ces compétences en renforçant la capacité à gérer le stress et en améliorant la concentration⁽¹²⁾. Une approche globale et continue de l'entraînement cognitif renforcerait ainsi durablement l'efficacité des décisions et le bien-être professionnel des cadres de santé. La mise en place de ces stratégies, associée à une reconnaissance institutionnelle, constitue un levier puissant pour améliorer la qualité du management hospitalier et garantir un environnement de travail plus serein et efficace.

Ce texte est issu des travaux de thèse de David Naudin intitulée « Importance des fonctions exécutives dans l'observance thérapeutique chez les patients présentant un diabète de type 1 », Sorbonne Paris Cité, 2019.

BIBLIOGRAPHIE

- Crettin A. Quand les biais cognitifs deviennent des normes managériales. *Objectif Soins & Management* 2025;304:37-39.
- Kahneman D. *Système 1/Système 2. Les deux vitesses de la pensée.* Flammarion ; 2012.
- Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science* 1974;185:1124–31.
- Naudin D, Haliday H, Legrand C, Reach G, Gagnayre R. Characterizing cognitive problem-solving strategies in patients' everyday life: The case of patients with Type 1 diabetes. *Educ Ther Patient* 2021;13:10201.
- Naudin D, Gagnayre R, Reach G. Éducation thérapeutique du patient et concept de vicariance. L'exemple du diabète de type 1. *Médecine des maladies métaboliques* 2017;11:283–92.
- Naudin D, Le Corre B, Pitard L. La charge mentale des cadres de santé. *Objectif Soins & Management* 2024;300:64-71.
- Houdé O, Borst G. Evidence for an inhibitory-control theory of the reasoning brain. *Front Hum Neurosci* 2015;9:148.
- Houdé O. Chapitre premier. La théorie de Jean Piaget ou le système logique. *Que sais-je ?* 2018;2:19–43.
- Houdé O, Borst G. Measuring inhibitory control in children and adults: brain imaging and mental chronometry. *Front Psychol* 2014;5:616.
- Naudin D, Gagnayre R, Reach G. Les bases neuro-économiques de l'observance. *Médecine des maladies métaboliques* 2018;12:481–6.
- Le Corre B, Aymard S. Booster la créativité des équipes, c'est possible ! *Objectif Soins & Management* 2025;304:40-43.
- Lachaux JP. Le cerveau attentif : contrôle, maîtrise et lâcher-prise. Odile Jacob ; 2013.
- Naudin D, Gagnayre R, Marchand C, Reach G. Éducation thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation. *Médecine des maladies métaboliques* 2018;12:79–87.
- Naudin D. Importance des fonctions exécutives dans l'observance thérapeutique chez les patients présentant un diabète de type 1. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Sorbonne Paris Cité, 2019.

QUAND LES BIAIS COGNITIFS DEVIENNENT DES NORMES MANAGÉRIALES

Les biais cognitifs façonnent nos décisions, influençant managers et recruteurs sans qu'ils en aient conscience. Dans le secteur de la santé, où l'évaluation des candidats et la prise de décision sont déterminantes, ces distorsions mentales peuvent freiner l'innovation et la diversité. Comment les identifier et limiter leur impact ?



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

Aurélie Crettin, Cadre de santé, Hôpital Saint-Antoine

Imaginez un monde où la gestion des équipes et des ressources humaines repose sur des décisions prises en quelques secondes, influencées par des raccourcis mentaux inconscients. Que ce soit un juge évaluant une demande d'asile ou un manager en santé cherchant à recruter le candidat idéal, les biais cognitifs comme l'ancrage et le cadrage infiltrent ces moments décisifs, façonnant l'issue des vies. Dans le champ du management, ces distorsions mentales ne sont pas de simples erreurs individuelles : elles s'inscrivent dans des structures organisationnelles qui amplifient leur impact. À l'image des *dark patterns* en design, qui désignent des stratégies manipulatoires utilisées dans les interfaces numériques pour influencer les décisions des utilisateurs, manipulant leurs choix à leur insu, certaines dynamiques managériales exploitent ou perpétuent des biais décisionnels, influençant les processus de recrutement et d'évaluation. Cet article explore l'influence des *dark patterns* cognitifs sur les pratiques managériales, en analysant leur impact sur les processus décisionnels et en proposant des stratégies pour en atténuer les effets.

BIAIS COGNITIFS ET DARK PATTERNS

Les biais cognitifs^(1,2), définis par Daniel Kahneman comme des raccourcis mentaux influençant nos jugements de manière systématique, sont des failles dans

la pensée qui peuvent être exploitées, volontairement ou non, pour influencer les décisions. Parmi les biais les plus courants, on retrouve l'ancrage, qui nous pousse à nous fier excessivement à une première information reçue, le biais de confirmation, qui nous amène à privilégier les informations allant dans le sens de nos croyances préexistantes, ou encore l'effet de cadrage, par lequel la manière dont une question est formulée influence notre perception et notre choix. Les *dark patterns*, dans le design d'interface utilisateur, exploitent ces biais pour manipuler les choix des personnes^(3,4). En établissant un parallèle, nous pouvons voir comment, dans des situations de prise de décision plus complexes comme le recrutement ou les décisions judiciaires, des « *dark patterns* mentaux » peuvent se produire. De la même manière que les designers de *dark patterns* utilisent des biais comme l'ancrage ou le cadrage pour guider les utilisateurs vers une certaine action, inconsciemment, les juges et les managers peuvent être influencés par des « *dark patterns* cognitifs » qui biaisent leurs décisions. Ainsi, par exemple, le biais de précaution se manifeste lorsque les individus adoptent des comportements de prudence excessive pour éviter les erreurs potentielles, liés à des mécanismes cérébraux qui favorisent l'évitement du risque. Le biais de prédiction, quant à lui, concerne la tendance à se fier à des modèles ou des schémas préétablis pour prédire des résultats⁽⁵⁾. Dans le cerveau, cela peut être lié à l'utilisation de circuits neuronaux spécialisés dans la reconnaissance de schémas et la prise de décision basée sur des expériences antérieures.

Dans le contexte du recrutement en santé, les managers peuvent ainsi être influencés par des biais cognitifs (encadré 1). La littérature en psychologie organisationnelle, notamment les travaux de M. Bazerman et D. Moore en 2009⁽⁶⁾ sur le processus de décision managériale, met en évidence comment des biais comme celui d'ancrage ou celui de confirmation peuvent affecter la sélection des candidats, souvent au détriment de la diversité et de l'innovation⁽⁷⁾. « *La prise de décision est souvent entachée de biais que nous ne reconnaissons pas.* »⁽⁶⁾

MOTS CLÉS

BIAIS COGNITIF

DARK PATTERN

INNOVATION

MANAGEMENT

NORME

PRISE DE DÉCISION

RECRUTEMENT

Les biais de précaution et de prédiction

Les managers peuvent adopter une approche prudente en évitant les risques, favorisant ainsi des candidats perçus comme des « valeurs sûres », qui correspondent à des schémas préétablis, ou être influencés par des informations initiales, telles que la réputation d'une école ou d'un précédent employeur. Ce biais de précaution peut rendre les juges plus conservateurs dans leurs décisions d'asile⁽⁸⁾. Les études sur les demandes d'immigration étudiées par des juges démontrent que des biais comme l'ancrage peuvent fortement influencer les décisions judiciaires, rendant ainsi certaines décisions plus prévisibles et ancrées dans des modèles répétitifs⁽⁹⁾.

Les recruteurs, comme les juges, utilisent des schémas et des expériences passées pour prédire les résultats futurs. Ainsi, les cadres de santé peuvent favoriser des candidats provenant d'institutions connues ou avec des expériences similaires à celles des employés performants actuels. Cela reflète le biais de prédiction, où les juges peuvent se fier à des modèles mentaux basés sur des cas antérieurs^(9,10).

« La prise de décision est souvent entachée de biais que nous ne reconnaissons pas. »

Ces biais peuvent mener à des décisions injustes ou erronées⁽⁸⁻¹⁰⁾. Dans le recrutement, ils peuvent se traduire par une exclusion non intentionnelle de candidats qualifiés qui ne correspondent pas aux « modèles idéaux ». Tout comme dans le contexte judiciaire, ces biais peuvent mener à des décisions influencées par des facteurs non pertinents, compromettant l'équité du processus⁽¹¹⁾.

L'INFLUENCE SUR LES DÉCISIONS MANAGÉRIALES

Les *dark patterns*, initialement conçus pour influencer les choix des utilisateurs en design, trouvent un écho dans les pratiques managériales, où les biais cognitifs façonnent inconsciemment les décisions. Ils peuvent être considérés comme des faits institutionnels en ce sens qu'ils exploitent les règles et conventions existantes pour manipuler le comportement. Selon le philosophe J. Searle, dans *The Construction of Social Reality*⁽¹²⁾, les institutions sociales sont construites par des règles constitutives qui donnent du sens aux actions dans un contexte donné.

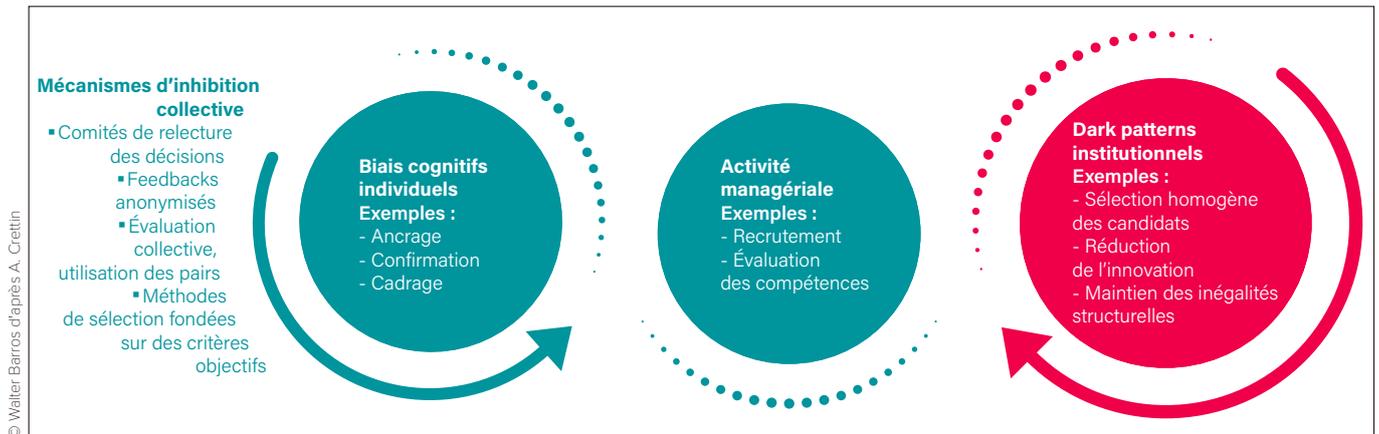
Il faut comprendre alors que dans les organisations, ces biais sont souvent renforcés par des normes et des structures qui privilégient des décisions standardisées, limitant ainsi l'innovation et la diversité. De ce fait, de la même manière que les conventions institutionnelles façonnent le comportement dans des environnements sociaux ou professionnels, les biais cognitifs, influencés par ces règles, guident les décideurs vers des comportements prévisibles et conservateurs⁽¹²⁾.

Dans le recrutement, les mécanismes de sélection favorisent souvent inconsciemment des profils correspondant aux standards dominants, reproduisant ainsi des biais systémiques. Les processus conçus pour guider les décisions vers des candidats « sûrs », ou les « *dark patterns* mentaux » dans les décisions judiciaires, exploitent des conventions institutionnelles (comme la confiance dans l'autorité ou la conformité aux normes) pour influencer le résultat de manière subtile. Selon J. Searle, ces règles agissent comme des cadres invisibles qui orientent les décisions en fonction de schémas établis, renforçant ainsi des logiques de répétition. Les institutions façonnent le comportement humain par le biais de règles constitutives qui définissent ce que les actions signifient dans un contexte donné. Les biais de précaution peuvent être renforcés par ces règles, car elles poussent les décideurs à éviter les erreurs potentielles en suivant des schémas préétablis. Par exemple, un recruteur peut être influencé par des règles institutionnelles non écrites qui valorisent les candidats issus d'institutions prestigieuses, par précaution contre le risque de faire un mauvais choix.

Les normes et attentes institutionnelles influencent la manière dont les décisions sont prises, poussant les managers et recruteurs à privilégier des critères rassurants plutôt qu'objectifs, souvent sans en avoir conscience. Dans le contexte judiciaire, les juges peuvent être inconsciemment influencés par des normes institutionnelles sur ce qui constitue une décision correcte ou équitable, ce qui peut les amener à adopter une approche de précaution ou à ancrer leurs décisions dans des modèles préexistants. Ainsi, comme l'affirme R. Cialdini, « *Nous nous fions davantage à des raccourcis mentaux qui peuvent être manipulés par ceux qui savent comment exploiter nos faiblesses.* »⁽²⁾

QUAND LES BIAIS DEVIENNENT DES RÈGLES INVISIBLES

Les institutions structurent la manière dont les individus prennent des décisions en imposant des normes et des processus souvent invisibles. En intégrant ces biais dans leurs modes de fonctionnement, elles les transforment en mécanismes collectifs normalisés, renforçant ainsi leur effet. Les règles constitutives des institutions définissent le cadre des actions, donnant un sens particulier à des décisions telles que juger une personne ou recruter un candidat. Ainsi, un biais cognitif individuel peut se transformer en une contrainte systémique et collective influençant un large éventail de décisions. Cependant, ces structures peuvent aussi renforcer des biais qui influencent les comportements. C'est de cette façon que les « *dark patterns* institutionnels » émergent, en exploitant ces biais à travers des pratiques managériales collectives routinières et biaisées qui consolident des schémas décisionnels conformistes et parfois injustes (*figure 1*).

FIGURE 1. Biais, *dark patterns* et activité managériale.

Dans cette vision, les « *dark patterns* institutionnels » sont alors des schémas inconscients qui exploitent ces biais pour orienter les décisions vers des choix conformes, limitant ainsi l'innovation et l'objectivité. Les biais de précaution et de prédiction, tels qu'étudiés par G. Gigerenzer en 2008, sont souvent amplifiés par des normes institutionnelles non explicites⁽¹³⁾. Un recruteur peut ainsi favoriser un candidat perçu comme « sûr » en se basant sur des critères institutionnalisés comme l'école ou l'expérience, tout comme un juge peut s'ancrer dans des précédents juridiques pour minimiser le risque de critiques.

DU BON USAGE DE L'INTELLIGENCE COLLECTIVE

Comme pour « contrer » les *dark patterns* en design, il est important de mettre en place des garde-fous pour éviter que ces « *dark patterns* cognitifs » n'influencent indûment les décisions des cadres de santé. Cela inclut la formation des managers et recruteurs à la conscience des biais, l'utilisation d'outils d'aide à la décision éthique et la conception de processus qui minimisent les influences indésirables. Les recherches récentes, à la fois dans les domaines de la psychologie cognitive et de la sociologie institutionnelle, insistent sur l'importance de développer des outils et des stra-

tégies pour atténuer l'effet des biais cognitifs dans les décisions importantes. Comme l'ont déjà noté Thaler et Sunstein en 2008, des choix d'architecture décisionnelle peuvent permettre de contourner certains biais pour améliorer les prises de décisions⁽¹⁴⁾.

Ces biais institutionnels créent des environnements de décision répétitifs et conservateurs, où l'innovation et la diversité peinent à s'imposer⁽¹⁵⁾. Pour casser ces dynamiques, il ne suffit pas de sensibiliser les acteurs aux biais : il est nécessaire d'installer des mécanismes d'inhibition collective. Cela passe par la mise en place de contre-mesures structurées : des comités de relecture des décisions critiques, des feedbacks anonymisés sur les choix managériaux ou encore des outils d'évaluation collective minimisant l'influence des jugements individuels (*figure 1*). Des stratégies plus immersives, telles que la rotation systématique des recruteurs ou l'intégration d'acteurs externes dans les processus décisionnels, permettent également de briser les automatismes et d'introduire une dynamique plus ouverte. L'anonymisation des candidatures, l'utilisation de méthodes de sélection fondées sur des critères mesurables et l'introduction de grilles d'évaluation standardisées participent aussi à réduire l'influence des biais et à favoriser des décisions plus objectives et inclusives.

BIBLIOGRAPHIE

- Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York, US: Farrar, Straus and Giroux. 2011.
- Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science* 1974;185(4157):1124-31.
- Evans J. Reflections on Rationality. In: Keith E. Stanovich. *Review of Rationality and the Reflective Mind*. The American Journal of Psychology 2012;125(1):113-116.
- Cialdini RB. *Influence: The Psychology of persuasion*. Harper Collins, Business Essentials. 2009.
- Cousin B, Rivera L. Class and the call of Wall Street. *Review of Pedigree: How Elite Students Get Elite Jobs*. European Journal of Sociology, Archives Européennes de Sociologie 2016;57(3):550-556.
- Bazerman MH, Moore DA. *Judgment in Managerial Decision Making*. Wiley & Sons. 2012.
- Bohnet I. *What Works: Gender Equality by Design*. Harvard University Press. 2016.
- Guthrie C, Rachlinski JJ, Wistrich A. J. *Blinking on the Bench: How Judges Decide Cases*. Cornell Law Review 2007;93(1):1-44.
- Schoenholtz AI, Ramji-Nogales J, Schrag PG. *Refugee Roulette: Disparities in Asylum Adjudication*. Stanford Law Review 2007;60(12):295-412.
- Kim CY, Semet A. An Empirical Study of Political Control over Immigration Adjudication. *Georgetown Law J*. 2020;108:579-647.
- Jiang Y. *Misjudging in Judging: The Role of Cognitive Biases in Shaping Judicial Decisions*. Temple Law Political and Civil Rights Society. 2020. p. 1-15.
- Rubén DH. John Searle's The Construction of Social Reality. *Philosophy and Phenomenological Research*. 1997;57(2):443-447.
- Gigerenzer G. *Rationality for Mortals: How People Cope with Uncertainty*. New York: Oxford University Press. Evolution and cognition. 2008.
- Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven, CT, US: Yale University Press. 2008.
- Stagnaro MN, Pennycook G, Rand DG. Performance on the Cognitive Reflection Test is stable across time. *Judgment and Decision Making*. 2018;13(3):260-7.

BOOSTER LA CRÉATIVITÉ DES ÉQUIPES, C'EST POSSIBLE !

MOTS CLÉS

ADAPTABILITÉ

CRÉATIVITÉ

CURIOSITÉ

ÉQUIPE

INNOVATION

LEADERSHIP

MANAGEMENT



Bertrand Le Corre
Cadre supérieur, formateur
à l'Institut de formation des
cadres de santé de l'AP-HP



Sophie Aymard
Cadre Formatrice, MGEN,
Le Mesnil Saint-Denis,
La Verrière

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

Dans un monde hospitalier en mutation, le cadre de santé joue un rôle clé en stimulant la créativité pour transformer les contraintes en opportunités. Facilitateur d'innovation, il crée un environnement propice à l'expérimentation et à l'adaptation. Cet article explore les leviers permettant d'ancrer durablement cette dynamique au sein des équipes.

Dans un environnement en perpétuelle mutation, marqué par des transformations organisationnelles et des défis complexes, la curiosité et la créativité se révèlent comme des atouts majeurs pour les cadres de santé et les formateurs. Loin d'être l'apanage des artistes, ces compétences permettent d'innover, d'anticiper et de mieux gérer les évolutions du secteur. Comprendre comment ces dynamiques influencent la prise de décision, l'innovation et l'apprentissage en management sanitaire devient donc essentiel. La créativité repose sur des processus cognitifs qui peuvent être stimulés et amplifiés par le cadre de santé. En fournissant des repères tout en laissant place à l'exploration, ce dernier peut devenir un véritable catalyseur d'idées nouvelles. Les neurosciences démontrent que la pensée divergente et la mémoire associative favorisent l'émergence d'innovations, particulièrement dans les environnements où l'apprentissage et l'expérimentation sont encouragés.

Cet article met en lumière le rôle clé du cadre dans la création d'un climat propice à la créativité, en montrant comment structurer un environnement favorisant l'imagination et l'adaptation aux défis contemporains. Il explore également les outils et approches permettant d'intégrer ces leviers dans le quotidien des cadres de santé, afin de transformer les contraintes en opportunités d'amélioration et de progrès.

CURIOSITÉ ET CRÉATIVITÉ

Curiosité et créativité constituent des forces intrinsèquement liées.

LA CURIOSITÉ COMME MOTEUR COGNITIF

La curiosité est une force fondamentale qui nous pousse à explorer notre environnement et à poser des questions. En psychologie, elle est parfois considérée comme une émotion comparable à l'excitation, qui nous incite à réduire l'incertitude en cherchant des réponses⁽¹⁾. D'autres théories la définissent comme une pulsion, un moteur interne qui stimule l'apprentissage et la découverte. Par exemple, des études sur les animaux montrent qu'ils continuent d'explorer leur environnement même lorsqu'ils n'ont plus de besoins physiologiques immédiats⁽¹⁾.

Chez l'être humain, ce besoin de comprendre est encore plus marqué chez l'enfant, dont le développement cognitif repose en grande partie sur l'exploration et la manipulation d'objets. La curiosité favorise l'apprentissage et, par extension, la capacité à être créatif^(2,3). Cette dynamique est essentielle dans la formation des soignants, où l'apprentissage par la découverte permet d'intégrer les connaissances de manière active et durable. Une étude récente montre qu'une partie du cerveau, active pendant la pensée interne, est impliquée dans la créativité⁽⁴⁾. Appelée *Default Mode Network* (DMN, en français : réseau de neurones du mode par défaut), elle est activement impliquée dans des processus créatifs tels que la génération d'idées originales. La stimulation du DMN affecte positivement la créativité. Créer un environnement qui soutient la pensée interne et la rêverie peut être bénéfique pour la créativité⁽⁴⁾. De la même façon, expérimenter, tester des hypothèses et observer directement les résultats favorisent une meilleure appropriation des compétences et renforcent la capacité d'adaptation

face aux situations imprévues. Ainsi, la curiosité ne se limite pas à une impulsion individuelle, mais devient un levier stratégique pour l'innovation et l'amélioration continue dans les environnements de soin.

LE LIEN ENTRE CURIOSITÉ ET CRÉATIVITÉ EN MANAGEMENT HOSPITALIER

Dans le milieu de la santé, la créativité ne se limite pas à l'innovation technologique ou aux découvertes médicales. Elle s'exprime au quotidien dans l'organisation des soins, la gestion des équipes et l'adaptation aux imprévus. Par exemple, face à une pénurie de matériel, les soignants développent des solutions alternatives pour garantir la continuité des soins.

Trois formes de créativité sont particulièrement pertinentes en gestion hospitalière :

- **la créativité combinatoire** consiste à réutiliser des pratiques existantes dans un nouveau contexte. Un cadre de santé peut, par exemple, transposer des outils de gestion issus du secteur industriel pour optimiser les plannings infirmiers et améliorer l'efficacité organisationnelle⁽⁵⁾ ;

- **la créativité exploratoire** repose sur l'amélioration progressive des processus. La mise en place d'un protocole de transmission d'informations entre les équipes de jour et de nuit permet, par exemple, d'éviter des erreurs et de renforcer la continuité des soins^(6,7) ;

- **la créativité transformationnelle** implique la remise en question des modèles établis. Par exemple, la création de nouvelles organisations de travail, comme l'hospitalisation à domicile, a transformé en profondeur la manière de prendre en charge les patients chroniques, offrant des solutions plus adaptées et personnalisées⁽⁸⁾. Dans cette continuité, il est essentiel de comprendre comment les neurosciences permettent de mieux appréhender les mécanismes cognitifs qui sous-tendent la créativité. Elles offrent un éclairage sur la manière dont la prise de décision et la gestion des équipes peuvent être influencées par ces dynamiques⁽⁹⁾. Des auteurs montrent dans leur ouvrage sur la créativité⁽⁹⁾ des exemples que nous allons transférer dans le domaine du management.

IMPACT SUR LA PRISE DE DÉCISION ET LA GESTION DES ÉQUIPES

La créativité en management repose sur la capacité à gérer des informations complexes et à prendre des décisions adaptées en temps réel. Les études en neurosciences montrent que le cortex préfrontal, responsable de la planification et de l'adaptabilité, est particulièrement sollicité dans les situations nécessitant de l'innovation⁽⁹⁾. Dans le quotidien d'un cadre de santé, cette flexibilité cognitive est essentielle pour adapter les effectifs en fonction des urgences ou organiser une répartition des tâches efficace. Ainsi, lors d'une épidémie de grippe, la réaffectation rapide du personnel entre différents services nécessite une capacité d'anticipation et d'improvisation qui s'appuie sur des schémas mentaux préexistants mais réadaptés aux besoins immédiats.

Le cadre de santé comme facilitateur de créativité

Contrairement aux idées reçues, un espace de travail structuré ne limite pas la créativité, il peut au contraire la favoriser en définissant un lieu sécurisé d'expérimentation. Dans les services, cela signifie offrir aux équipes des repères clairs tout en leur laissant la possibilité d'innover dans l'organisation des soins. Par exemple, dans certains hôpitaux, des cellules d'amélioration continue ont été mises en place, permettant aux soignants de proposer et de tester des ajustements aux protocoles. Ces espaces permettent d'expérimenter de nouvelles solutions, comme l'utilisation de la télémédecine pour optimiser la gestion des soins post-opératoires, tout en garantissant la sécurité des patients. L'un des enjeux du cadre de santé est de gérer l'équilibre entre standardisation et adaptation. Trop de rigidité peut brider la prise d'initiative, tandis qu'un manque de structure peut générer du stress et de l'inefficacité⁽⁸⁾. Un exemple concret est la réorganisation des plannings en fonction des pics d'activité : en impliquant les soignants dans ce processus et en testant différentes configurations, certains établissements ont pu réduire l'absentéisme et améliorer la satisfaction des équipes.

L'intelligence collective joue ici un rôle clé : les équipes qui partagent leurs connaissances accumulées développent des pratiques innovantes plus rapidement. Les neurosciences montrent que la mémoire ne se limite pas à l'accumulation d'informations, mais repose aussi sur la capacité du cerveau à établir des liens entre des expériences passées et des enjeux actuels⁽⁸⁾.

Un cadre de santé peut structurer ce partage en mettant en place des revues de cas cliniques où chaque soignant propose des alternatives aux protocoles habituels. Une telle approche permet de capitaliser sur les expériences passées pour développer de nouvelles méthodes de prise en charge. Un exemple concerne l'adoption de « réunions flash » quotidiennes inspirées du secteur aéronautique, qui améliore la réactivité et la coordination interdisciplinaire. Une étude récente expose le modèle inter-cerveaux et son implication dans la créativité de groupe. Cette étude considère les cerveaux des individus en interaction comme des composantes intégrales d'un réseau inter-cerveaux qui se reconfigure dynamiquement pendant la créativité de groupe pour faciliter des résultats originaux⁽¹⁰⁾.

Dans un contexte hospitalier au sens large, les décisions doivent allier efficacité immédiate et capacité d'adaptation. Contrairement aux idées reçues, intelligence et créativité ne sont pas opposées, mais complémentaires. L'intelligence analytique permet d'appliquer des protocoles éprouvés, tandis que la créativité permet d'y apporter des ajustements en fonction des besoins spécifiques.

Un cadre de santé innovant encourage cette double approche. Dans un service d'urgence, il peut proposer des scénarios de simulation pour former ses équipes à la gestion de crises imprévues. Cette démarche, combinant cadre structuré et liberté d'adaptation, améliore la capacité des soignants à réagir de manière créative face aux situations critiques⁽¹¹⁾. Le neuroscientifique Alain Berthoz expose cette idée de cerveau émulateur et simulateur qui permet une projection anticipée des conséquences de nos actions⁽¹²⁾.

Le rôle du cadre dans la gestion des incertitudes

L'incertitude est une réalité quotidienne dans le monde hospitalier : imprévus médicaux, afflux de patients, manque de personnel. Face à cela, un cadre de santé peut transformer cette incertitude en un levier d'adaptabilité et de créativité comme le montrent les études sur la créativité⁽⁹⁾. Lors de la crise sanitaire de la Covid-19, de nombreux cadres de santé ont dû réinventer l'organisation des soins en un temps record. Certains établissements ont ainsi converti des salles de réveil ou des blocs opératoires en unités de réanimation, mis en place des systèmes de rotation du personnel pour éviter l'épuisement, ou encore développé des solutions numériques pour assurer le suivi des patients à distance. Ces innovations, bien que nées d'une situation d'urgence, ont perduré et amélioré l'efficacité des services hospitaliers.

L'un des facteurs clés de cette gestion créative de l'incertitude réside dans la capacité à anticiper et à capitaliser sur l'expérience acquise⁽⁹⁾. Un cadre de santé peut, par exemple, organiser des « débriefings post-crise » pour identifier les initiatives qui ont fonctionné et les formaliser afin qu'elles puissent être réutilisées en cas de besoin. Cette démarche permet non seulement d'améliorer la réactivité des équipes, mais aussi de renforcer leur sentiment de compétence et de résilience.

UN LEADERSHIP ENCOURAGEANT LA CURIOSITÉ ET L'EXPÉRIMENTATION

Le rôle du cadre de santé ne se limite pas à l'application des directives ; il doit aussi inspirer et mobiliser son équipe en l'incitant à penser autrement. Pour cela, il peut adopter un leadership fondé sur la confiance et l'encouragement de l'autonomie.

Dans certaines unités hospitalières, des réunions participatives sont organisées pour discuter des défis rencontrés et « brainstormer » des solutions innovantes. Un cadre de santé qui anime ces échanges en valorisant chaque proposition, même atypique, favorise une culture où l'expérimentation devient un levier d'amélioration continue⁽⁹⁾. Un exemple réussi est celui d'un service de chirurgie endoscopique qui a repensé l'aménagement des blocs opératoires sur la base des suggestions du personnel, améliorant ainsi la fluidité du travail et réduisant le temps d'intervention. Le travail à partir des événements indésirables permet de pointer des dysfonctionnements en fonction de la criticité (la fréquence multipliée par la gravité). Sur la base de ces données, les cadres ont mis à contribution l'équipe paramédicale et médicale pour imaginer les espaces et l'occupation des locaux, mais aussi les organisations de travail dans une vision systémique.

L'attitude du cadre est déterminante pour encourager la prise de risque contrôlée. Lorsqu'un soignant propose une nouvelle idée, la réponse du cadre influence sa motivation à renouveler l'expérience. Un environnement où l'erreur est perçue comme une opportunité d'apprentissage stimule l'innovation, à l'image d'un management qui encourage les équipes à tester, ajuster et améliorer continuellement leurs pratiques⁽⁹⁾.

L'IMPORTANCE DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET DU TRAVAIL COLLABORATIF

Un cadre de santé qui souhaite *réveiller* la créativité ne travaille pas seul : il sait mobiliser les dynamiques de groupe pour enrichir la réflexion collective. Des études

montrent que la diversité des profils et des expériences favorise l'émergence de solutions innovantes.

L'approche interdisciplinaire dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques est modélisante. En réunissant médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues et assistantes sociales autour de cas spécifiques, certains hôpitaux proposent des parcours de soins plus fluides et mieux adaptés aux besoins des patients. Cette collaboration permet d'éviter le cloisonnement des spécialités et d'exploiter pleinement les compétences et expertises croisées. De plus, les espaces d'échanges informels sont souvent des incubateurs d'idées. Certains hôpitaux ont mis en place des « cafés des idées », ou des espaces de dialogues au travail, où les soignants peuvent proposer des améliorations sans la pression hiérarchique des réunions classiques. Ces initiatives favorisent un climat d'innovation continue en renforçant la communication horizontale.

STRATÉGIES ET OUTILS POUR BOOSTER LA CRÉATIVITÉ

La créativité ne peut émerger que dans un environnement où les soignants se sentent en sécurité psychologique, c'est-à-dire des espaces où les personnes peuvent proposer des idées sans crainte du jugement ou de la sanction⁽⁹⁾. Un cadre de santé innovant doit donc créer un climat où l'expérimentation est encouragée et où l'échec est perçu comme une étape normale du processus d'apprentissage.

L'instauration d'un climat créatif passe aussi par la reconnaissance des initiatives individuelles et collectives. Un cadre peut mettre en place des « challenges innovation » récompensant les meilleures propositions d'amélioration des soins ou des processus. À l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) existe le « Trophée innovation », comme dans d'autres hôpitaux, et ce type de démarche conduit à des projets créatifs et fédérateurs.

FORMATION ET SENSIBILISATION À LA PENSÉE CRÉATIVE

La créativité n'est pas seulement une disposition naturelle, elle peut aussi être apprise et stimulée par des méthodes adaptées. Le cadre de santé a un rôle clé à jouer dans la diffusion de ces pratiques au sein des équipes.

Certaines formations mettent en avant des approches comme le *design thinking*, qui permet d'aborder un problème de manière créative en alternant phases de divergence (production d'idées multiples) et de convergence (sélection et structuration des meilleures solutions)⁽⁹⁾. À titre d'exemple, un hôpital a ainsi utilisé cette méthode pour repenser l'organisation des soins de nuit, en impliquant directement les infirmiers dans l'élaboration du projet.

Les simulations cliniques sont aussi un excellent outil pour développer la pensée créative. En recréant des

situations complexes, elles permettent aux soignants de tester différentes stratégies et d'apprendre à improviser face aux imprévus⁽¹³⁾.

Enfin, la formation à la créativité passe aussi par l'intégration des outils numériques et de l'Intelligence artificielle⁽¹⁴⁾. De plus en plus d'hôpitaux utilisent des plateformes collaboratives où les soignants peuvent partager leurs idées d'amélioration des pratiques et suivre l'évolution des projets en temps réel.

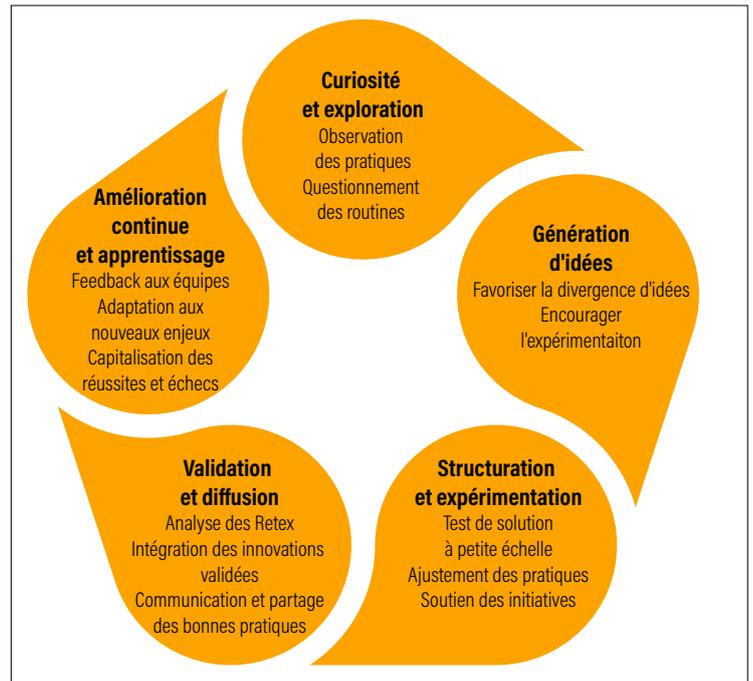
L'INNOVATION DANS LA GESTION DES ÉQUIPES ET DES PROCESSUS

Le cadre de santé peut également favoriser la créativité en mettant en place des modèles d'organisation flexibles qui permettent aux soignants de mieux s'adapter aux réalités du terrain. Un exemple concret est la gestion des plannings en autonomie, selon une règle définie par le cadre de santé. Cette approche pourrait réduire l'absentéisme et améliorer la satisfaction des équipes, tout en maintenant une organisation efficace des soins. L'innovation peut aussi passer par la simplification des procédures administratives⁽¹⁵⁾. Un modèle mathématique a été développé pour optimiser la performance des urgences en se basant sur les facteurs les plus influents sur la satisfaction des patients, tels que la qualité de l'équipement, la rapidité des traitements et la performance des médecins⁽¹⁶⁾.

Enfin, les cadres de santé les plus innovants adoptent une approche « tester et apprendre » : ils encouragent la mise en place de projets pilotes à petite échelle avant de généraliser les changements. Par exemple, cette méthode a été utilisée dans un service pour expérimenter une nouvelle répartition des tâches entre infirmiers et aides-soignants, améliorant la fluidité du travail et la qualité des soins.

La *figure 1* met en évidence que la somme des propositions créatives forme un cycle continu, où chaque innovation nourrit les étapes suivantes. Ainsi, la curiosité entraîne la génération d'idées (la créativité) qui, une fois expérimentées et validées, s'intègrent aux pratiques avant d'être améliorées et réinterrogées, alimentant sans cesse un processus d'innovation et d'adaptation.

FIGURE 1. Cycle de la créativité.



© Walter Barros d'après B. Le Corre

CONCLUSION

En définitive, la capacité d'innovation des cadres de santé repose sur une liberté structurée, où autonomie et cadre organisationnel s'articulent de manière équilibrée. Cette approche ne peut être pleinement efficace sans une vision stratégique forte des directions des soins, capables d'impulser un management favorisant l'adaptabilité sans tomber dans l'improvisation. La crise sanitaire de la Covid-19 a initié une mutation épistémologique en management hospitalier, mettant en évidence la nécessité de dépasser les modèles purement normatifs pour intégrer davantage d'agilité et de co-construction des solutions. Pourtant, malgré cette prise de conscience, les établissements de santé peinent encore à capitaliser durablement sur ces apprentissages, freinés par des inerties institutionnelles et une culture du contrôle persistant. Pour répondre aux orientations et aux défis futurs, il est important que les directions des soins accompagnent cette transition et structurent des espaces d'expérimentation pérennes, où les innovations testées, en situation de crise comme en routine, deviennent des leviers de transformation durable du système hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

- Baxter A, Switzky HN. Exploration and Curiosity. Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development, Elsevier; 2008. p. 460–70.
- Cropley A. Ancient World Conceptualizations of Creativity. Encyclopedia of Creativity, Elsevier; 2020. p. 42–6.
- Griffiths TD. Capturing creativity. Brain 2008;131:6–7.
- Bartoli E, Devara E, Dang HQ, Rabinovich R, Mathura RK, Anand A, et al. Default mode network electrophysiological dynamics and causal role in creative thinking. Brain 2024;147:3409–25.
- Baer J. Teaching Creativity. Encyclopedia of Creativity, Elsevier; 2020. p. 540–6.
- Gerver CR, Griffin JW, Dennis NA, Beaty RE. Memory and creativity: A meta-analytic examination of the relationship between memory systems and creative cognition. Psychon Bull Rev 2023;30:2116–54.
- Necka E. Memory & Creativity. Encyclopedia of Creativity, Elsevier; 2011. p. 88–93.
- Vartanian O, Bristol AS, Kaufman JC, editors. Neuroscience of creativity. Cambridge, MA: MIT Press; 2013.
- Jung RE, Vartanian O, editors. The Cambridge Handbook of the Neuroscience of Creativity. 1st ed. Cambridge University Press; 2018.
- Pick H, Fahoum N, Shamay Tsoory SG. Creating together: An interbrain model of group creativity. Neuropsychologia 2025;207:109063.
- Ogurlu U. Giftedness. Encyclopedia of Creativity, Elsevier; 2020. p. 546–50.
- Berthoz A. La vicariance: le cerveau créateur de mondes. O. Jacob; 2013.
- Belou H, Castelot AS. Simulation à l'attention des managers : sortir de l'aliénation. Objectif Soins & Management 2025;304:53-58.
- Soyer L. Les applications managériales des neurosciences et de l'intelligence artificielle. Objectif Soins & Management 2025;304:48-52.
- Colin F. La régulation de la simplification administrative. Revue française d'administration publique 2016;157:171–82.
- Elvas LB, Nunes MB, Helgheim BI, Ferreira JC. Prediction of Emergency Department Operations with Artificial Intelligence: A Case Study. 2024 IEEE 22nd Mediterranean Electrotechnical Conference (MELECON), 2024. p. 473–8.

MOTS CLÉS

ACCOMPAGNEMENT

APPRENTISSAGE

ENGAGEMENT COGNITIF

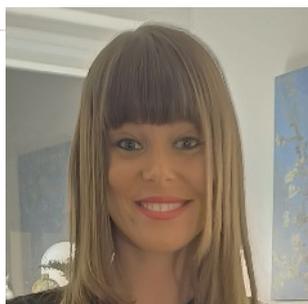
ÉTAYAGE

MOTIVATION

LA PÉDAGOGIE DE BRUNER À L'AUNE DES NEUROSCIENCES



Laetitia Breuil
Cadre supérieur de santé,
formatrice, IFCS, AP-HP



Marion Ettendorff
Cadre de santé, formatrice,
Ifsi Picpus



Géraldine Pascher
Cadre supérieur de santé,
coordinatrice pédagogique des instituts
et écoles de formation paramédicales du CFDC,
AP-HP

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

L'apprentissage ne se limite pas à l'acquisition de savoirs, il repose sur leur structuration, l'accompagnement et la motivation. Le psychologue Jerome Bruner a théorisé ces principes, aujourd'hui confirmés par les neurosciences. Cet article explore comment ces apports optimisent la formation, en favorisant mémorisation, engagement cognitif et adaptation professionnelle.

L'apprentissage humain résulte d'une interaction entre cognition, émotions et environnement : une idée centrale dans les travaux de Jerome Bruner et validée aujourd'hui par les neurosciences. Bruner, acteur clé de la révolution cognitive, a repensé la pédagogie en mettant l'accent sur l'apprentissage par la découverte, le curriculum spiralaire et l'étayage, des concepts qui replacent l'apprenant au cœur du processus éducatif. Les neurosciences confirment cette approche en révélant le rôle de l'hippocampe dans la mémorisation, l'impact des émotions sur l'apprentissage *via* le système limbique et l'importance des interactions sociales sur la plasticité cérébrale. Ces découvertes permettent d'optimiser les stratégies pédagogiques en tenant compte des mécanismes biologiques sous-jacents.

Dans les sciences infirmières, où théorie et pratique doivent être intégrées, ces apports sont essentiels. L'association des principes bruneriniens et des neurosciences renforce l'efficacité des formations en favorisant un apprentissage durable et transférable. Cet article analyse comment la synergie entre ces disciplines améliore la structuration des savoirs, la motivation et l'évaluation, offrant ainsi un modèle pédagogique à la fois rigoureux et adaptatif.

L'APPRENTISSAGE STRUCTURÉ ET LA RÉORGANISATION DES SAVOIRS

L'acquisition des connaissances repose sur une organisation rigoureuse, essentielle pour relier les nouvelles informations aux acquis antérieurs et favoriser leur mémorisation et

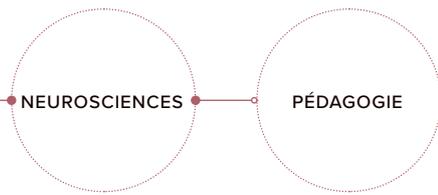
leur transfert. Bruner a théorisé cette approche avec son curriculum spiralaire (*figure 1*), où un même savoir est revisité à différents niveaux de complexité⁽¹⁾. Cette idée est validée par les neurosciences, qui montrent que la répétition et la réactivation des connaissances renforcent les connexions synaptiques et optimisent la mémoire⁽²⁾.

LE CURRICULUM SPIRALAIRE ET LA PROGRESSION DES COMPÉTENCES

Bruner a démontré que tout savoir peut-être enseigné à n'importe quel âge, à condition d'être adapté. Son curriculum spiralaire repose sur une révision continue et approfondie des concepts, favorisant une intégration progressive. Contrairement à un apprentissage linéaire, cette méthode permet de renforcer la compréhension et de l'appliquer dans divers contextes⁽³⁾.

Prenons l'exemple de l'enseignement médical. Un étudiant commence par apprendre les bases de l'anatomie, puis approfondit ces notions en étudiant les pathologies. Plus tard, il mobilise ces connaissances pour gérer des cas cliniques complexes. Ce processus, en exposant progressivement l'apprenant aux mêmes notions sous différents angles, favorise la consolidation des savoirs et leur accessibilité en situation réelle⁽²⁾.

Les neurosciences confirment que la répétition espacée et la variation des contextes d'apprentissage stimulent l'hippocampe et stabilisent les connexions neuronales^(4,5). Cela explique pourquoi les concepts fréquemment réutilisés deviennent plus robustes et immédiatement accessibles.



Dans le curriculum spiralaire de Bruner (*figure 1*), l'apprentissage progresse par cycles successifs avec une complexification graduelle des connaissances. Chaque retour sur un concept s'accompagne de points de renforcement, consolidant les acquis avant d'accéder à un niveau supérieur. La spirale symbolise une maîtrise progressive, aboutissant à une intégration plus approfondie des savoirs. La maîtrise de l'apprentissage permet l'atteinte d'un palier appelé apprentissage critique pour Tardif⁽⁶⁾ et possiblement l'ouverture d'une nouvelle spirale visant l'atteinte d'un nouveau palier.

ORGANISATION DES SAVOIRS ET RÉSEAUX NEURONAUX

L'apprentissage repose sur une structuration en réseaux conceptuels, où les informations sont connectées logiquement plutôt qu'accumulées isolément. Donald Norman illustre ce principe avec la métaphore du filet de pêche : plus les connexions entre les concepts sont nombreuses, plus l'accès aux connaissances est efficace⁽⁷⁾.

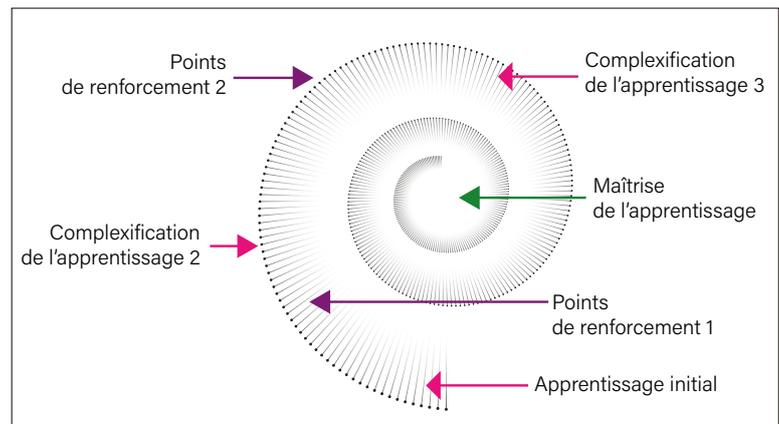
Les neurosciences montrent que chaque nouvelle information s'intègre dans un réseau neuronal existant via des connexions synaptiques⁽⁸⁾. Plus un concept est lié à d'autres notions, plus son rappel est fluide. Par exemple, un étudiant en pharmacologie comprendra mieux un médicament en l'associant aux mécanismes physiopathologiques sous-jacents. Un outil pédagogique illustrant ce principe est la carte mentale, qui facilite l'association d'idées et stimule l'activité du cortex préfrontal, renforçant ainsi l'apprentissage^(9,10).

Enfin, les travaux de Berthoz révèlent que l'hippocampe fonctionne comme un GPS interne, organisant nos souvenirs en structures spatiales⁽¹¹⁾. Ces données suggèrent que notre mémoire suit une logique d'ancrage contextuel, expliquant pourquoi les connaissances organisées selon un schéma cohérent sont mieux retenues.

IMPACT SUR L'ÉTAYAGE ET L'ENCADREMENT EN FORMATION

L'acquisition des connaissances ne repose pas uniquement sur la structuration des savoirs. L'accompagnement de l'apprenant joue un rôle fondamental dans sa capacité à assimiler, mobiliser et transférer ses connaissances. Jerome Bruner a introduit la notion d'étayage, un concept inspiré des travaux de Vygotsky sur la zone proximale de développement⁽¹²⁾. L'étayage

FIGURE 1. Le curriculum spiralaire de Bruner⁽³⁾.



© Walter Barros d'après L. Breuil, M. Ettendorff, G. Pascher

désigne l'ensemble des interventions pédagogiques permettant de soutenir l'apprenant dans ses apprentissages, avant de progressivement lui laisser plus d'autonomie.

Les avancées en neurosciences cognitives permettent aujourd'hui de mieux comprendre l'impact de ce soutien sur les mécanismes d'apprentissage. Elles mettent en évidence l'importance des interactions sociales, de la modulation des émotions et de l'engagement actif dans la consolidation des savoirs^(2,12). Loin d'être un simple accompagnement pédagogique, l'étayage trouve ainsi une validation biologique qui éclaire son rôle dans la formation.

Bruner a montré que l'apprentissage n'est jamais un acte solitaire. L'apprenant bénéficie du soutien d'un enseignant ou d'un pair plus expérimenté, qui lui fournit un appui temporaire jusqu'à ce qu'il puisse exécuter seul une tâche donnée. Cette approche dynamique favorise une progression individualisée, où le formateur ajuste continuellement son aide en fonction des besoins spécifiques de l'apprenant (*encadré 1*).

LA CULTURE DES SOINS ET L'APPROCHE NEUROCOGNITIVE

L'apprentissage s'inscrit dans un contexte culturel et social. Bruner insiste sur l'influence du milieu sur le développement cognitif⁽¹²⁾. Dans le domaine de la santé, les étudiants assimilent non seulement des gestes techniques, mais aussi des codes comportementaux et éthiques propres au monde hospitalier. Un exemple concret est celui des simulations immersives en formation infirmière. Ces mises en situation, où les étudiants doivent gérer des scénarii proches de la réalité clinique, permettent d'entraîner le cerveau à mobiliser des ressources cognitives et émotionnelles dans un cadre sécurisé. Des études ont montré que ces expériences activent des réseaux neuronaux impliqués dans la prise de décision et la gestion du stress, améliorant ainsi la préparation aux situations réelles⁽¹¹⁾.

ENCADRÉ 1

L'étayage de Bruner et la plasticité cérébrale

Le concept de l'étayage trouve une validation directe dans les recherches en neurosciences sur la plasticité cérébrale. Le cerveau humain est doté d'une capacité d'adaptation qui permet de remodeler ses connexions neuronales en réponse aux expériences et aux apprentissages^(3,12). Or, cette plasticité est fortement stimulée par l'interaction avec un mentor ou un formateur. Des études ont montré que l'encadrement personnalisé favorise l'activation du cortex préfrontal, impliqué dans la planification et la prise de décision, ainsi que de l'hippocampe, structure essentielle à la consolidation des souvenirs^(8,13,14,15).

Un exemple frappant est celui de l'apprentissage des gestes techniques en soins infirmiers. Un étudiant en formation clinique qui bénéficie d'un accompagnement attentif développera plus rapidement ses compétences, non seulement grâce à la répétition, mais aussi par l'intégration de repères sensoriels et cognitifs fournis par le formateur. Lorsqu'un encadrant lui montre comment insérer un cathéter veineux en lui expliquant chaque étape, l'étudiant active des circuits neuronaux impliqués dans l'apprentissage procédural. Peu à peu, ces circuits se stabilisent, permettant une exécution fluide et automatique du geste. De plus, l'imagerie cérébrale a révélé que le cerveau fonctionne de manière plus efficace lorsqu'il reçoit un feedback immédiat et structuré. Une étude menée sur des étudiants en médecine a montré que ceux bénéficiant d'un retour précis après un exercice de simulation présentaient une meilleure activation des circuits de l'apprentissage^(14,16). Ces résultats confirment l'intuition de Bruner : un bon étayage n'oriente pas seulement l'apprenant vers la bonne réponse, il restructure ses circuits cognitifs en favorisant un apprentissage en profondeur.

MOTIVATION ET ENGAGEMENT COGNITIF

L'apprentissage repose aussi sur la motivation et l'engagement cognitif. Bruner a mis en avant l'importance de la motivation intrinsèque, fondée sur la curiosité et le plaisir d'apprendre, plutôt que sur des récompenses externes⁽¹⁾. Les neurosciences confirment cette intuition en révélant le rôle de la dopamine dans le système de récompense, qui favorise la consolidation des savoirs lorsque l'apprenant perçoit une tâche comme stimulante⁽²⁾.

MOTIVATION PAR LA DÉCOUVERTE ET ENGAGEMENT ACTIF

Pour Bruner, apprendre ne consiste pas seulement à mémoriser, mais à donner du sens aux connaissances⁽⁷⁾. Bandura a renforcé cette idée avec sa théorie de l'auto-efficacité, qui souligne que les apprenants progressent mieux lorsqu'ils ont un sentiment de contrôle sur leur apprentissage⁽¹⁸⁾.

Les neurosciences démontrent que l'engagement actif stimule la mémoire en activant le cortex préfrontal et l'hippocampe, essentiels à la planification et à la mémorisation⁽¹⁷⁾. Ainsi, en formation infirmière, un étudiant qui participe à une simulation de gestion de la douleur renforce ses connexions neuronales bien plus qu'en lisant simplement un protocole. Le feedback immédiat et méthodique joue également un rôle clé⁽¹⁹⁾. Il stimule et renforce la motivation en aidant l'apprenant à mieux identifier et organiser ses acquis⁽²⁰⁾.

ÉMOTIONS, PRISE DE DÉCISION ET APPRENTISSAGE

Les émotions influencent directement la façon dont nous structurons nos connaissances⁽¹⁾. Damasio explique que les émotions sont indissociables de la prise de décision, ce qui est confirmé par les neurosciences, qui montrent que l'amygdale favorise l'attention et la mémorisation lorsque l'émotion est positive^(21,22). En formation, un stress excessif peut libérer trop de cortisol, perturbant ainsi la mémoire et la prise de décision⁽¹⁾. À l'inverse, un environnement bienveillant et des simulations réalistes améliorent la tolérance au stress et les capacités décisionnelles⁽²³⁾. Les stratégies pédagogiques doivent donc inclure des outils comme la réflexion métacognitive et les débriefings post-simulation, qui aident à réguler les émotions et à renforcer l'apprentissage⁽⁷⁾.

ÉVALUATION, RÉVISION DES CONNAISSANCES ET RENFORCEMENT DES APPRENTISSAGES

L'apprentissage ne repose pas uniquement sur l'acquisition des connaissances et l'engagement cognitif. Il nécessite aussi des mécanismes d'évaluation et de révision pour consolider les savoirs et favoriser leur transfert.

Bruner insiste sur l'importance de revisiter régulièrement les concepts, une idée reprise par les neurosciences, qui démontrent que la répétition espacée et la réactivation des souvenirs optimisent leur ancrage en mémoire à long terme⁽⁴⁾. Une évaluation efficace ne doit pas seulement mesurer les acquis, mais aussi encourager la métacognition, incitant l'apprenant à analyser ses stratégies d'apprentissage⁽²⁴⁾.

ÉVALUATION FORMATIVE

Bruner défendait une évaluation comme un outil de progression et d'accompagnement, permettant à l'apprenant d'identifier ses lacunes et de mieux organiser ses savoirs. Contrairement à une évaluation finale, l'évaluation formative stimule le cortex préfrontal, essentiel à la régulation cognitive et à la réorganisation des connaissances⁽¹⁷⁾ via un feedback formalisé. Les quiz formatifs, largement utilisés en formation médicale, illustrent ce principe dès lors qu'ils s'adosent à une rétro-action. L'entraînement renforce les connexions neuronales en obligeant l'apprenant à récupérer activement les connaissances contributives. De même, l'auto-évaluation développe des compétences métacognitives, améliorant l'autonomie et l'adaptabilité aux situations réelles. L'intégration des technologies d'intelligence artificielle dans l'évaluation ouvre dans ce domaine de nouvelles perspectives⁽²⁵⁾. En personnalisant les tests et en ajustant les exercices en fonction des performances de l'apprenant, ces outils optimisent la rétention des savoirs et l'engagement⁽⁷⁾.

NEUROSCIENCES ET PRATIQUES PÉDAGOGIQUES

L'efficacité d'un apprentissage repose sur la manière dont les connaissances sont consolidées et réactivées (*encadré 2*). L'hippocampe, impliqué dans la mémoire, transfère progressivement les informations vers le cortex cérébral, processus renforcé par la révision espacée⁽¹⁷⁾. Dans les formations en soins infirmiers, une simple révision avant un examen ne suffit pas. En revanche, la réactivation régulière *via* des études de cas, des exercices pratiques et des discussions facilite l'accès aux connaissances en situation réelle. L'effet de génération démontre que produire activement un savoir – reformuler un concept ou l'enseigner à un pair – améliore sa mémorisation. De plus, l'apprentissage multisensoriel, qui combine lecture, écoute et manipulation, active plusieurs réseaux neuronaux, rendant la récupération des connaissances plus efficace⁽⁸⁾. Enfin, le sommeil joue un rôle clé dans la consolidation des apprentissages. Les neurosciences montrent que réviser juste avant de dormir améliore la mémorisation, car le cerveau stabilise les connexions neuronales pendant le repos⁽⁸⁾.

CONCLUSION

La pédagogie brunerienne ne se limite pas à la transmission de savoirs, mais vise à former des individus autonomes, adaptatifs et capables de réflexion critique. En conciliant les avancées neuroscientifiques avec cette vision, la pédagogie moderne peut mieux préparer les apprenants aux défis du monde contemporain.

ENCADRÉ 2

Une pédagogie actuelle

L'approche de Bruner, fondée sur l'apprentissage actif, la structuration progressive des savoirs et l'importance de l'environnement, reste d'une grande actualité. Les neurosciences confirment que l'apprentissage repose sur des mécanismes dynamiques de structuration, d'engagement et de régulation émotionnelle, validant ainsi ces concepts clés.

L'intégration du curriculum spiralaire, de l'étayage et de la motivation intrinsèque permet une formation plus efficace et durable. Dans les sciences infirmières, par exemple, les simulations immersives et les évaluations formatives optimisent la mémorisation et le transfert des compétences en situation réelle.

Plus largement, la vision de Bruner s'inscrit dans une perspective éducative qui dépasse la seule acquisition de compétences techniques. En insistant sur l'importance de l'environnement, de la collaboration et du développement de la pensée critique, elle propose une pédagogie qui forme des individus capables non seulement de mobiliser des savoirs, mais aussi d'innover, de s'adapter et de penser par eux-mêmes.

En définitive, intégrer la pensée de Bruner dans les pratiques pédagogiques contemporaines revient à embrasser une approche vivante de l'apprentissage, évolutive et fondée sur des bases scientifiques solides. Dans un monde où les connaissances évoluent rapidement, cette approche permet de former des professionnels compétents qui associent rigueur intellectuelle, adaptabilité et engagement actif dans leur propre apprentissage. Cela concourt à en faire des soignants mieux préparés au monde professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bruner JS. The Process of Education. Library of Congress; 1999.
2. Bruner JS. Actual minds, possible worlds. Harvard University Press; 1986.
3. Bruner JS. In Search of Pedagogy Volume I. Ed. Routledge; 2006.4. Karpicke JD, Blunt JR. Retrieval practice produces more learning than elaborative studying with concept mapping. *Science* 2011;331:772–5.
4. Karpicke JD, Blunt JR. Retrieval practice produces more learning than elaborative studying with concept mapping. *Science* 2011;331:772–5.
5. Siegel LL, Kahana MJ. A retrieved context account of spacing and repetition effects in free recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition* 2014;40:755–64.
6. Poumay M, Tardif J, Georges F. Organiser la formation à partir des compétences : un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur. *De Boeck Supérieur*; 2017.
7. Naudin D, Breuil L, Ettendorff M. Chapitre 10; La pédagogie: le cadre ingénieur des formations. In: Guide du CS - Cadre de Santé: Toutes les connaissances théoriques et pratiques. Elsevier; 2024.
8. Dehaene S. Apprendre ! Les talents du cerveau, le défi des machines. Odile Jacob; 2018.
9. Constantinescu AO, O'Reilly JX, Behrens TEJ. Organizing conceptual knowledge in humans with a gridlike code. *Science* 2016;352:1464–8.
10. Underwood E. Expanding our mental maps. *Science* 2016;352:1378.
11. Berthoz A. La vicariance: le cerveau créateur de mondes. Odile Jacob; 2013.
12. Florin A. Piaget, Vygotski, Bowlby, Bruner. Quatre grands auteurs. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines* 2020/6;59:6.
13. Shallice T, Cooper RP. The organisation of mind. Oxford university press; 2011.
14. Frith C. Comment le cerveau crée notre univers mental. Odile Jacob; 2010.
15. Gann MA, King BR, Dolfin N, Veldman MP, Chan KL, Puts NAJ, et al. Hippocampal and striatal responses during motor learning are modulated by prefrontal cortex stimulation. *NeuroImage* 2021;237:118158.
16. Khoe HCH, Low JW, Wijerathne S, Ann LS, Sallaonkar H, Lomanto D, et al. Use of prefrontal cortex activity as a measure of learning curve in surgical novices: results of a single blind randomised controlled trial. *Surg Endosc* 2020;34:5604–15.
17. Houdé O. 3-system theory of the cognitive brain: a post-Piagetian approach to cognitive development. Routledge; 2019.
18. Bandura A. La théorie sociale cognitive : une perspective agentique. *Traité de psychologie de la motivation*. Dunod; 2009, p. 15–45.
19. Bosc-Miné C. Caractéristiques et fonctions des feedback dans les apprentissages. *L'Année psychologique* 2014;114:315–53.
20. Naudin D, Gagnayre R, Marchand C, Reach G. Éducation thérapeutique du patient : une analyse du concept de motivation. *Médecine des maladies métaboliques* 2018;12:79–87.
21. Damasio AR, Blanc M. L'erreur de Descartes: la raison des émotions. Odile Jacob; 2010.
22. Damasio AR. Spinoza avait raison. Odile Jacob; 2003.
23. Dixon ML, Thiruchselvam R, Todd R, Christoff K. Emotion and the prefrontal cortex: An integrative review. *Psychol Bull* 2017;143:1033–81.
24. Houdé O. Chapitre premier. La théorie de Jean Piaget ou le système logique. *Que sais-je ?* 2018;2:19–43.
25. Soyer L. Les applications managériales des neurosciences et de l'intelligence artificielle. *Objectif Soins & Management* 2025;304:48-52.

MOTS CLÉS

AGENT CONVERSATIONNEL

CADRE DE SANTÉ

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

MANAGEMENT

NEUROSCIENCES



Laurent Soyer
Infirmier, cadre de santé,
M. Sc Ingénierie de la santé,
Recherche en sciences
de l'éducation, formateur

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

LES APPLICATIONS MANAGÉRIALES DES NEUROSCIENCES ET DE L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Portés par les évolutions technologiques, les outils de type intelligence artificielle ont investi notre quotidien, presque insidieusement, mais qu'en est-il de leurs applications managériales potentielles, notamment au niveau de l'encadrement de proximité ?

L'intelligence artificielle (IA) fait parler d'elle et interroge en revisitant l'adage darwinien : s'adapter ou disparaître ! La crainte de la prise d'ascendant de l'IA sur l'humain s'adosse, d'une part, à la résistance au changement, et d'autre part à la perte de contrôle. Tout le monde a en mémoire les films cultes comme *Terminator* (1984) ou *Matrix* (1999). Les scénarios de ces longs-métrages mettent en scène une vision apocalyptique de la prise de pouvoir des machines sur l'Homme, le rendant esclave et/ou l'éliminant purement et simplement. Notre propos est de dépasser ces stéréotypes pour adopter une posture pragmatique. L'IA est présente durablement et exponentiellement dans toutes les sphères de notre vie, privée et professionnelle. Le cadre de santé, manager, n'est pas maître des vents mais il dirige les voiles. Dans cette optique, nous vous invitons dans le présent article à comprendre les liens entre les neurosciences et l'IA, pour ensuite réfléchir aux applications managériales de l'IA, notamment à l'aide d'un agent conversationnel.

NEUROSCIENCES ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Champ de recherche récent (XX^e siècle), les neurosciences, au pluriel car interdisciplinaires, constituent un domaine scientifique qui s'intéresse au fonctionnement du système nerveux. « Les neurosciences éclairent le fonctionnement de l'intelligence humaine et offrent des voies nouvelles pour la montée en compétences des personnes. Elles ont la particularité d'être

le fruit de la collaboration de différentes disciplines. Cette nouvelle science, élaborée par des professionnels qui ont dépassé leurs clivages, est issue de la collaboration de biologistes, de neurologues, de psychiatres, de psychologues, d'informaticiens »⁽¹⁾.

L'intelligence artificielle, plus connue sous son acronyme « IA », est souvent confondue avec un objet technologique, alors qu'elle s'adosse, tout comme les neurosciences, à un domaine scientifique né dans les années 1950, dans la lignée de l'invention des ordinateurs programmables. Les recherches en IA s'intéressent à certaines facultés mentales pour les reproduire artificiellement. Par exemple, des chercheurs canadiens de l'Université de Montréal (UdeM), conçoivent des systèmes d'IA qui reproduisent des fonctions cognitives avancées de l'être humain telles que la perception, la mémoire, l'apprentissage, la flexibilité, la prise de décision, le langage... Le Parlement européen donne une définition de l'IA en la comparant à un outil utilisé par une machine pouvant « reproduire des comportements liés aux humains, tels que le raisonnement, la planification et la créativité »⁽²⁾. Cette définition sous-tend que l'IA est en mesure de simuler ou imiter l'intelligence humaine à l'aide de programmes informatiques. Cependant, la notion de « machine », liée à la robotique, peut amener une confusion. Une différence essentielle entre la robotique et l'IA est que le robot est programmé pour effectuer des tâches précises préétablies, sans notion d'apprentissage. A contrario, l'une des fonctions de l'IA est bien d'apprendre. En pratique

aujourd'hui, il existe des robots contrôlés par des programmes d'IA.

Finalement, les neurosciences et l'IA sont à considérer comme intrinsèquement liées. « *Les neurosciences inspirent l'intelligence artificielle. L'intelligence artificielle améliore les neurosciences. Et à la jonction des deux s'ouvre un champ de recherche aussi fascinant que prometteur* »⁽³⁾.

CAPACITÉS DU CERVEAU HUMAIN

Le cerveau joue un rôle fondamental dans l'intelligence. Il est un organe traitant l'information et contrôlant les grandes fonctions mentales que nous relierions à l'intelligence, comme le raisonnement, l'apprentissage, mais aussi des conceptualisations telles que le sens à donner à des situations vécues, les liens, etc. Deux grandes découvertes des neurosciences ont été reprises pour les recherches en IA : la neuroplasticité et les réseaux de neurones. La neuroplasticité (ou plasticité cérébrale) correspond à la capacité du cerveau à s'adapter et à traiter de nouvelles informations. Concrètement, le cerveau n'est pas un organe stable, figé. Au contraire, il se modifie et s'adapte en fonction de l'expérience vécue. « *Cette caractéristique permet au cerveau de se reconfigurer en réponse aux changements de l'environnement, de l'apprentissage et de la pratique* »⁽⁴⁾. C'est le fameux principe d'accommodation de Piaget⁽⁵⁾, où l'action du milieu sur l'individu déclenche des ajustements cognitifs actifs chez le sujet. Ce remodelage neuronal ne correspond pas simplement à une fonction réparatrice, mais à une nécessité de notre espèce. « *En effet, la lenteur de développement de l'être humain contraint à l'adaptation à l'échelle de l'individu même* »⁽⁶⁾. De leur côté, les réseaux de neurones sont ces milliards de neurones interconnectés dans notre cerveau, qui forment un réseau complexe permettant de véhiculer l'information, les connaissances, les décisions... Historiquement d'ailleurs, la naissance de l'IA est concomitante de la découverte, en 1943, du premier modèle de neurone artificiel par Warren McCulloch et Walter Pitts. Le concept d'« intelligence artificielle » apparaît quant à lui en 1956 aux États-Unis lors d'un atelier de recherche organisé par John McCarthy dans le cadre du Massachusetts Institute of Technology (MIT). La recherche se base sur ce fonctionnement neuronal pour développer des modèles informatiques qui tentent d'imiter le cerveau humain et qui sont nommés aussi « réseaux de neurones ». Ces

réseaux de neurones artificiels peuvent être entraînés et apprendre. Il existe plusieurs niveaux d'apprentissage se basant sur les réseaux de neurones, notamment le *Machine learning* (apprentissage automatisé) et le *Deep learning* (apprentissage profond), plus sophistiqué et développé par des chercheurs comme Geoffrey Hinton⁽⁷⁾.

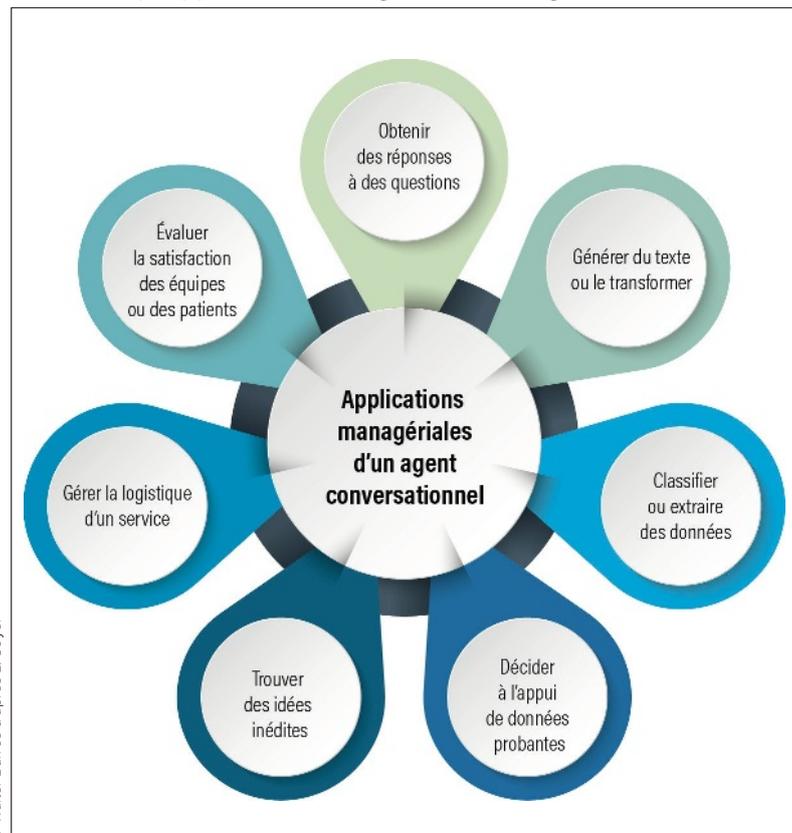
Portons la focale sur le concept de *Machine learning*. Son application concrète, qui impacte tous les compartiments de notre vie, est l'apprentissage supervisé. Il s'appuie sur un corpus de données fourni à l'IA par l'humain, dites étiquetées, servant d'entraînement pour l'IA (par exemple, pour reconnaître la langue d'un texte). L'approche d'apprentissage est dite probabiliste du fait que l'algorithme de l'IA va fonctionner par reconnaissance des éléments qui correspondent statistiquement aux données fournies lors de son entraînement. Tout le monde participe aujourd'hui plus ou moins consciemment à l'apprentissage supervisé des IA. Par exemple, lorsque vous devez reconnaître des objets pour valider une autorisation sur Internet (sélectionner des images des feux rouges, des ponts...), vous participez sans le savoir à étiqueter des données qui participent à l'entraînement de l'IA qui interagit avec vous. Cette notion est très importante pour comprendre que l'IA peut paraître intelligente, mais que contrairement à l'intelligence humaine, elle ne réfléchit pas, ne raisonne pas, n'improvise pas, n'a pas de conscience ni de sentience, cette « *capacité à ressentir les émotions, la douleur, le bien-être, etc., et à percevoir de façon subjective son environnement et ses expériences de vie* »⁽⁸⁾. L'IA capable de création, d'autocritique, de problématisation est encore du registre de la fiction. Aujourd'hui, on dénombre cinq niveaux d'IA (*tableau 1*).

Tableau 1 Les 5 niveaux d'intelligence artificielle (IA) selon OpenAI (traduction libre)⁽⁹⁾.

Niveau d'IA	Fonctions de l'IA
1	Chatbots (robots conversationnels), interagissent en langage conversationnel
2	Raisonneurs, résolvent des problèmes au niveau humain (système capable de résoudre des problèmes de base au niveau d'une personne titulaire d'un doctorat)
3	Agents, systèmes qui peuvent agir
4	Innovateurs, aident à l'invention
5	Organisations, effectuent le travail d'une organisation (Intelligence artificielle générale, AGI. Théoriquement possible mais non atteint en pratique)

© L. Söyer

FIGURE 1. Sept applications managériales d'un agent conversationnel.



© Walter Barros d'après L. Soyer

DOMAINES D'APPLICATION POTENTIELS ET PRATIQUES MANAGÉRIALES

Dans le domaine sanitaire, une application connue de l'IA est l'analyse d'imagerie médicale et son aide au diagnostic. On la trouve également dans un secteur de plus en plus sensible au niveau des établissements de santé, à savoir la cybersécurité (analyse probabiliste des risques, prévention et détection des attaques). Au niveau des pratiques managériales, quelles sont les pistes envisageables ? Une recherche a été consacrée pendant trois ans à l'observation des usages de l'IA en management, en réalisant une quarantaine d'entretiens auprès de managers, en France et à l'étranger. Les résultats de cette étude soulignent que l'IA ne peut actuellement pas remplacer le manager : ce dernier « a une personnalité qui

L'agent conversationnel fait office de conseiller neutre puisqu'il ne présente aucun conflit d'intérêt humain

lui permet de s'adapter en temps réel, d'interagir différemment avec chaque membre de son équipe et de décider non pas de façon rationnelle mais émotionnelle et politique »⁽¹⁰⁾. Cependant, la recherche met en évidence que l'IA impacte la réalisation des tâches managériales, selon trois cas de figure :

- les tâches que l'IA peut effectuer seule, où elle remplace le manager (prise de rendez-vous, classement, analyse...),
- celles où le manager est assisté par l'IA et avec laquelle il réalise les tâches (planification, gestion de projet, pré-sélection...),
- et enfin celles dans l'avenir qu'il ne pourra réaliser qu'avec l'IA (empathie artificielle, amélioration de la créativité...)⁽¹¹⁾.

FOCUS SUR LES AGENTS CONVERSATIONNELS

L'arrivée de l'IA générative, issue des recherches en neurosciences et incarnée par ChatGPT, un agent conversationnel conçu par le développeur OpenAI, a agi comme un révélateur de l'importance qu'est en train de prendre l'IA dans notre société, pour rechercher et utiliser l'information. « Chat » est à prononcer de manière anglophone « tchatte » et sous-entend un espace de discussion entre l'humain et l'IA. GPT signifie « *Generative Pre-trained Transformer* » qui se traduit ainsi : « transformeur génératif pré-entraîné ». Se retrouve ici l'idée d'apprentissage supervisé décrit plus haut. Un agent conversationnel est donc une interface de conversation, adossée à une technologie IA de type réseaux de neurones, qui permet à n'importe qui de poser des questions en langage naturel (les prompts) et d'obtenir des réponses claires, complètes et cohérentes avec le contexte dans lequel a été formulée la question. La réponse est « bluffante » dans le sens où elle apparaît très humaine, alors qu'elle est le résultat de calculs statistiques basés sur des données supervisées. Voyons maintenant quelles applications pratiques peut en tirer le cadre de santé (figure 1).

OBTENIR DES RÉPONSES À DES QUESTIONS

C'est la fonction de base de ce type d'IA. Le fait d'être en mode conversationnel est beaucoup plus rapide et assimilable que par le recours à un moteur de recherche usuel qui va fonctionner par mots clés (Google, Bing...) et va fournir non pas une réponse, mais des pistes à explorer. « Avec ChatGPT, le maître mot est le dialogue : demandez-lui de répondre à une question, et il le fera en langage naturel. Les fonctions de ChatGPT sont essentiellement textuelles, alors que Google est sur tous les fronts : textes, images, vidéos, lieux, livres... Il ne s'agit donc pas ici exactement du même usage »⁽¹²⁾.

GÉNÉRER DU TEXTE OU LE TRANSFORMER

Pour le cadre de santé, qui ne dispose pas de secrétariat, le recours à un agent conversationnel constitue un gain de temps, celui-ci étant capable de passer d'un ensemble de notes ou de mots clés à un contenu rédigé, dans un style d'écriture construit, respectant les normes d'orthographe et de syntaxe. Il permet aussi de générer des messages ou du *reporting* à partir d'instructions, de courriers, de projets... L'agent conversationnel peut aussi constituer une aide méthodologique. Par exemple, un cadre novice ou faisant fonction peut générer un prompt de type : « Quelles sont les règles de base pour rédiger un rapport d'activité ? ». Il est aussi possible de réaliser du coaching managérial ou scriptural, par exemple pour proposer des projets d'articles professionnels en lien avec des retours d'expérience au sein des services de soins. Dans une conjoncture de gestion à flux tendus des effectifs et avec une corporation infirmière qui écrit peu, l'IA peut se révéler un réel atout en mettant l'accent sur les expériences réussies de l'équipe, ce qui s'inscrit dans un coaching de type *appreciative inquiry*⁽¹³⁾.

CLASSIFIER OU EXTRAIRE DES DONNÉES

Un agent conversationnel comme ChatGPT (Gemini, BingAI, Claude, ElevenLabs...) est capable d'analyser et de classer une grande quantité de données en fonction de consignes spécifiques, comme un ordre chronologique ou alphabétique, des avis, des cotations, de l'analyse statistique... L'utilisation est bien plus aisée qu'avec un tableur, grâce à une simple conversation ! Pour prendre un exemple concret, un agent conversationnel sera en capacité de traiter les données de vos campagnes de suivis d'indicateurs qualité, de présenter les résultats, de mettre en évidence les tendances et ainsi de faciliter la prise de décision.

DÉCIDER À L'APPUI DE DONNÉES PROBANTES

Aujourd'hui, il est fondamental de s'appuyer sur des données probantes, c'est-à-dire issues de la recherche scientifique. Un agent conversationnel peut fournir, seul ou en complément de bases de données, des références permettant de prendre des décisions fondées sur des données probantes (liées aux soins ou au management).

L'IA est intéressante pour éviter de tomber dans le piège de biais cognitifs comme par exemple le pouvoir du conformisme sur les décisions d'un individu au sein d'un groupe (équipe)⁽¹⁴⁾ : « En moyenne, 75% des gens se conforment au moins une fois à l'avis du groupe alors qu'il est manifestement faux »⁽¹⁵⁾.

Autre biais cognitif parable avec l'IA, l'effet Dunning-Kruger (effet de surconfiance), qui met

en évidence que les personnes les moins compétentes ont une tendance à surestimer leurs compétences et inversement, les plus compétentes à sous-estimer les leurs. « *L'ignorance engendre plus fréquemment la confiance en soi que ne le fait la connaissance* »⁽¹⁶⁾. Cet excès de confiance en soi, d'un soignant ou d'un membre de l'encadrement, implique que l'équipe va avoir tendance à le suivre, même s'il est incompetent !

L'intelligence artificielle est présente durablement et exponentiellement dans toutes les sphères de notre vie, privée et professionnelle

TROUVER DES IDÉES INÉDITES

En management, il est requis de faire confiance à ses collaborateurs. Dialoguer, échanger et partager des idées fait partie intégrante d'une dynamique d'équipe. Pour autant, le cerveau humain a tendance à se mettre en sécurité et donc à surestimer ses idées personnelles, à valoriser son point de vue au détriment des autres, surtout s'il n'est pas convergent. L'agent conversationnel fait alors office de conseiller neutre, puisqu'il ne présente aucun conflit d'intérêt humain, en proposant des idées extraites d'un corpus de données. Par ailleurs, la mémoire quasi illimitée de l'IA permet de proposer un panel d'idées plus exhaustif et varié que le *brainstorming* au sein d'une équipe.

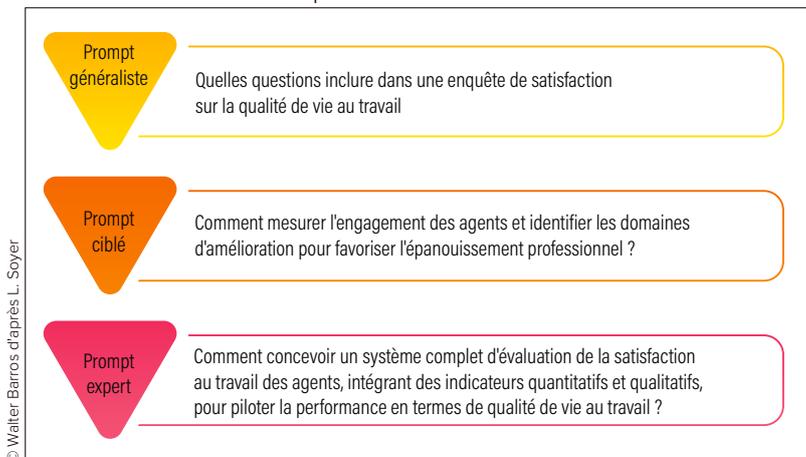
GÉRER LA LOGISTIQUE D'UN SERVICE

Planification des circuits, optimisation des stocks et des livraisons, gestion des péremptions, renouvellement du matériel, sont parmi les nombreuses possibilités d'un agent conversationnel. De même, il peut contribuer à la posture éco-responsable du cadre de santé en participant à une gestion optimale des énergies ou des déchets.

ÉVALUER LA SATISFACTION DES ÉQUIPES OU DES PATIENTS

Bien qu'il existe des documents institutionnels, l'IA peut aider le cadre de santé à créer des questionnaires et mener des enquêtes pour améliorer la qualité du service rendu aux patients ou à leur entourage. Ce type d'évaluation peut aussi concerner les agents, par exemple lors d'enquêtes sur la qualité de vie au travail (QVT). Pour un niveau plus raffiné d'enquête, il est possible d'utiliser des prompts (requête, question, instruction) de

FIGURE 2. Exemples de différents niveaux de prompts en lien avec la qualité de vie au travail.



plus en plus compliqués, afin d'évoluer d'une simple enquête à la mise en œuvre d'un dispositif complet d'évaluation (figure 2).

LIMITATIONS ACTUELLES DES INTELLIGENCES ARTIFICIELLES

L'IA étant alimentée par des données fournies par l'être humain, elle n'est par conséquent ni omnisciente ni systématiquement actualisée. De fait, des erreurs ou des imprécisions peuvent être générées en réponse aux prompts. Pour les IA génératives, la question de la provenance des

données, donc des droits d'auteurs et du plagiat, pose un problème juridique et éthique. De même, des restrictions sont mises en place pour éviter certaines dérives sexistes, sectaires, etc.

L'IA risque également de devenir un agent de désinformation ! En effet, dans un monde empreint de *fakenews* (fausses informations), « l'utilisation massive de l'IA rendra presque impossible la capacité à discerner ce qui est vrai de ce qui ne l'est plus »⁽¹⁷⁾, ce que Geoffrey Hinton nomme « *bullshit generator* » (« générateur de conneries »), « une expression qui désigne la capacité de l'IA à produire, de manière persuasive, des déclarations qui semblent plausibles sans pour autant être vraies »⁽¹⁷⁾.

CONCLUSION

Dans un cadre de plus en plus normé, des outils tels que les agents conversationnels peuvent représenter un partenaire pour le cadre de santé, tout en lui laissant une marge de manœuvre décisionnaire. Ce partenariat manager/IA ne peut advenir qu'en s'appuyant sur une formation de base à ce type d'outil. Espérons également que dans l'avenir, contraint à la célérité, aux restrictions budgétaires, à l'incertitude et à la médiocratie où « *il faut jouer le jeu* »⁽¹⁸⁾, la décision restera, *in fine*, au propriétaire du cerveau plutôt qu'à un modèle prédictif qui supplantera l'être humain au profit de l'optimisation des ressources !

BIBLIOGRAPHIE

1. Lecerf-Thomas, B. (2009). *Neurosciences et management. Le pouvoir de changer*. Eyrolles.
2. <https://www.cnil.fr/fr/intelligence-artificielle/intelligence-artificielle-de-quoi-parle-t-on>
3. <https://nouvelles.umontreal.ca/article/2023/11/06/neurosciences-et-ia-des-domaines-qui-s-influencent-mutuellement>
4. Salmandjee, Y. (2023). *ChatGPT pour les nuls*. First interactives. p. 32.
5. Piaget, J. (1937). *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé.
6. Azuar, C., Barruel, F., Flamant, N., Heilbrunn, B., Ihl, O., Ribes, J. L., Segalen, C., Stiker, H. J. et Weber, F. (2013). *Réfléchir le management au miroir du handicap*. Le Bord de l'eau.
7. Plaut, D., Nowlan, S. et Hinton, G. E. (1986). *Experiments on learning by back-propagation*. Technical Report CMU-CS-86-126. Department of Computer Science, Carnegie-Mellon University. <http://www.cs.toronto.edu/~hinton/absps/bptr.pdf>
8. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentience/188305>
9. <https://intelligence-artificielle.developpez.com/actu/360236/OpenAI-developpe-une-echelle-a-5-niveaux-pour-suivre-la-progression-de-ses-systemes-d-IA-vers-une-intelligence-artificielle-generale-et-affirme-que-sa-technologie-s-approche-du-niveau-2>
10. Dejoux, C. (2020). Comment l'intelligence artificielle s'attaque au manager. *Management & Datascience*, 4(3). <https://management-datascience.org/articles/13025/?cookie-state-change>
11. Dejoux, C. (2020). *Ce sera l'IA ou/et moi : Comprendre l'intelligence artificielle pour ne plus en avoir peur*. Vuibert. p. 58.
12. Salmandjee, Y. (2023). *ChatGPT pour les nuls*. First interactives. p. 21.
13. Pagès, J. (2007). *Le coaching avec la méthode Appreciative inquiry*. Eyrolles.
14. Asch, S. E. (1951). *Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgments*. Dans H. Guetzkow (ed.), *Groups, leadership and men*. Carnegie Press.
15. Gounelle, L. (2024). *Un monde Presque parfait*. Mazarine. p. 130.
16. Kruger, J. et Dunning, D. (1999). Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6) : 1121–1134.
17. Bitar, J. (2023). Les 5 dangers de l'IA selon Geoffrey Hinton, un de ses pionniers. *Le Point*. https://www.lepoint.fr/sciences-nature/les-5-dangers-de-l-ia-selon-geoffrey-hinton-un-de-ses-pionniers-02-05-2023-2518646_1924.php#11
18. Deneault, A. (2016). *La médiocratie*. Pollux.

MOTS CLÉS

ADAPTATION

ALIÉNATION

CERVEAU

MANAGEMENT

NEUROSCIENCES

SIMULATION

STRESS

SIMULATION À L'ATTENTION DES MANAGERS : SORTIR DE L'ALIÉNATION

Cet article explore le fonctionnement du cerveau humain et les mécanismes d'adaptation qui influencent la manière dont les managers perçoivent et répondent à leurs environnements. S'appuyant sur des concepts d'adaptation et de sens issus des neurosciences évolutionnistes et existentielles, et ceux d'aliénation et de résonance des sciences humaines, la simulation managériale est envisagée comme une voie d'émancipation : en facilitant la prise de recul et l'alignement personnel, cette méthode pourrait aider les managers à transformer les contraintes en ressources.



Hélène Belou
Cadre de santé,
formatrice
consultante,
Grieps



Anne Sandrine Castelot
Sociologue, formatrice
consultante, responsable
du domaine Management
et Droit, Grieps

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

Notre pratique professionnelle nous amène à fréquenter des managers en santé et à travailler avec eux pour les accompagner à une meilleure compréhension de leurs environnements et des zones d'action qu'ils peuvent mobiliser. Leurs demandes portent principalement sur la recherche d'outils et de « recettes » pour disposer de solutions face aux situations auxquelles ils sont confrontés. Notre défi, en tant que sociologue et pédagogue, est de répondre à leurs demandes. Notre choix est de leur proposer également des clés de lecture et de compréhension issues des sciences humaines, de la psychologie évolutionniste et des neurosciences. Deux axes sont principalement investigués :

- le cerveau dans son fonctionnement et son évolution,
- la compréhension de l'environnement et les capacités d'adaptation.

Nous sommes témoins de managers qui « se débattent » et manifestent des signes de détresse (*encadré 1*). Pour autant, certains trouvent des ressorts

de vitalité. Cela nous amène à nous poser la question suivante : qu'est-ce qui fait que certains managers, dans le même environnement et avec les mêmes conditions de travail, vivent plus sereinement les situations alors que d'autres perdent pied ? Pourquoi les discours explicatifs de certains managers concernent-ils le sens au travail (perte, manque, effacement, délitement...) alors que d'autres portent essentiellement sur la dureté des environnements du travail ? Qu'est-ce qui fait que ces derniers acceptent, tolèrent et se jouent des rapports de force intrinsèques à toute organisation sociale, alors que d'autres les subissent, peinent et démissionnent ? Dans quelle mesure la simulation managériale peut-elle permettre aux managers de sortir de l'aliénation au sens d'Hartmut Rosa⁽¹⁾, afin d'entrer en résonance, de viser le pouvoir d'agir des managers et de faciliter la vitalité des collaborateurs ?

Lors de la présentation des situations managériales, nous sommes marquées par le discours étayé, fourni, empreint d'authenticité et de sincérité qui sous-tend la narration. Les managers tentent de

ENCADRÉ 1

Verbatims de managers en santé

Notre corpus de références comprend notamment les verbatims exprimés par les managers : « *C'est dur, il faut toujours se battre, rien n'est acquis [...] On a perdu le sens [...] Ça n'a aucun sens, les professionnels n'ont plus le sens du travail [...] Je suis en perte de sens, je ne me sens plus en phase [...] Je m'y retrouve plus, je me demande ce que je fais là [...] Nous ne sommes pas reconnus [...] On ne sert à rien, on n'est rien, à quoi ça sert ? [...] On n'est plus que des exécutants, à quoi bon ? [...] Je ne trouve plus ma place [...] Nous gérons des injonctions [...] Tout ça pour ça ...* »

construire un espace d'intersubjectivité. Alors, il ne s'agit pas pour nous d'entreprendre une quête de la vérité mais de comprendre les interprétations et les comportements des managers.

C'est pourquoi nous nous interrogeons sur les liens entre les perceptions des managers, leur analyse de leurs environnements de travail et l'examen de leurs propres actions. Nous souhaitons comprendre comment le cerveau, dans sa constitution et son évolution, influence ces processus, et de quelle manière les stratégies d'adaptation et les biais intrinsèques affectent l'évaluation et la prise de décision des managers dans leurs situations professionnelles.

Notre questionnement nous amène à explorer le fonctionnement du cerveau, puis exposer les facteurs environnementaux auxquels sont confrontés les managers et leurs répercussions. Pour terminer, nous décrirons de quelle façon nous nous emparons de la simulation en vue de renforcer les compétences managériales.

LE CERVEAU HUMAIN : HÉRITAGE PRIMITIF ET ADAPTATION MODERNE

LE CERVEAU ET SA ZONE DE SENS

Pour tenter d'apporter des éléments de compréhension au sentiment de manque et/ou perte de sens, il est utile d'explorer un élément constitutif de notre cerveau. Nous possédons tous une zone située à l'interface entre les deux hémisphères cérébraux, nommée cortex cingulaire antérieur. C'est la zone du sens, comme l'explique Sébastien Bohler⁽²⁾.

Notre cerveau est un organe prédictif, ce qui signifie que face à toute situation, il émet des hypothèses qu'il hiérarchise. Il anticipe constamment les événements en se basant sur les expériences passées. Lorsque nous voyons des nuages sombres dans le ciel, nous utilisons des connaissances acquises et des expériences antérieures pour émettre l'hypothèse qu'il pleuvra bientôt. Cette capacité de prédiction s'étend également à nos actions⁽³⁾. Ce mécanisme prédictif permet de « naviguer » dans le monde de manière plus efficace et d'adapter

nos comportements en fonction des attentes et des probabilités. Lorsque que le résultat de nos attentes est confirmé, cette zone reste inactive. Si, en revanche, les résultats de la prédiction ne sont pas au rendez-vous, ce cortex s'active et émet un signal d'erreur. « *Ce phénomène culmine dans les situations de grande incertitude* », affirme Bohler⁽²⁾. « *Que se passe-t-il dans nos vies réelles ?*, questionne-t-il. *Nous passons notre temps à formuler des attentes sur ce qui va se produire. [...] Tant que les changements sont anecdotiques ou relativement rares, vous pouvez vous adapter et c'est pour cela que ce système existe. Mais si les prédictions sont invalidées, il devient difficile de s'organiser et on a l'impression de basculer dans le chaos. Sursollicité, ce signal d'erreur devient un poison pour la santé physique et mentale de l'individu. Il déclenche une puissante réaction au stress* ». L'auteur souligne que « *les hormones de stress libérées peuvent provoquer de l'angoisse [...] avec troubles du sommeil, dépression, déclin de la mémoire et maladies biologiques* »⁽⁴⁾.

SUR-RÉACTION AU STRESS ET RÉACTION ADAPTATIVE

Dans l'un de ses ouvrages, Albert Moukheiber aborde la question de notre réaction excessive au stress. Il définit ce dernier comme « *une réponse physiologique à un danger physique qui invite à [...] combattre ou fuir* » : *fight or flight*⁽⁵⁾. Il y a plusieurs millénaires, à l'époque de nos ancêtres, une réaction excessive au stress était cruciale pour la survie. Si les premiers êtres humains entendaient un bruit dans les feuillages et le considéraient comme un simple coup de vent, ils risquaient leur vie face à des prédateurs. Cette sur-réaction est donc une adaptation essentielle à la survie, permettant une vigilance accrue et une réaction rapide face aux dangers potentiels.

Le neuroscientifique met l'accent sur l'importance du contexte dans notre réaction au stress. Ainsi, notre propension à réagir fortement au stress est le fruit d'une sélection naturelle rigoureuse. Nous sommes aujourd'hui les héritiers de cette tendance, même si nous ne craignons plus pour notre vie à chaque instant ! Pour le manager, cette sur-réactivité au stress, héritée de l'évolution, amplifie sa perception des situations et sa gestion au quotidien. Il est comme « *enfermé* » dans un présent qui demande une adaptation constante, sans pouvoir agir, et ne parvient plus à se projeter.

MÉCANISMES D'ADAPTATION CÉRÉBRALE ET BIAIS COGNITIFS

D'autres facteurs peuvent affecter les managers dans leurs prises de décision et leurs capacités à évaluer objectivement les situations auxquelles

ils sont confrontés. Les expériences d'illusions visuelles et auditives révèlent à quel point le cerveau, même s'il ne comprend pas tout de son environnement, peut « inventer », reconfigurer la situation pour s'en faire une représentation plus stable et qui lui convienne mieux. C'est ce qu'on appelle la « réduction de l'ambiguïté ». Albert Moukheiber explique que « *l'être humain a tendance à faire une confiance aveugle à sa perception au point de la considérer comme partagée par tout le monde* »⁽⁶⁾. En s'appuyant sur les sciences cognitives, il note que « *nous réduisons l'ambiguïté en choisissant ce que nous voulons voir* »⁽⁷⁾. Nous filtrons les informations qui nous parviennent en fonction de l'état émotionnel dans lequel nous nous trouvons à cet instant précis. Nos émotions agissent comme des filtres puissants, modifiant notre perception de la réalité et influençant la manière dont nous interprétons les événements autour de nous. En plus de cet impact émotionnel immédiat, nos représentations mentales, croyances, images et schèmes jouent un rôle crucial.

Une dimension des traits de personnalité des managers peut également influencer l'interprétation des situations de travail. En psychologie sociale, Julian Rotter propose le concept de « *locus de contrôle* »⁽⁸⁾, qui est un trait de personnalité reflétant la façon dont une personne perçoit les causes et les événements dans sa vie. Il en distingue deux types : le locus de contrôle interne et le locus de contrôle externe. Ces deux locus de contrôle sont habituellement activés dans les fonctionnements humains, mais lorsqu'ils sont mobilisés de manière excessive, cela peut devenir handicapant (*encadré 2*).

Ajoutés à cela, les biais cognitifs influencent nos jugements et décisions⁽⁹⁾. Ce sont des distorsions systématiques dans notre manière de penser qui se manifestent comme des erreurs de perception, des « raccourcis mentaux » ou des préjugés qui déforment la réalité. Un manager peut avoir une perception fautive de ses propres défis professionnels en sous-estimant ou surestimant leur complexité. Ces biais peuvent, par exemple, influencer son jugement sur les performances de ses collègues (effet de halo), conduisant potentiellement à des évaluations injustes ou imprécises, affecter sa prise de décision, en le poussant à privilégier des options familières plutôt que les plus appropriées (biais de *statu quo*). Ils peuvent aussi limiter sa capacité à reconnaître et apprendre de ses erreurs (biais de confirmation), influencer sa perception du travail d'équipe, en l'amenant à surévaluer sa contribution personnelle par rapport à celle des autres (biais d'auto-complaisance), etc.

Ces structures cognitives, façonnées par nos expériences passées et notre éducation, dictent

ENCADRÉ 2

Les locus de contrôle interne et externe

Les managers activant préférentiellement leur *locus de contrôle interne* croient que les événements de leur vie sont principalement le résultat de leurs propres actions et comportements. Ils pensent qu'ils ont un contrôle significatif sur ce qui leur arrive. L'avantage est qu'ils ont un fort sens des responsabilités, sont capables de réflexivité et d'autoévaluation. Mais cette centration les contraint à s'attribuer à eux-mêmes des variables de l'environnement. Par exemple, ils s'attribuent une mauvaise gestion du planning du fait d'absences inopinées et non prévisibles. À l'extrême, perfectionnistes et dans l'hyper-contrôle, ils ont des

difficultés à déléguer et à prendre du recul. Ils peuvent être dans ce qu'on appelle « le syndrome du sauveur ». S'ensuivent des troubles anxieux et de la souffrance.

A contrario, les managers sollicitant davantage leur *locus de contrôle externe* conçoivent la survenue de difficultés comme étant liée soit aux incapacités des autres, soit à la malchance. Ils ont une capacité forte à relativiser, à mettre les situations à distance. À l'extrême, la réflexivité et l'auto-évaluation peuvent être limitées. Cela peut aller jusqu'à une centration sur les autres, des justifications et/ou un manque d'empathie.

Les managers, face à un contexte en mouvement, sont tentés de chercher à reconquérir une forme d'équilibre

en grande partie la façon dont nous comprenons de nouvelles informations et réagissons face à celles-ci. Ainsi, deux managers confrontés à la même situation peuvent en tirer des conclusions très différentes, en fonction de leur état émotionnel et de leurs cadres cognitifs respectifs. Tous ces mécanismes façonnent subtilement notre perception et influencent notre vision juste et véridique des situations.

POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE SENS ?

Les deux auteurs convoqués plus haut, Bohler et Moukheiber, proposent des éléments de réponse à notre besoin de sens. Moukheiber suggère que notre tendance à sur-réagir au stress est liée à notre tentative de « *réduire l'ambiguïté du monde* »⁽⁵⁾. C'est une façon pour notre cerveau d'analyser et d'interpréter la réalité, même si cette interprétation peut parfois être excessive ou inadaptée. Bohler explique quant à lui que, face au vide de sens, « *l'individu se construit des systèmes de représentations pétris de signification, d'ordre et de cohérence* »⁽¹⁰⁾. Bohler rappelle que « *depuis que l'homme existe, il ne fait qu'insuffler du sens à sa réalité* »⁽¹⁰⁾. C'est ce que montrent les récits mythiques, les rites et sacrifices tout au long de

l'histoire. L'auteur souligne que « *le besoin de sens naît du besoin de contrôle, il est une émanation de notre désir de survie* »⁽¹¹⁾.

De ce fait, l'environnement professionnel actuel des managers interpelle cette dimension du sens et demande d'élaborer des comportements adaptatifs afin de renforcer le sentiment de maîtrise.

LA COMPRÉHENSION DE L'ENVIRONNEMENT ET LES CAPACITÉS D'ADAPTATION

MODERNITÉ ET ACCÉLÉRATION SOCIALE

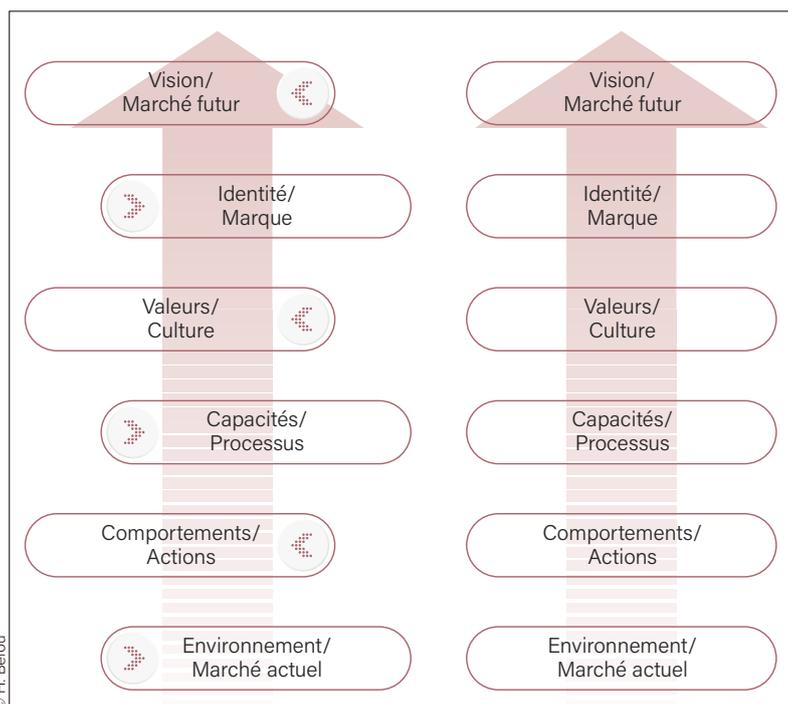
L'environnement dans lequel évoluent les managers a entrepris, depuis la fin des années 1990, une mutation qui se caractérise entre autres par une *accélération* des actes de soins, des temps de travail, des relations, des interactions et de l'information. Elle est le fruit de la modernité. Il s'agit d'« *une accélération de la vie, de la culture et de la productivité humaine et de la raison instrumentale* »⁽¹²⁾, comme le précise Hartmut Rosa. Ce dernier poursuit en soulignant que l'accélération

provoque un changement social : « *ainsi on dit que les attitudes et les valeurs autant que les modes et styles de vie, les relations et obligations sociales autant que les groupes, les classes ou les milieux, les langages sociaux, autant que les formes de pratiques et les habitudes, changent à des rythmes en constante augmentation* »⁽¹³⁾.

C'est ce que vivent les managers des établissements de santé, pris dans un mouvement qui leur demande de réorganiser les normes de fonctionnement et d'acquiescer d'autres langages pour désigner un nouvel ordre social de travail. Ce mouvement, qui se poursuit à un rythme effréné, imprévisible, est parfois accompagné d'éléments contradictoires conduisant à des paradoxes et situations conflictuelles. À titre d'exemple, la modélisation des prises en soins ambulatoires a accéléré le temps du soin et ses formes, par un séquençage à l'acte et une hyperspécialisation des professionnels. Nous observons alors une redéfinition de la cartographie des compétences professionnelles et des fonctions, une coordination engendrant une nouvelle organisation du travail tout en induisant ainsi un effacement de la culture métier, devenu ancien repère. Ce constat illustre le concept de « *compression du présent* » d'Hermann Lübbe, philosophe, qui postule que « *les sociétés occidentales sont continuellement soumises à une compression du présent par suite de l'accélération des vitesses de l'innovation culturelle et sociale* »⁽¹⁴⁾. De ce fait, il est demandé aux managers et aux organisations une adaptation et un ajustement continus pour accepter et pouvoir agir : tel est le lien avec le fonctionnement de notre cerveau évoqué plus haut. Les managers se trouvent comme amputés d'une capacité d'agir. Le contexte agit comme un facteur de stress, même s'il n'est toujours pas perçu comme tel par les managers.

Les managers, face à un contexte en mouvement, sont tentés de chercher à reconquérir une forme d'équilibre

FIGURE 1. Désalignement ou alignement d'une organisation : la pyramide de Dilts⁽¹⁵⁾.



L'ÉQUILIBRE : UNE FORME DE RÉSISTANCE ?

Face à ce contexte en mouvement, les managers sont tentés de chercher à reconquérir une forme d'équilibre pour « *réduire l'ambiguïté du monde* ». L'équilibre permettrait de se défaire du stress permanent pour atteindre une forme d'harmonie : « *l'alignement* » évoqué par Robert Dilts⁽¹⁵⁾. L'harmonie est possible pour l'individu quand l'ensemble des composantes d'une organisation sont en phase. Notons que la base de la pyramide de Dilts (figure 1) est l'environnement de l'organisation. Or, il semblerait que dans un monde marqué par la volatilité, l'incertitude, la complexité et l'ambiguïté (VICA)^(16,17), il soit particulièrement difficile de parvenir à un alignement de l'ensemble des composantes. L'accélération telle que l'entend Rosa⁽¹⁸⁾ « *télescope* » le fondement de la pyramide de Dilts, impactant par effet domino les autres niveaux et générant le chaos. Les effets sur le manager se

manifestent par des doutes sur ses capacités, ses connaissances, ses compétences et sa et/ou ses valeurs, pouvant aller jusqu'à des questionnements identitaires et existentiels. L'accélération percute la réalité perçue par les managers et brouille tous les repères. Les managers sont en état de stress permanent selon les clés de lecture des neurosciences et des sciences humaines.

De l'accélération sociale émerge l'*aliénation* provenant de la non-maîtrise de son environnement et de ses expériences, ce qui empêche les managers d'accéder au bien-être et à l'harmonie évoquée par Dilts. Rosa décrit l'aliénation comme « *une saturation sociale ou la vie devient une série d'instantanés déconnectés exacerbant le stress et la souffrance psychologique* »⁽¹⁹⁾. L'aliénation est le fait de subir : les individus ne « s'appartiennent plus » au point de ne plus poser d'actions ni de décisions. Ils semblent dépossédés de leur raison. De ce fait, ils fonctionnent selon leurs archaïsmes (émotions, biais cognitifs, interprétations, pensées limitantes, reproduction, renforcement des locus contrôle...). Que faire pour redevenir ou rester acteur ?

VERS LA RÉSONANCE

Rosa nous propose d'être en *résonance* avec notre monde⁽¹⁸⁾, c'est-à-dire d'accepter d'être bousculé, reconnaître la dissonance, consentir à la non-maîtrise. La résonance, selon Rosa, est un mode de relation au monde où les sujets et les objets inter-réagissent de telle façon que les deux parties s'en trouvent enrichies. De ce fait, les individus sont connectés à quelque chose d'extérieur à eux-mêmes.

Être en résonance suppose :

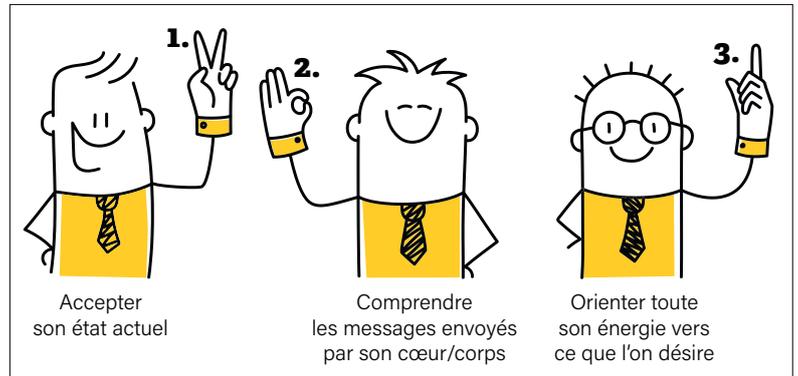
- la réceptivité et la réactivité. Il ne s'agit pas seulement de réceptionner les stimuli mais « d'interagir avec » ;

- la transformation mutuelle : accepter que l'objet et le sujet subissent l'un comme l'autre une transformation ;

- la non-domination et l'inaccessibilité : la résonance émerge spontanément et ne peut pas être contrôlée complètement par le sujet.

Ainsi, la résonance serait une alternative à l'aliénation pour gagner ou garder son pouvoir d'agir. Au-delà de la décélération, il s'agit de se rendre indisponible au mouvement perpétuel et de choisir ce que nous décidons d'investir ; de descendre de la « grande roue », devenir contemplatif et construire sa vision du monde, comme l'illustre la

FIGURE 2. Tout changement commence par un alignement.



philosophie du pas de côté. Être en résonance, c'est s'extirper des dynamiques aliénantes et instrumentales qui gouvernent le quotidien, pour gagner en profondeur et en sens dans les relations aux autres, à l'autre, aux activités (dont le travail) et aux idéaux, valeurs et spiritualités.

Tout l'enjeu dans le domaine des formations et du conseil aux managers, est de proposer des « espaces du pouvoir agir » par la voie de la résonance, et expérimenter le postulat de Dilts : tout changement commence par un alignement qui ouvre une voie⁽¹⁶⁾ (figure 2).

UN NOUVEL AGIR MANAGÉRIAL

Face au désarroi des managers, il nous semble intéressant de convoquer la technique de la simulation qui vise à initier, réguler ou conforter des comportements. Il s'agit, par l'écriture de scénarii, de définir les comportements attendus et à renforcer.

La modélisation que nous proposons se décline en 5 phases (tableau 1).

1. Description brute de la situation. Il s'agit pour nous d'accueillir la subjectivité des managers sur la situation déposée.

2. Problématisation. Que se joue-t-il dans la situation ? Quelles sont les forces en présence et les interprétations des protagonistes ? Cette étape permet la compréhension et l'éclairage de la situation par la multi-référentialité des participants. L'enjeu est la co-construction de l'intersubjectivité. « *C'est communiquer au sens de construire et de développer un espace moderne de subjectivité, de compréhension réciproque, c'est établir des accords solides sur : la nature des problèmes à traiter et des savoirs à développer, le sens donné*

Tableau 1. Simulation managériale : les étapes de la modélisation.

Étape 1	Étape 2		Étape 3	Étape 4		Étape 5
La situation	Qu'est-ce qui se joue ici ?	Phrase de synthèse	Quelle est ma visée managériale ?	Quels sont les comportements attendus ?	Quels sont les comportements redoutés ?	Quels sont les médias à mobiliser ?

aux actions et donc aux valeurs qui les fondent [...] dans la convergence des mobiles de ces individus [...] qui est beaucoup plus qu'une simple convergence des actes »⁽²⁰⁾.

Cette étape se conclut par l'énoncé d'une phrase de synthèse qui pose le problème : à quoi avon-nous affaire ? Quel est le problème auquel nous devons faire face ?

3. Finalité souhaitée. Le manager donne la direction à suivre et devient ou redevient acteur de sa destinée.

4. Identification des comportements attendus et redoutés. Ceux-ci sont nommés, décrits et scénarisés.

5. Intégration. Les pratiques et postures managériales sont mobilisées en situations simulées complétées par un travail d'inventaire d'outils, de moyens, de techniques au bénéfice de la situation souhaitée.

À l'issue de ces étapes, l'architecture du scénario est posée, puis amendée pour être jouée ensuite par les managers. Un débriefing s'ensuit.

L'intérêt de ce modèle est d'amener à repérer les éléments narratifs des phases 1 et 2 : les représentations, les jugements, les stéréotypes, les biais cognitifs, les pensées limitantes, la culture managériale institutionnelle, les défenses et évitements, pour proposer une reconstruction permettant un alignement du manager tel que l'entend Dilts⁽¹⁶⁾ (phases 3, 4 et 5), et de construire sa résonance. Ainsi, le manager peut « recouvrir la propriété essentielle du leadership, de la résolution de problème et des travaux de prospectives », et se défaire de l'aliénation.

L'enjeu est d'inciter les professionnels à réaliser un pas de côté, à lire et vivre leurs réalités sous un autre angle qui leur permette de rebondir, et à prendre conscience que changer, c'est accepter son harmonie et la revendiquer.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La simulation telle que nous la concevons permet une approche originale et innovante favorisant le travail du pas de côté. De par la place laissée à la dépose du vécu, à l'analyse sous-tendue des situations managériales et des éclairages conceptuels des neurosciences et des sciences humaines, la conception des scénarii de simulation pointe les comportements vertueux et redoutés. Au fur et à mesure, les managers construisent une narration des événements où ils deviennent acteurs et trouvent une issue satisfaisante. Ils sortent de l'aliénation, construisent leur résonance et deviennent acteurs. En devenant acteurs, les managers s'affranchissent de cette aliénation, c'est-à-dire du sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa propre vie, d'être soumis à des forces extérieures. Ils reprennent le contrôle, se sentent responsables et capables d'influencer leur environnement. Cela renforce leur identité et leur cohérence intérieure. Ils se sentent plus alignés, plus authentiques, avec une meilleure qualité de vie au travail.

Cette approche ne nie pas les difficultés, mais les recontextualise dans un cadre plus large. Elle encourage une meilleure adaptation et une plus grande résilience face aux défis du monde du travail. Elle permet de s'autoriser à voir, penser et faire différemment. Le débriefing révèle la puissance du pas de côté, les compétences nouvellement intégrées et une vision positive des managers qui reprennent confiance et se refont confiance. Notre approche de la simulation invite les managers à s'approprier le sens de leurs actions et celui de leur existence en tant que manager. Ce temps de formation les convoque à « réduire l'ambiguïté du monde »⁽⁵⁾, et à construire leur visée managériale⁽²⁾ en identifiant un point d'équilibre visant l'harmonie.

L'enjeu est d'inciter les professionnels à réaliser un pas de côté, à lire et vivre leurs réalités sous un autre angle

BIBLIOGRAPHIE

- Rosa, H. (2010). Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive. La Découverte.
- Bohler, S. (2020). Où est le sens ? Les découvertes sur notre cerveau qui changent l'avenir de notre civilisation. Robert Laffont. p. 33.
- Berthoz, A. (2013). La vicariance. Le cerveau créateur de mondes. Odile Jacob.
- Bohler, S. *op. cit.*, p. 35.
- Moukheiber, A. (2019). Votre cerveau vous joue des tours. Allary Éditions. p. 59.
- Id.*, p. 19.
- Id.*, p. 23.
- Rotter, J.B. (1954). Social learning and clinical psychology. Prentice-Hall, Inc.
- Kahneman, D. (2012). Système 1/Système 2 : Les deux vitesses de la pensée. Flammarion.
- Bohler, S. *op. cit.*, p. 40.
- Bohler, S. *op. cit.*, p. 42.
- Rosa, H. *op. cit.*, p. 15.
- Id.*, p. 20.
- Lübbe, H. The contraction of the present. In: Rosa, H., Scheuerman W.E. (dir). (2009). High-speed-society. Social acceleration, power, and modernity. Pennsylvania State University Press. p. 159-178.
- Dilts, R. (2008). Être coach. De la recherche de la performance à l'éveil. InterÉditions Dunod.
- Dilts, R. (2006). Changer les systèmes de croyances avec la programmation neuro-linguistique (PNL). InterÉditions Dunod.
- Naudin, D., Bastide, T., Breuil, L., et al. (2024). Guide du CS - Cadre de santé. Toutes les connaissances théoriques et pratiques. Elsevier.
- Rosa, H. (2010). Accélération. Une critique sociale du temps, La Découverte.
- Id.*, p. 78-79.
- Zarifian, P. (1996). Travail et communication. Essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle. PUF.

Des formations aux valeurs de la République et à la laïcité

Les instituts de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants de la région Centre-Val de Loire ont mis en place une formation de deux jours aux valeurs de la République et au principe de la laïcité. Une enquête exploratoire a été menée au sein de l'Ifsi de Vierzon afin d'évaluer la pertinence et l'impact de cette formation. Les résultats mettent en évidence la satisfaction des étudiants et élèves, montrant leur intérêt et leur appropriation des connaissances proposées, en lien avec des situations vécues.



Isabelle Eyland
PhD, chercheure associée au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en didactique, éducation et formation (LIRDEF, EA 3749), qualifiée maître de conférence en sciences infirmières, directrice de l'institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants, Vierzon

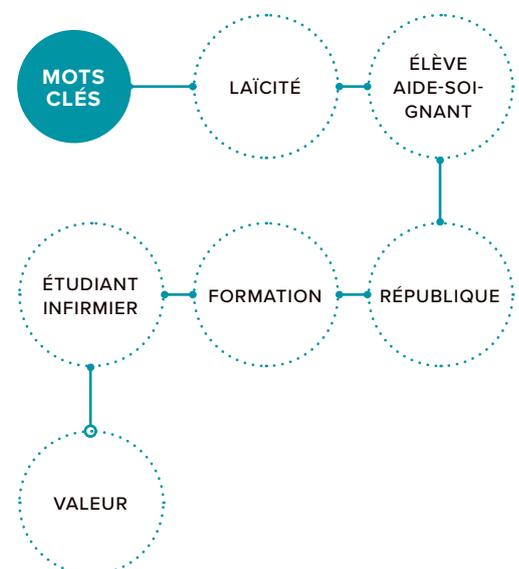
L'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

La loi de 1905 sur la séparation de l'Église et de l'État affirme la neutralité de ce dernier et son indépendance par rapport aux religions. Elle garantit la liberté de conscience et celle des cultes. Selon la Constitution du 4 octobre 1958, « la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances ». La laïcité repose ainsi sur trois piliers juridiques : la liberté de conscience, l'égalité des citoyens et la neutralité de l'État à l'égard des religions. Ces dispositions interdisent ainsi « à quiconque de se prévaloir de ses croyances religieuses pour s'affranchir des règles communes régissant les relations entre collectivités publiques et particuliers » (Thierry, 2016). Le Commissariat général à l'égalité des territoires a été commissionné par le Gouvernement pour mettre en place un plan de formation sur les valeurs de la République et la laïcité à l'attention des personnels en contact direct avec des publics. Cette formation a vu le jour en 2015. Le but est de s'approprier les valeurs fondamentales de la République et ainsi permettre aux professionnels de connaître les libertés individuelles et collectives garanties par le principe de laïcité.

CONTEXTE

Des affaires médiatisées de port de voile à l'école, de menus des cantines, etc. ont mis la laïcité au cœur des débats ; par ailleurs, l'ignorance entretient les malentendus et contribue à alimenter les tensions. Dans l'objectif de répondre aux terrains dans les difficultés à gérer les situations mettant en jeu les valeurs de la République et de définir la laïcité, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) de la région Centre-Val de Loire a initié des formations pour différents secteurs professionnels accueillant des publics, dont les infirmiers et aides-soignants.

Ainsi, à l'heure actuelle, cette formation de deux jours (14 heures), est rendue obligatoire pour tous les étudiants infirmiers dans les Instituts de formation



Les objectifs de la formation

Les objectifs pour les étudiants et élèves ont été définis comme suit : adopter un positionnement adapté à leur situation d'étudiant ou d'élève, tant à l'institut que dans les structures qui les accueillent; apporter des réponses aux demandes et situations rencontrées dans l'exercice de leur fonction, fondées sur le droit en matière de respect des principes de laïcité et de non-discrimination, dans une logique de dialogue avec les populations; acquérir les

repères historiques et références juridiques de base sur les valeurs de la République et le principe de laïcité; confronter leurs pratiques professionnelles à celles d'autres étudiants ou élèves et celles des professionnels; favoriser une culture commune (histoires, réglementations...) concernant la laïcité; accompagner et qualifier les acteurs de terrains sur les principes de la République et notamment la laïcité.

en soins infirmiers (Ipsi) de la région Centre-Val de Loire et se met également en place pour les élèves aides-soignants.

Pour animer ces sessions auprès des apprenants, les formateurs doivent, quant à eux, suivre une formation de trois jours pour recevoir une habilitation afin de pouvoir conduire ces formations à partir d'un kit pédagogique. Cet outil permet d'animer les formations en suivant un scénario chronologique. De plus, les formateurs disposent de nombreuses fiches pédagogiques et de cas cliniques pour appuyer leurs séquences d'enseignement.

La formation doit impérativement être animée par un binôme de deux formateurs pour un groupe de 12 à 15 stagiaires, ce qui impose des aménagements organisationnels importants pour les promotions où les étudiants et élèves sont nombreux, et la formation des formateurs pour être habilités à animer ces sessions.

CONTENU DE LA FORMATION

La formation proposée aux étudiants et élèves s'appuie sur de nombreux cas pratiques et est construite en deux temps :

- un premier temps d'une journée et demie, un tronc commun à toutes les formations aux valeurs de la République et laïcité : notions historiques, représentations, définitions et clarifications des termes (neutralité, liberté de conscience, civisme, prosélytisme, discrimination, espaces publics...), références juridiques principales, etc. ;
- un second temps d'une demi-journée, plus spécialisé en fonction du corps de métier. En ce qui concerne les soignants, il s'agit de situations portant sur l'accueil et la relation avec les publics dans les établissements de soins ou en exercice libéral. Dujardin et Aujean affirment que : « *l'hôpital est un lieu d'accueil sans distinction d'origine, de race ou de religion. Ses missions sont centrées sur le diagnostic et la prise en charge des blessés et parturientes. Lors de la réalisation des soins, les soignants doivent trouver un compromis entre le*

respect du principe de laïcité et l'exercice de leur art » (2019, p. 51).

Les directions des Ipsi de la région Centre-Val de Loire ont mené une réflexion concernant l'intégration de cette approche dans la formation paramédicale. Les décisions prises ont été de réaliser ces sessions de formation aux valeurs de la République et laïcité sur deux jours consécutifs et plutôt pendant la seconde année de formation ou le début de la troisième, soit sur du temps de stage, soit sur du temps à l'institut et rattaché à une unité d'enseignement.

Le déroulé pédagogique a été validé en avril 2018 en collège des directeurs et en présence de représentants de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Conseil régional. Les premières formations en Ipsi dans la région Centre-Val de Loire ont commencé en 2018/2019. La participation au séminaire de deux jours par les étudiants et élèves donne lieu à la délivrance d'une attestation de formation et à l'inscription dans le supplément au diplôme.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

L'objectif de l'étude était d'évaluer la pertinence et l'impact de la formation sur les étudiants en soins infirmiers et élèves aides-soignants formés. Plus particulièrement, nous souhaitons évaluer leur niveau de satisfaction (apports, méthodologie...) et leur proposer une auto-évaluation sur les savoirs et compétences acquis à la suite de la mise en place de cette formation.

Pour répondre aux objectifs, une enquête exploratoire analytique a été réalisée et un questionnaire a été construit et distribué à la fin de chacune des sessions de formation aux valeurs de la République et laïcité. L'outil a été testé auprès de formateurs de l'institut et a été très légèrement modifié pour permettre une meilleure compréhension de certaines questions.

Au sein de l'Ipsi de Vierzon, une promotion d'étudiants se compose d'une soixantaine d'individus. Les promotions aides-soignantes sont, elles, de soixante-dix élèves sur Vierzon et d'une vingtaine sur une antenne délocalisée située à Aubigny-Sur-Nère, une commune environnante. Cette enquête a été réalisée auprès d'étudiants infirmiers de seconde année de l'institut de formation





en soins infirmiers de Vierzon et auprès des élèves aides-soignants. Notre échantillon est composé de 126 individus, soit l'ensemble des étudiants et élèves ayant participé à cette formation. Il n'y a aucun facteur d'exclusion puisque le questionnaire a été distribué en fin de formation à toutes les personnes présentes, sur la base du volontariat. Tous les participants ont été informés du but de l'étude, de leur liberté de participation ainsi que du respect de l'anonymat et de confidentialité des données.

L'enquête a nécessité un traitement statistique des données quantitatives et les unités de sens issues des réponses aux questions ouvertes ont été traitées par catégorisation sémantique.

RÉSULTATS

Nous avons réceptionné 126 questionnaires exploitables soit 100 %. Les participants sont à 96 % de sexe féminin et plus de 84 % ont moins de trente ans.

À la question « Cette formation vous a-t-elle intéressé ? », 100 % des apprenants ont répondu par l'affirmative, montrant leur satisfaction à suivre ce cursus de deux jours. Les raisons principales évoquées sont principalement des « apports théoriques enrichissants sur une notion floue » qui permettent de s'interroger et de « comprendre le terme précis de laïcité » ; les étudiants reconnaissent avoir une « représentation fautive de la laïcité ». Une autre raison évoquée est l'éclaircissement apporté sur les textes de lois. Les étudiants soulignent aussi en nombre les aspects « ludiques » et « l'interactivité » de la formation autour d'un partage de connaissances.

Concernant l'évaluation de la formation, 98 % des étudiants ont donné une note entre 8 et 10. Une seule personne a noté 6 sur 10.

Les apports reçus

Près de 69 % des participants déclarent avoir déjà reçu des apports sur les valeurs de la République et la laïcité, essentiellement au collège (41 %) ou au lycée (près de 22 %). Plus de 85 % des participants ajoutent que cette formation suivie à l'Ifsi/Ifas leur a apporté un complément d'informations. Il est à noter que 8 personnes n'ont pas répondu à cette

question ; une seule estime que la formation ne lui a pas apporté de connaissances supplémentaires mais énonce quand même vouloir faire évoluer sa posture personnelle et professionnelle.

Les apports concernent essentiellement le contenu des textes de loi (item qui est cité à de très nombreuses reprises), la définition et l'explication de termes afférents à la laïcité et enfin des apports concernant leur profession et la manière de gérer des situations en lien avec la thématique.

Une définition de la laïcité était ensuite demandée. Les principales réponses énoncent un « cadre qui permet l'égalité, le respect et l'exercice de toute croyance ou non-croyance et impose une neutralité de l'État », « ce qui permet la liberté de chacun, de conscience et de religion ». C'est un « terme né de la séparation entre l'Église et l'État », et « un principe qui se base sur la loi de 1905 ». Enfin, la laïcité est associée à une « liberté de conscience et de culte qui permet la prise en compte de toutes les religions ».

L'application concrète

La question suivante demandait si à l'issue de cette formation, l'étudiant/élève se sentait informé sur le cadre légal de situations qu'il pourrait rencontrer lors de son exercice professionnel. La réponse est « oui » à 100 %. De même, les participants répondent à l'unanimité que la formation leur a permis de comprendre certaines situations

Le questionnaire utilisé

Le questionnaire était composé de 23 questions. Les premières concernaient les données socio-démographiques de l'étude : sexe, âge, puis si la personne avait déjà reçu des apports sur les valeurs de la République et la laïcité. Une échelle de satisfaction de la formation était ensuite proposée. L'impact de la formation était alors évalué en termes de projection personnelle et professionnelle,

ainsi que les connaissances juridiques développées. Les dernières questions concernaient les modalités pédagogiques de la formation proposée : la durée, le moment (fin de deuxième année pour les étudiants et deuxième moitié d'année pour les élèves aides-soignants). Une dernière question ouverte permettait aux participants d'apporter des commentaires et des suggestions.

vécues. Ils envisagent même un changement dans leur posture personnelle (92 %) et professionnelle (96 %) car ils ont identifié « *des connaissances, des ressources pour agir en se servant des lois* ».

Les situations professionnelles étudiées ont permis de rassurer et de donner des pistes de réflexion

Les modalités de la formation

Ce qui a le plus plu aux stagiaires est l'interactivité de la formation proposée et le partage. Les outils (quiz, cas concrets, vidéos, jeux de rôles...) ont été appréciés et il est également souligné que les formateurs étaient à l'écoute et permettaient l'ouverture, l'échange et la libre expression. D'ailleurs, 98 % des participants déclarent s'être sentis à l'aise pour parler de sujets que d'ordinaire ils n'oseraient pas aborder (les 2 % restants n'ayant pas répondu à la question), car « *les groupes étaient restreints* » et permettaient une « *liberté de parole* », « *sans jugement* ».

Plus de 84 % des répondants déclarent que rien ne leur a déplu au cours de la formation. Les personnes ayant répondu à cette question évoquent le fait de ne pas avoir pu choisir leur groupe et la longueur de la formation.

Certains participants proposent que ce cursus soit réalisé en début de formation, dès la première année, pour « *pouvoir gérer ou appréhender certaines situations afin d'adapter son comportement à ce qui est vu et vécu en stage* ». La moitié des interviewés estiment, quant à eux, que la formation trouve toute sa place en seconde année car les étudiants / élèves ont « *vécu des situations en stage* » « *qui questionnent* », ont « *plus d'expérience* », « *de maturité* » et sont « *plus autonomes* » et que « *cela permet de faire le lien avec l'éthique et l'ouverture d'esprit que cela demande* ».

Enfin, concernant la durée de formation, elle est estimée à 80 % satisfaisante (5,88 % ont répondu par la négative). Les raisons évoquées sont que les deux jours permettent « *de tout aborder* », « *d'avancer petit à petit* » pour une meilleure « *assimilation des contenus* ». Deux personnes auraient préféré une seule journée, et une personne trois jours.

La question ouverte a permis à quelques participants de s'exprimer. Aucune critique négative n'a été formulée, beaucoup de remerciements ont été énoncés ainsi que l'intérêt porté à ces deux jours. Des demandes de reconduction de la formation ont été proposées notamment « *dans la pratique professionnelle, en 'piqûre de rappel'* ». Enfin, des participants énoncent qu'ils portaient « *avec des a priori qui ont été défaits* ».

DISCUSSION

La formation est plébiscitée tant du point de vue du fond (kit pédagogique) que de la forme (ateliers, outils, situations concrètes utiles dans l'exercice professionnel).

Les situations professionnelles étudiées ont permis de rassurer et de donner des pistes de réflexion et de réponse aux futurs professionnels. Grâce à la question demandant de définir la laïcité, nous pouvons identifier que les apprenants ont ainsi globalement intégré les fondamentaux en lien avec les sujets abordés lors de ces deux journées. Ces ateliers, qui engendraient certains *a priori* chez des étudiants et élèves, les ont massivement intéressés. La conduite des journées, basée sur une pédagogie socio-constructiviste, était rassurante pour les étudiants et élèves, et les aspects ludiques de l'apprentissage ont été largement relevés. La taille des groupes, volontairement réduite, a été également mise en exergue comme un élément facilitant l'interaction et la prise de parole.

Les points de discussion concernent notamment le moment auquel proposer cette formation. Si, pour les élèves aides-soignants, la question se pose moins du fait de la durée de la formation (un an), il n'en est pas de même pour les étudiants infirmiers. Ainsi, les résultats montrent bien une disparité des réponses. Certains étudiants trouvent la formation en deuxième année adaptée à leur niveau de maturité et de recul sur des situations vécues en stage, tandis que d'autres auraient préféré la recevoir en première année pour avoir « les bases » avant de partir en stage. L'autre point de discussion relève du choix ou non du groupe. Pour des raisons pédagogiques et la participation à d'autres enseignements, les groupes ont été définis par les formateurs, mais cela soulève effectivement la difficulté, pour certains étudiants ou élèves, de s'exprimer devant certaines personnes, et limite ainsi potentiellement la participation de quelques individus.

CONCLUSION

Le kit pédagogique est adapté à la formation et l'enseignement dispensé semble efficace dans l'appropriation des connaissances. Les ateliers ont donc répondu aux questions des étudiants et élèves en leur permettant une compréhension du sujet. Toutefois, il est à noter que l'intérêt des répondants réside aussi dans l'étude de situations de soins concrètes mettant en jeu les valeurs de la République et la laïcité. Il est donc essentiel de s'appuyer sur ces rappels adaptés à l'exercice professionnel afin de rester efficaces et pertinents dans l'apprentissage.

L'auteure remercie les étudiants et élèves de l'Ifsi-lfas de Vierzon, ainsi que les formateurs ayant permis que cette enquête puisse être réalisée.

BIBLIOGRAPHIE

- Dujardin, V. & Aujean, S. (2019). Le principe de laïcité à l'hôpital public. La revue de l'infirmière. (249): 51-52.

- Thierry M. (2016). Valeurs républicaines, laïcité et prévention des dérives radicales dans le champ du travail social. Rapport.

La reconnaissance ou le besoin d'exister

Comment vivre sans recours ni concession au jugement d'autrui ?

C'est dans la relation aux autres et ce qu'elle nous confère que l'on se conçoit et s'édifie. Le regard, les mots, les actes dont on est gratifié, affligé ou privé règlent peu ou prou notre identité, notre statut, notre existence. Ce que l'on est, fait, éprouve, est suspendu à la reconnaissance d'autrui. Nous ne saurions vivre sans elle ni la refuser aux autres. Le déni de reconnaissance amène la souffrance du manque : frustration, humiliation, dépit, colère, désespoir...



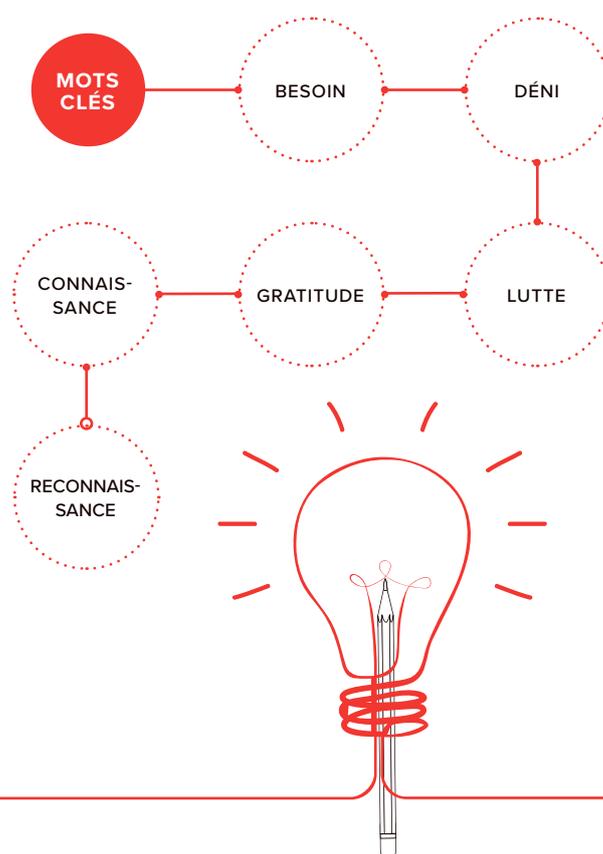
Daniel Maroudy
Infirmier anesthésiste,
cadre supérieur de santé

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

La reconnaissance est un besoin anthropologique dont les enjeux ne sont pas de nature seulement matérielle, mais affective, morale, sociale, éthique, etc. Pour autant, elle ne va pas de soi : l'accès à la reconnaissance se gagne par des luttes. Elle advient aussi dans une relation pacifiée par la voie de la réciprocité : reconnaître que l'on est reconnu est œuvre de gratitude et de paix. Notion assurément polysémique, la reconnaissance s'interprète comme aveu, acte de droit, contre don, repérage, authentification, saisie vocale...

UN PARADIGME

Au sens premier, « reconnaître » est une opération cognitive qui relie un fait présent à son souvenir. Le paradigme de la reconnaissance, comme légitimation ou expression de gratitude, tient une place centrale dans les activités humaines, les relations sociales et la vie privée. C'est un déterminant majeur de la vie individuelle et collective, une consécration pour la réalisation de soi, un facteur de paix et de « la vie bonne ». Le concept n'est pas nouveau. Étudié par la philosophie grecque sous le vocable de *anagnôrisis*, il est d'usage dans diverses occurrences, d'acceptions différentes de celles d'aujourd'hui. Le





© P. Mac/Salmon/Stockphoto

Rien n'est plus déterminant pour la réalisation de soi que de se sentir reconnu

Deux approches

La reconnaissance selon Honneth s'entend dans une relation conflictualisée quand celle de Ricœur engage dans une expérience apaisée.

Honneth pense la reconnaissance comme un besoin existentiel à partir duquel il développe sa théorie du social. Pour se réaliser, les hommes se doivent reconnaissance, processus que la société doit réguler dans une approche normative. Tout être aspire à être soi, égal en dignité et en droit, considéré pour ses mérites... Le déni de reconnaissance vaut pour mépris, injustice, source d'humiliation, déclassement et vecteur de ressentiment, de désordre, motivation à lutte. Un recours à la lutte, pas seulement pour des raisons matérielles, mais au nom d'enjeux de dignité, de justice, de socialité. Selon Honneth, le besoin de reconnaissance est de nature morale.

L'approche proposée par Ricœur s'enracine dans la polysémie du verbe reconnaître. Il en extrait trois acceptions qu'il articule de manière érudite au concept de reconnaissance : la reconnaissance comme identification (personne, objet, fait), la reconnaissance de soi (ce que l'on est et capable de) et la reconnaissance mutuelle (ouverte à un partage d'humanité). Cette dernière propose un processus de reconnaissance dans un cadre apaisé, par l'expérience de la gratitude.

Notre court propos est loin d'investiguer l'immense champ d'acceptions et de visées de la reconnaissance, tentons-nous tout au plus de saisir quelques éléments de sens.

champ sémantique de la reconnaissance est vaste et impossible à circonscrire ici. Nous retiendrons sa signification selon l'approche d'Axel Honneth avec « *la lutte pour la reconnaissance* »⁽¹⁾ et celle de Paul Ricœur, dans son « *parcours de la reconnaissance* »⁽²⁾, toutes deux les plus souvent mises en perspective dans la littérature.

DE L'ORIGINE À NOS JOURS

Dans la littérature grecque, l'*anagnôrisis* signifie « reconnaissance », mais dans des déterminations différentes ou éloignées de celles d'aujourd'hui. Le mot se déploie dans une pluralité d'approches, irréductible à une définition formelle, juste et soutenable, tant les formes et modalités de son emploi charrient de sens, d'ambiguïtés, d'hypothèses et d'interprétations. Sans acte de naissance, le terme s'impose et est théorisé dans *La Poétique* d'Aristote⁽³⁾. L'auteur écrit que « *La reconnaissance, c'est, comme son nom l'indique, le passage de l'état d'ignorance à la connaissance, ou bien à un sentiment d'amitié ou de haine entre personnages désignés pour avoir du bonheur ou du malheur* »⁽⁴⁾. Reconnaître, c'est passer d'un état inconnu à celui de la connaissance, des ténèbres à la lumière. Ici, le terme reconnaissance se connecte au réseau de la connaissance.

Aristote envisage plusieurs formes de reconnaissance : celle qui consiste à identifier par le souvenir une personne ou une chose que l'on a connue, celle qui advient à la vue d'un signe objectif (cicatrice, tatouage...), celle qui ressort d'un raisonnement paralogique et la reconnaissance mutuelle entre deux personnes. Mais il y a aussi la reconnaissance en tant que « *phénomène fondamental de l'art théâtral* »⁽⁵⁾. La reconnaissance est un processus de basculement, de renversement tragique ou non du cours de l'intrigue. Elle fait passer les acteurs, mais aussi le public, de l'ignorance à la connaissance. Elle est inattendue ou espérée, révélatrice, apaisante, source de vives émotions, met en exergue des enjeux dramatiques. La scène de reconnaissance influence ou constitue le dénouement de l'intrigue. Aristote associe la reconnaissance et la péripétie dans la tragédie : « *Les plus belles reconnaissances sont celles qui se font en même temps que la péripétie, comme dans Œdipe* »⁽⁶⁾. Cette acception du mot tient fermement encore au 17^e siècle, notamment dans la tragédie Shakespearienne, et est définie par Bergson comme un « *acte concret par lequel nous ressaisissons le passé dans le présent* »⁽⁷⁾.

Au Moyen Âge, la reconnaissance signe que l'on est perçu à hauteur de son rang, puis plus tard a sens de « reconnaissance de dette » avant d'être assimilée à un aveu, de reconnaître sa responsabilité ou encore de signifier le fait d'explorer, de repérer, d'identifier un lieu.

L'époque contemporaine consacre la reconnaissance en manifestation de gratitude. Elle devient aujourd'hui un levier de légitimation et de management. La reconnaissance est le fait de considérer autrui dans sa singularité, selon ses mérites, ses qualités et son rapport aux autres.

LA PENSÉE D'AXEL HONNETH

Rien n'est plus déterminant pour la réalisation de soi que de se sentir reconnu. Tout être humain y prétend. Être attesté et considéré positivement par autrui, pour ce que l'on est et ce que l'on accomplit, façonne, nourrit et conforte l'identité, donne le sentiment d'exister. Confiance en soi, estime de soi, fierté, se forment au regard approbateur et encourageant des autres qui élèvent, rendent autonome et libre, toute chose nécessaire à une « vie bonne ». Être reconnu rend reconnaissant. À l'inverse, être privé de respect, d'affects, du mérite attendu, etc., se ressent en humiliation et rejet, source de ressentiment et de colère. C'est de cet état de fait problématique, à l'appui de thèses apparentées de ses prédécesseurs, qu'Axel Honneth (1949) va développer son approche de la reconnaissance. Il soutient qu'être reconnu est un besoin humain fondamental dont le ressort, contrairement à une idée dominante, n'est pas principalement économique et matérialiste, mais de nature morale et éthique, soluble de façon militante et combative.

Philosophe allemand, Honneth est l'un des plus éminents penseurs contemporains de la reconnaissance. Il a situé ses travaux sur la place, le rôle et la dynamique opérationnelle du concept dans l'univers du travail, puis par-delà, il montre l'impérieux besoin existentiel de reconnaissance dans les autres sphères et activités de la vie humaine. Il reprend à son compte l'idée de Hegel selon laquelle chaque être attend et tente d'obtenir d'autrui la reconnaissance de son identité, de sa liberté, de ses droits, de sa valeur. Le déni ou mépris de ce besoin crée une tension et installe dans un rapport agonistique aux autres.

La grammaire du concept, selon l'auteur, renvoie à un foisonnement d'éléments de sens, hétérogènes, sans exclusive (philosophique, politique, psychologique, etc.) et avec des influences socioculturelles éclectiques dont il tente une synthèse et conçoit une théorie, développée en 1992 dans *La Lutte pour la reconnaissance* et régulièrement réactualisée. Nourri des apports historiques de ses prédécesseurs⁽⁹⁾, G.W.F. Hegel et J.G. Fichte en premier lieu, puis G.H. Mead, J.-J. Rousseau, D. Winnicott, K. Marx, J. Habermas, A. Kojév..., l'auteur développe sa théorie de la reconnaissance en montrant qu'elle est le moteur de la vie sociale et de l'accomplissement de soi. C'est par la reconnaissance que l'homme est homme, se réalise, s'émancipe. Mais

Étymologie et définitions académiques

« Reconnaissance », traduction grecque de *anagnôrisis*, vient du latin *recognoscere* (inspecter, examiner, retrouver...) dérivé de *cognoscere* (connaissance). Le mot se dit reconnaissance avant sa graphie actuelle au 19^e siècle. La reconnaissance est un acte de connaissance.

Le concept de reconnaissance réfère à des réalités et expériences fort différentes décrites dans les ouvrages didactiques, dictionnaires et autres sommes contemporaines.

Le Littré fixe une douzaine de sens au mot reconnaissance dont « *le fait d'identifier par la mémoire un objet ou une personne, l'action de repérage, l'attestation par écrit...* ».

Le dictionnaire de l'Académie française, dès sa première édition (1694) jusqu'à aujourd'hui, retient les définitions ci-dessus, puis fait de l'usage du mot un « *mouvement critique de l'intrigue au théâtre, une technologie nouvelle (reconnaissance vocale, digitale...)* » et l'entend aussi comme légitimation, honneur, récompense.

Quant au Larousse, il note la reconnaissance comme aveu, besoin de réciprocité, gratitude, et rappelle les principaux domaines où elle fait sens (droit, marine, militaire...) sans omettre dans ce « *bien fait en retour* » la triviale « *reconnaissance du ventre* ».

Tous les dictionnaires parcourus recouvrent cette large polysémie de la reconnaissance dont nous ne saurions appréhender ici l'étendue.

la reconnaissance ne va pas de soi, elle se gagne dans l'adversité, par la lutte, entre les individus, les groupes sociaux...

L'auteur entend que les conflits sociaux et de relations ne sont pas réductibles à des quêtes salariales et utilitaristes ; ils portent à reconnaître des aspirations et des attentes morales, affectives, identitaires, de justice, de valorisation sociale... dont le refus de réponse ou la surdité (de la société, de l'État, des *alter ego*) engendre indignation, dépit, sentiment d'injustice, motif et condition pour la lutte. Pour lui, la quête de reconnaissance se relie à des besoins fondamentaux de vie.

Honneth distingue trois sphères de la vie humaine où la reconnaissance d'autrui (les proches, la société, l'État) détermine la réalisation de soi, à l'échelle individuelle et collective :

- **la sphère affective**, lieu de liens et d'expériences partagés et réciproques pour construire la confiance en soi ; l'amour, l'amitié sont ici des formes de reconnaissance ;

- **la sphère juridico-politique** où, par la reconnaissance, s'acquiert le sentiment d'être digne, égal et porteur de droit, d'être libre et respecté mais aussi d'avoir des devoirs, dont celui de responsabilité ; le droit fait œuvre de reconnaissance ;

- **enfin, la sphère de la socialité**, celle où l'on acquiert une identité culturelle, où l'on reçoit l'estime sociale pour ce que l'on fait, condition de l'estime de soi, et où l'on valide « *le sentiment de sa propre valeur* »⁽⁹⁾. C'est le lieu où se déploient des formes de solidarité sociale, témoignage de reconnaissance réciproque.

« *Si l'une de ces trois formes de reconnaissance fait défaut, l'offense sera vécue comme une atteinte menaçant de ruiner l'identité de l'individu tout entier* », affirme l'auteur⁽¹⁰⁾.

Le parcours de la reconnaissance de Ricœur entend le besoin de se sentir reconnu pour être reconnaissant à son tour

Si le besoin de reconnaissance peut être joué, infondé, obsessionnel, inauthentique, Honneth estime que : « *une demande de reconnaissance est justifiée quand elle se réfère à certains principes normatifs* ». En s'inspirant de l'œuvre d'Hegel, Honneth a laissé sous silence une de ses définitions où la reconnaissance s'entendait « *comme le progrès cognitif qu'une conscience parvenue à se constituer en totalité accomplit lorsqu'elle se reconnaît en tant qu'elle-même dans une autre totalité, une autre conscience* »⁽¹¹⁾. Une définition qu'effleure Paul Ricœur, également interprète de l'œuvre d'Hegel.

L'APPROCHE DE PAUL RICŒUR

Dans son étude de la reconnaissance, le philosophe français Paul Ricœur (1913-2005), de renommée sans frontières, postule, sinon une opposition à celle de Honneth, un autre cheminement. Dans un ultime ouvrage, *Parcours de la reconnaissance* (2004), il revisite le concept dans sa polysémie pour y trouver, de manière savante et subtile, une cohérence et une unité de sens.

Ricœur a pour point de départ trois acceptions du verbe « reconnaître » dans le grand dictionnaire de Littré et le Grand Robert, et dont l'analyse approfondie le porte à relier trois approches définitoires au concept de reconnaissance :

- **la reconnaissance comme identification**, distinction, celle d'une personne, d'un objet, par ses caractéristiques physiques, ses traits, malgré ses changements ;

- **la reconnaissance de soi**, par quoi l'homme ou la femme est capable de se connaître et de se reconnaître, dans ses potentialités et capacités d'agir, de dire, de se raconter. La reconnaissance, ici, est placée sous l'égide de la mémoire et de la promesse. « *La mémoire est ce qui me permet de me reconnaître comme étant le même (mêmeté) à travers le temps ; tandis que la promesse marque la volonté de rester constant (ipséité) en dépit des vicissitudes* » ;

- **la reconnaissance mutuelle**, définie comme un double mouvement de considérations réciproques, veut que lorsque l'on se sent reconnu par autrui, naît l'inclination à être reconnaissant à son tour. Le parcours de la reconnaissance de Ricœur entend le besoin d'être reconnu, de se sentir reconnu pour être reconnaissant à son tour, d'acter cette mutuelle

et réciproque reconnaissance et, se reconnaître soi, se sachant reconnu. L'expérience de la gratitude est consacrée dans ce parcours, telle dans l'échange de don, cérémonie sans enjeu matériel mais créatrice de lien et de paix.

Avec le paradigme de la gratitude, Ricœur présente la possibilité d'une alternative apaisée, conciliante, au processus de « *lutte pour la reconnaissance* » de Honneth. Il faut éviter le conflit pour la reconnaissance, sa dimension militante et sans fin.

L'auteur fait montre de prudence sur la portée de l'expérience de la gratitude, mais selon lui, il faut privilégier « *des expériences de paix, 'des clairières' par lesquelles la reconnaissance peut sinon achever son parcours, du moins laisser entrevoir la défaite du déni de reconnaissance* ».

Ricœur définit ainsi la reconnaissance : « *Être reconnu, si cela arrive jamais, serait pour chacun recevoir l'assurance plénière de son identité à la faveur de la reconnaissance par autrui de son empire de capacités. Il se trouve que la langue française est une de celles où 'gratitude' se dit aussi 'reconnaissance'* »⁽¹²⁾.

CONCLUSION

Connaissance remémorée, sentiment de gré, processus intersubjectif pour la réalisation de soi, aveu, acte juridique, dénouement... Le concept de reconnaissance règne sur un vaste champ sémantique. Nous avons retenu sa manifestation et sa signification en tant que besoin humain fondamental et selon deux approches : agonistique et pacifiée.

Nous fixons la reconnaissance comme une expérience cognitive et morale entre deux consciences qui s'accordent mutuellement sur des formes de considération, pour la réalisation de soi et le bien vivre ensemble.

BIBLIOGRAPHIE

- Honneth A. La lutte pour la reconnaissance. Ed. du Cerf; 2000. p. 233.
- Ricœur P. Parcours de la reconnaissance. Stock; 2004. p. 448.
- Bateux C. (Trad). Poétique d'Aristote. Ed J. Delalain; 1874. p. 55.
- Id.*, p. 17.
- Gefen A. Scénarios de la reconnaissance. Nouvelle Revue d'esthétique. 2014; 14 : 71-80.
- Bateux C., *op.cit.*, p. 17-18.
- Bergson H. Matière et mémoire. Essai sur la relation du corps à l'esprit. PUF; 1939. p. 53.
- <http://libertaire.free.fr/AHonneth02.html>
- Id.*
- Id.*
- Hegel GW. Phénoménologie de l'Esprit. Gallimard; 1993. p. 39.
- Ricœur P. *op. cit.*, p. 383.

Le rôle du cadre de santé dans la promotion de la recherche paramédicale

MOTS CLÉS

CADRE DE SANTÉ

DONNÉE PROBANTE

FORMATION INFIRMIÈRE

QUALITÉ DES SOINS

RECHERCHE PARAMÉDICALE

UNIVERSITARISATION



Aurélie Ledoux Aubrey
Cadre de santé,
Néphrologie
Transplantation rénale,
CHRU de Tours



Isabelle Eyland
PhD, chercheure associée au Laboratoire interdisciplinaire de recherche en didactique, éducation et formation (LIRDEF, EA 3749), directrice de l'institut de formation en soins infirmiers et d'aides-soignants, Vierzon

Les auteures déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt

La réforme de 2009 a introduit la recherche comme un élément clé de la formation infirmière. Toutefois, celle-ci reste insuffisamment développée dans les unités de soins. Une étude a permis d'examiner comment les cadres de santé peuvent encourager cette démarche, en mettant l'accent sur un leadership participatif, la création d'un environnement propice, la valorisation des travaux de recherche et la collaboration avec les infirmiers en pratique avancée.

INTRODUCTION

Depuis 2009, la formation infirmière a rejoint le cadre du système Licence Master Doctorat (LMD) en réponse au processus de Bologne signé par la France en 1999. Cette intégration a permis de conférer le grade de licence au diplôme d'État et de structurer les études. L'accès à la recherche est devenu un enjeu majeur de cette évolution. Comme le souligne le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en 2018, dans le dossier de presse « L'universitarisation des formations en santé » : « *Tous [les professionnels de santé] doivent avoir une formation par et à la recherche pour favoriser la prise en compte des données probantes dans l'exercice de leur métier et leur permettre de participer à la production de savoir* ».

Promouvoir la recherche

Cette orientation vise à former des professionnels capables d'adopter une posture réflexive et de créer un lien solide entre théorie et pratique, essentiel pour leur développement professionnel. Dans l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, deux compétences sont particulièrement en lien avec ces attentes : les compétences 7 et 8, qui consistent à « *coupler l'analyse et l'amélioration de pratiques avec l'aptitude à collecter des données professionnelles et scientifiques pour avoir un savoir basé sur des données scientifiques* »⁽¹⁾. Cette évolution souligne l'importance des compétences scientifiques et de recherche pour les infirmières diplômées. Gruet-Masson met en lumière l'importance de démontrer l'utilité de la recherche aux étudiants pour qu'ils deviennent



Le rôle crucial du cadre pour soutenir la recherche

Selon le rapport de la mission des cadres hospitaliers de 2009, le rôle du cadre de santé a également évolué en réponse aux exigences croissantes de qualité et de sécurité, aux progrès technologiques, et aux mutations sociales⁽¹⁴⁾. Franchistéguy-Couloume décrit le cadre de santé comme un « élément clé dans le bon fonctionnement d'une organisation de santé »⁽¹⁵⁾. La recherche en soins peut ainsi devenir un levier managérial pour les cadres de santé, en établissant un lien différent avec les équipes de soins, en accompagnant, fédérant et valorisant les professionnels autour de projets de recherche, et en questionnant les pratiques professionnelles pour redonner du sens au travail⁽¹⁶⁾. Dans ce contexte, le cadre de santé joue un rôle crucial dans la promotion de la culture de la recherche et la démarche réflexive au sein des équipes soignantes. En effet, bien que portée par de nombreux professionnels, la démarche de recherche peine à s'étendre dans les unités de soins. Elle est pourtant nécessaire pour l'amélioration des pratiques et offre de nombreuses opportunités aux paramédicaux. Afin d'identifier des leviers managériaux, une étude a été réalisée avec l'objectif de préciser quel est le rôle du cadre dans l'accompagnement des professionnels à initier une démarche de recherche visant une amélioration des pratiques.

de futurs chercheurs : « Pour que les étudiants deviennent une pépinière de futurs chercheurs, il est essentiel de leur montrer l'utilité de cette recherche en lui donnant du sens »⁽²⁾. Poiroux évoque la nécessité de développer conjointement les compétences cliniques et scientifiques : « Les enjeux qui attendent la profession infirmière en termes de responsabilité nécessiteraient pourtant le développement conjoint de compétences cliniques et scientifiques »⁽³⁾. La pratique fondée sur les données probantes a été largement discutée. Debout affirme que celle-ci permettrait « l'actualisation des pratiques et serait par voie de conséquence source d'amélioration de la qualité des soins » en facilitant le transfert des savoirs de la recherche à la pratique⁽⁴⁾. Une enquête récente montre que des obstacles subsistent à l'utilisation des résultats de la recherche en pratique clinique, mais précise que ces obstacles pourraient être surmontés par l'éducation et des changements organisationnels⁽⁵⁾.

Des avancées notables

En septembre 2018, la profession a été enrichie par la création de la spécialisation d'Infirmière en pratique avancée (IPA), permettant à ces professionnels d'exercer des missions et des compétences élargies, auparavant réservées aux médecins. Cette formation inclut une unité d'enseignement portant sur la recherche, ce qui ouvre de nouvelles perspectives pour le développement de la recherche paramédicale⁽⁶⁾. Cette spécialisation est décrite comme « un tremplin pour la recherche »⁽⁷⁾.

Le 30 octobre 2019, la création de la section sciences infirmières au Conseil national des universités (CNU) a marqué une étape importante en ouvrant la voie au développement de la recherche et de l'enseignement en sciences infirmières dans le milieu académique français⁽⁸⁾. Cependant, malgré cette avancée, la recherche en soins infirmiers demeure insuffisante, bien qu'elle soit reconnue comme essentielle pour l'amélioration des pratiques professionnelles de soins⁽⁹⁾.

Le cadre législatif a également évolué pour soutenir la recherche en soins infirmiers. La loi de 1991 portant réforme hospitalière et la loi de 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires⁽¹⁰⁾ ont étendu les missions de recherche à tous les établissements de santé, autorisant les infirmières à coordonner des programmes de recherche⁽¹¹⁾. La loi Jardé encadre la recherche en distinguant trois catégories : les recherches avec intervention non dénuée de risques, celles à risques et contraintes minimales, et celles observationnelles ou non interventionnelles⁽¹²⁾. L'article R. 4312-10 du Code de la santé publique, en date du 25 novembre 2016 et inclus dans le code de déontologie des infirmiers, précise que les soins doivent être fondés sur les données acquises de la science et que l'infirmier doit utiliser les méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées⁽¹³⁾.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une enquête qualitative a été menée auprès de quatre professionnels en mars 2024 en région Centre-Val de Loire, incluant trois cadres de santé et un directeur des soins ayant une expérience de recherche. Les entretiens ont été transcrits et analysés autour de plusieurs thématiques : parcours professionnel, influence du lieu d'exercice, management, objectifs de la recherche en soins, ainsi que les enjeux et les limites de la promotion d'une démarche de recherche.

RÉSULTATS

L'étude explore l'impact des parcours professionnels et des environnements de travail sur l'engagement dans la recherche.

L'influence du parcours professionnel

Les infirmiers interviewés ont réalisé leur formation avant la réforme de 2009. Tous ont poursuivi des études universitaires, obtenant pour la plupart des diplômes de master, et l'un d'entre eux a entrepris un parcours de thèse.

Les résultats montrent que, bien que les formations initiales n'aient pas été orientées vers la recherche, l'universitarisation du parcours a joué un rôle dans le développement professionnel et l'engagement dans la recherche. Cependant, les résultats de l'étude semblent montrer que l'investissement des interviewés dans la recherche pourrait être davantage lié à des motivations individuelles plutôt qu'au parcours de formation initiale.

Les effets de l'environnement professionnel

Les participants travaillant dans des centres hospitaliers universitaires (CHU) ont souligné que ces établissements, par leur mission de promotion de la recherche, offrent un cadre facilitateur pour s'engager dans des projets de recherche. L'importance du soutien institutionnel est soulignée, notamment à travers des comités dédiés, pour structurer et accompagner les initiatives de recherche.

Cependant, l'importance de la motivation individuelle est mise en avant. L'engagement personnel est primordial, même si l'institution offre un cadre favorable. Il est également mentionné qu'une sensibilité personnelle à la recherche est un facteur clé pour dynamiser cette activité.

Le lien entre les missions de management, de recherche et d'amélioration des pratiques

Plusieurs styles de management sont évoqués, dont le management participatif et situationnel, comme favorisant l'implication des équipes dans une démarche réflexive et collaborative. Les participants soulignent que le management doit encourager

Tous les professionnels interrogés s'accordent sur l'importance des soins fondés sur des preuves scientifiques

l'autonomie et l'initiative parmi les professionnels. La pratique d'un management participatif, où les décisions sont prises en équipe, renforce le sentiment d'appartenance et d'engagement des professionnels. De même, l'importance d'intégrer la recherche aux compétences des cadres de santé, considérant que cela est essentiel pour l'amélioration continue des pratiques cliniques, est mise en avant.

Les objectifs de la recherche en soins

Les objectifs de la recherche en soins, selon les professionnels interviewés, varient en fonction de leur expérience et de leur rôle. Deux des personnes interrogées, qui ont une expérience directe dans des projets de recherche, insistent sur l'importance de la publication des résultats et de leur impact sur les pratiques cliniques. La nécessité pour les institutions de valoriser ces projets pour promouvoir l'innovation est également mentionnée. Tous les participants s'accordent sur l'importance des soins fondés sur des preuves scientifiques, ce qui souligne le caractère essentiel de la veille professionnelle et de la production de nouvelles connaissances. Ils voient la recherche non seulement comme un moyen d'améliorer les pratiques cliniques mais aussi comme une nécessité pour garantir la qualité des soins aux patients.

Les actions de promotion, leviers et limites

L'étude identifie plusieurs actions et leviers pour promouvoir la recherche, ainsi que des obstacles potentiels. Les participants mettent en avant l'importance de la veille professionnelle, de l'accès aux ressources documentaires et de la formation continue pour développer les compétences en recherche. Plusieurs notions clés émergent des entretiens, notamment l'autonomie, l'engagement et la motivation : l'autonomie est perçue comme essentielle à l'engagement des professionnels et encouragée par certains styles de management. Le lien entre autonomie, compétence et sentiment d'appartenance est souligné pour renforcer l'engagement au travail. L'engagement est décrit comme une combinaison de comportements dynamiques et d'un attachement à la profession. Il est lié à l'autonomie, à la compétence, et à l'affiliation professionnelle, ainsi qu'à la confiance entre managers

et équipes. La motivation est décrite comme un moteur fondamental de l'engagement. Elle peut être intrinsèque (liée à la satisfaction personnelle) ou extrinsèque (liée à des objectifs professionnels). Les participants soulignent que la motivation est essentielle pour initier et maintenir une démarche de recherche, en particulier dans un contexte où les ressources peuvent être limitées.

Cependant, le manque de temps, de ressources humaines et financières, ainsi que des barrières linguistiques (comme l'anglais scientifique) sont cités comme des freins à la réalisation de projets de recherche. La motivation individuelle est encore une fois soulignée comme un facteur primordial, certains professionnels considérant que, sans cette motivation, même un environnement favorable ne suffirait pas à susciter un engagement dans la recherche.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Cette étude a révélé des éléments clés inattendus, soulignant l'importance de l'environnement institutionnel et la nécessité de soutenir les cadres dans la promotion de la recherche. Il est aussi apparu que la motivation des professionnels est essentielle, et qu'une démarche participative pourrait favoriser leur engagement. De plus, il est recommandé de renforcer la communication, la formation et la coopération avec les IPA pour développer la culture de la recherche.

Renforcer le leadership des cadres

Le rôle du cadre de santé est primordial⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ dans la promotion de la recherche, mais pour être efficace, il doit être lui-même convaincu de l'importance de cette démarche. Il est donc essentiel de :

- **former les cadres de santé.** Proposer des formations spécifiques sur la recherche en soins et le leadership pour permettre aux cadres de mieux comprendre et promouvoir cette démarche. Cela inclut des compétences en management, en communication et en conduite de projets de recherche ;
- **encourager le leadership participatif.** Les cadres doivent adopter un style de leadership qui encourage la participation des équipes dans la recherche. Cela implique d'organiser régulièrement des réunions pour construire des projets de recherche, de solliciter activement les idées des professionnels, et de valoriser les contributions individuelles.

Créer un environnement favorable

L'environnement de travail joue un rôle déterminant dans la capacité des professionnels à s'engager dans la recherche. Pour cela, il est important de :

- **mettre en place des temps dédiés à la recherche.** Instituer des plages horaires réservées à la lecture de la littérature scientifique, à la revue des pratiques professionnelles et à l'analyse des résultats de

recherche. Ces temps doivent être reconnus et intégrés dans l'organisation du travail ;

- **faciliter l'accès aux ressources documentaires.** S'assurer que les professionnels aient un accès aisé aux revues scientifiques, bases de données, et autres ressources nécessaires pour mener à bien leurs recherches ;

- **créer des ateliers de co-construction.** Organiser des ateliers interprofessionnels réguliers pour élaborer des projets de recherche communs. Cela favorise l'échange d'idées, renforce la collaboration entre les différentes professions (médicales et paramédicales), et encourage une approche collective de la recherche.

Valoriser la recherche et la reconnaissance professionnelle

Pour encourager les professionnels à s'engager dans la recherche, il est nécessaire de :

- **valoriser les travaux de recherche.** Mettre en place des systèmes de reconnaissance formelle pour les professionnels qui participent à la recherche, comme des distinctions internes, des publications ou des présentations lors de conférences ;

- **promouvoir la culture de la recherche.** Communiquer régulièrement sur les succès des projets de recherche au sein des équipes, afin de démontrer l'impact positif de ces travaux sur la pratique clinique et la qualité des soins. Le cadre de santé doit jouer un rôle clé dans cette communication.

Coopérer avec les infirmiers de pratique avancée

L'intégration des IPA dans les équipes de soins représente une opportunité pour renforcer la recherche paramédicale. Il paraît donc pertinent de :

- **développer des projets de recherche communs.** Encourager la collaboration entre les IPA et les autres professionnels de santé pour mener des projets de recherche qui répondent aux besoins cliniques et organisationnels ;
- **s'appuyer sur l'expertise des IPA.** Utiliser les compétences avancées des IPA en matière de recherche pour former et soutenir les autres membres de l'équipe, contribuant ainsi à une culture de recherche plus robuste au sein de l'établissement.

Développer les comités de pilotage institutionnels

L'appui institutionnel est indispensable pour soutenir les cadres de santé dans la promotion de la recherche :

- **renforcer le rôle du comité de pilotage (Copil).** Un Copil pour la recherche paramédicale doit être activement soutenu par l'institution. Cela inclut l'organisation de journées dédiées à la recherche, l'accompagnement des professionnels dans le

développement de leurs projets, et la facilitation de la communication entre les différents services ;

- **assurer un soutien institutionnel continu.** L'institution doit non seulement fournir les ressources nécessaires (temps, accès aux documents, soutien logistique), mais aussi encourager activement la participation à la recherche en la considérant comme une priorité.

Explorer les facteurs de motivation et d'attractivité

La motivation des professionnels est un élément clé pour leur engagement dans la recherche. Il serait donc pertinent :

- **d'étudier les obstacles à la participation à la recherche.** Mener des enquêtes pour identifier les facteurs qui freinent l'implication des professionnels dans la recherche. Cette connaissance permettrait de développer des stratégies ciblées pour surmonter ces obstacles ;

- **de valoriser les retours d'expérience.** Recueillir et analyser les retours d'expérience des professionnels ayant participé à des projets de recherche afin d'identifier les éléments qui favorisent l'engagement ou, au contraire, les difficultés rencontrées.

Enfin, il semble nécessaire de continuer à explorer le lien entre la formation initiale et l'engagement dans la recherche, étudier l'impact du parcours LMD, et comprendre l'influence du parcours sur l'engagement des professionnels dans la recherche. Il serait intéressant de comparer les motivations et les comportements des professionnels ayant suivi ce cursus avec ceux qui ont entrepris d'autres parcours.

L'appui institutionnel est indispensable pour soutenir les cadres de santé dans la promotion de la recherche

CONCLUSION

L'étude met en évidence que l'engagement dans la recherche paramédicale est le résultat d'une interaction complexe entre les parcours professionnels, les environnements de travail et les motivations individuelles. Si les institutions jouent un rôle facilitateur, notamment dans les CHU, l'engagement personnel et la motivation intrinsèque des professionnels apparaissent comme des éléments déterminants pour le succès des initiatives de recherche. Le développement de la recherche paramédicale nécessite donc non seulement des structures de soutien appropriées, mais aussi la promotion de l'autonomie, de l'engagement et de la motivation parmi les professionnels de santé. De nouvelles pistes à explorer sont suggérées, notamment sur les obstacles à l'engagement dans la recherche et l'impact de la formation sur cette démarche, ainsi que sur les facteurs de motivation et d'attractivité pour favoriser cet engagement. Les perspectives issues de cette recherche ouvrent plusieurs pistes pour renforcer l'implication des cadres de santé et des professionnels dans la démarche de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/
- Gruet-Masson J. Professionnalisation vs universitarisation, une nécessaire convergence. *Soins Cadres* 2018 ; 105 : 46-9. www.em-premium.com/article/1197876
- Poiroux L. L'intégration des données probantes en pratique clinique : réalités et enjeux d'une démarche d'Evidence Based Nursing. Paris : De Boeck Estem; 2015.
- Debout C. La pratique infirmière fondée sur les preuves. *Soins* 2012 ; 771 : 14-7. www.em-premium.com/article/773987
- Poiroux L, Bruyneel A, Larcin L, Fossat G, Kamel T, Labro G, et al. Barriers to research findings utilization amongst critical care nurses and allied health professionals: An international survey. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2024 ; 81 : 103610.
- Agence régionale de santé. La pratique avancée : un nouveau métier d'infirmier aux compétences élargies. 2023. www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies
- Actuosoins. IPA Infirmier de pratique avancée : Un tremplin pour la recherche. 2019. www.actuosoins.com/307721/ipa-un-tremplin-pour-la-recherche.html
- Cartron E, Lecordier D, Eyland I, Mottaz AM, Jovic L. Les sciences infirmières : savoir, enseignement et soin. *Recherche en soins infirmiers*. 2020 ; 140(1) : 77-96.
- Margat A. Ouverture de l'École universitaire de recherche Sciences infirmières en promotion de la santé au sein de l'université Sorbonne Paris Nord, une réponse à la nécessaire structuration de la discipline au sein de l'université française. *Revue francophone internationale de recherche infirmière* 2023 ; 4 : 100311. www.em-premium.com/article/1638136/resultatrecherche/1
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475
- Diebolt V, Misse C. La recherche, une mission des établissements de santé. In: *Comprendre la recherche clinique et l'innovation à l'hôpital*. Paris : Dunod ; 2014. p. 55-64. www.cairn.info/comprendre-la-recherche-clinique-et-l-innovation--9782100713066-p-55.htm
- Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Les catégories de recherches. sante.gouv.fr/systeme-de-sante/innovation-et-recherche/recherche-impliquant-la-personne-humaine/foire-aux-questions/article/les-categorie-de-recherches
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479578
- de Singly C. Rapport de la mission cadres hospitaliers. Paris : Ministère de la Santé et des Sports; 2009.
- Franchistéguy-Couloume I. Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics / Proyéctica / Projectique*. 2015 ; 13(1) : 37-50. doi.org/10.3917/proj.013.0037
- Référentiel d'activités et de compétences des cadres. 2012. www.ancim.fr/referentiel-activite-competence.html

La coopération professionnelle

MOTS
CLÉS

AUTONOMIE

COMPÉTENCE

COOPÉRATION

DÉLÉGATION

PROTOCOLE

SOCIOLOGIE



Aude Maréchal
Cadre de santé,
Ifsi Fleyriat, Viriat

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

La formalisation de protocoles de coopération autorisant les médecins à déléguer des actes à des infirmiers interroge sur les effets d'une telle délégation. Quels sont les conséquences de la division du travail sur les relations entre professionnels ? Quelles régulations se mettent en place ?

Au début des années 2000, les pouvoirs publics ont cherché des solutions pour pallier la baisse prévisionnelle des effectifs médicaux en France. L'une d'entre elles était d'alléger les activités incombant aux médecins, en les déléguant à des professionnels paramédicaux. Dans ce contexte, des protocoles de coopération ont été créés en 2009, permettant de déléguer des actes médicaux à des infirmiers. L'approche de ce sujet par la sociologie des professions permet de répondre à certains questionnements. Comment initier la division et la réalisation du travail entre ces deux professions lorsque la coopération est impulsée par les pouvoirs publics ? L'exploration d'un service ayant mis en œuvre ce type de délégation a permis de recueillir des données empiriques afin de répondre à certains questionnements. Les résultats de cette enquête mettent en évidence que la coopération est, dans ce cas, une convergence d'intérêts bien compris : les infirmiers gagnent en compétences et en autonomie, tandis que les médecins se libèrent de tâches qu'ils n'apprécient pas. Cependant, les rapports de pouvoir existant entre ces deux professions ne sont pas remis en question. Le processus de coopération qui se met en place au niveau local, indispensable à la réalisation de l'activité, nécessite l'existence d'un collectif de travail et un management efficient.

LA LUTTE CONTRE LA PÉNURIE MÉDICALE

Les politiques successives sont allées dans le sens du développement des protocoles de coopération, en simplifiant les démarches pour y adhérer. En mai 2023, 57 protocoles de coopération nationaux avaient été validés depuis 2012, et 50 protocoles locaux depuis 2021. Malgré l'existence et la formalisation de ces protocoles depuis 2009, la question de la pertinence de déléguer un acte médical à des infirmiers fait toujours débat.

Les médecins sont divisés, certains étant partisans de la délégation pour pallier le manque d'effectif médical, d'autres s'y opposant avec pour argument que seuls les médecins disposent de la compétence nécessaire pour réaliser ces gestes. Les syndicats infirmiers s'opposent également à la délégation, inquiets de la responsabilité qui pèse sur les infirmiers.

DE LA DIVISION DU TRAVAIL À LA COOPÉRATION

L'approche de ce sujet par la sociologie des professions permet de répondre à certains questionnements. Les auteurs du courant interactionniste ont montré que la profession médicale exerce une « domination » sur la profession infirmière ; ce qui n'empêche pas ces professions d'être dans une certaine forme de concurrence pour délimiter leurs frontières. La délégation du « *sale boulot* », définie



par Everett C. Hughes, joue un rôle important dans la division du travail. La profession infirmière peut cependant considérer ce « *sale boulot* » comme du « *bon boulot* », voire inciter à cette délégation, avec le soutien des pouvoirs publics.

Les protocoles de coopération encouragent les professionnels à travailler ensemble, autour d'une extension de l'acte de prescription du médecin. Cette coopération prescrite n'induit pas nécessairement une coopération informelle, au niveau du collectif de travail, basée sur la confiance et la reconnaissance.

Comment se met en œuvre la division et la réalisation du travail entre ces deux professions lorsque la coopération est impulsée par les pouvoirs publics et ne provient pas d'une revendication des professionnels ?

UNE CONVERGENCE D'INTÉRÊTS

Le premier élément analysé concerne les motivations des infirmières à participer à un protocole de délégation de compétence. Il apparaît que celles-ci, ayant toutes un profil d'infirmières techniciennes, répondent à un « ethos » professionnel. Elles sont motivées par la technicité du geste lui-même, mais également, elles souhaitent échapper à un quotidien routinier, pouvant être apparenté à du « *sale boulot* », tout en gagnant en autonomie.

Leur position d'experte renforce leur place dans le collectif, tant auprès des collègues infirmiers que des médecins. La coopération répond, dans ce cas, à une convergence d'intérêts bien compris : les infirmières gagnent en compétences et en autonomie, tandis que les médecins se libèrent de tâches qu'ils n'apprécient pas.

LA NÉCESSITÉ D'UN COLLECTIF DE TRAVAIL

Le deuxième élément mis en évidence par cette enquête est l'existence d'un collectif de travail au sein de l'unité. Le travail du cadre de santé

Enquête dans un centre hospitalier public

Pour ce travail de recherche, une étude de cas a été réalisée de novembre 2023 à mars 2024 dans une unité transversale d'abord vasculaire d'un centre hospitalier public ayant mis en œuvre un protocole de délégation de pose d'abord veineux central à des infirmiers.

Des entretiens semi-directifs à questions ouvertes ont été réalisés dans une démarche inductive, auprès de huit professionnels : trois infirmières, trois médecins et deux cadres de santé, à l'aide de guides d'entretiens différents pour chaque profession.

Cette enquête a permis de comprendre comment l'activité de travail dans le cadre de ce protocole était régulée par l'équipe.

permet de formaliser une organisation du travail qui permet de poser les règles de la délégation. Il est le garant de la protection légale des infirmières et de l'adhésion médicale à la mise en œuvre. Sur les bases de cette organisation, le collectif permet de proposer des solutions aux défauts organisationnels. L'appariement entre les infirmières et les médecins, autour d'une convergence d'intérêts, participe à la création de ce collectif de travail. Le processus de coopération qui se met en place au niveau local est indispensable à la réalisation de l'activité. Cependant, les rapports de pouvoir existant entre ces deux professions ne sont pas remis en question.

UN ÉQUILIBRE ENTRE AUTONOMIE ET CONTRÔLE

Le troisième constat est qu'il existe une forte coopération entre médecins et infirmières qui font alliance. Cette alliance, construite autour d'intérêts communs et fondée sur la confiance, permet de trouver le fragile équilibre entre l'autonomie et le contrôle. La confiance qui se construit dans le collectif permet à l'infirmière de progressivement gagner en autonomie, et au contrôle médical d'être de plus en plus distant. Un « ordre négocié » se met alors en place pour permettre la coopération entre les professionnels.

CONCLUSION

Malgré un échantillon restreint de personnes questionnées, l'ensemble de ce travail de recherche semble mettre en évidence que, dans le cadre de la mise en place d'un protocole, la coopération entre les professionnels nécessite une convergence d'intérêts, qui ne remet pas en question les rapports de pouvoir. Sur le terrain d'enquête, il apparaît que l'équilibre entre autonomie et contrôle s'installe dans un contexte de collectif de travail.

L'hypothèse qui peut être formulée à l'issue de ce travail est la suivante : les conditions favorables à une coopération que sont la convergence d'intérêts et le maintien des rapports de pouvoir médecins-infirmiers sont constantes, mais l'équilibre trouvé entre l'autonomie et le contrôle est singulier selon le terrain d'enquête, car il dépend des ajustements de l'activité, régulés par le collectif de travail.

Le projet de modifications législatives et réglementaires encadrant la profession d'infirmier prévoit un référentiel de missions, remplaçant le référentiel d'actes existant. L'existence même des protocoles de coopération pourrait alors

être remise en question. Dans ce contexte, quels seront les effets sur la délimitation des frontières entre les métiers ?

Cet article a été écrit à la suite d'un master II en sociologie et diagnostic des organisations soutenu par l'auteure en décembre 2024.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (2003). 1. Écologies liées : à propos du système des professions. In P.-M. Menger (éd.), Les professions et leurs sociologies. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.
- Caroly, S. (2016). Collectif de travail. In : Psychologie du Travail et des Organisations. Dunod.
- Chemin, R. (2024). Les compétences des infirmiers élargies, les médecins dénoncent une « ubérisation » des soins. La Provence, 15 avril 2024. www.laprovence.com/article/france-monde/39491134633744/les-competes-des-infirmiers-elargies-les-medecins-denoncent-une-uberisation-des-soins?id=39491134633744
- Hughes, E.C. & Chapoulié, J.-M. (1996). Le regard sociologique : Essais choisis. École des hautes études en sciences sociales.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 51. www.legifrance.gouv.fr
- Maréchal, A. (2024). La coopération professionnelle. Mémoire de Master II. Bron : Université Lyon II.
- Strauss A. (1992). La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. L'Harmattan.

L'INFIRMIÈRE

L'EXERCICE INFIRMIER DE L'HÔPITAL AU LIBÉRAL

Actualités, formation, témoignages, recherche...
L'Infirmière.e permet d'appréhender les évolutions
du monde paramédical de l'hôpital au libéral.

L'EXERCICE INFIRMIER DE L'HÔPITAL AU LIBÉRAL

12 numéros/an
(dont 2 numéros doubles)

- + Le Mémento de la prescription infirmière
- + La newsletter d'espaceinfirmier.fr
- + Les revues numériques

Pour vous former et vous informer



Abonnez-vous



bit.ly/abo-inf-pposm

www.espaceinfirmier.fr

MANAGEMENT

Mobiliser les facteurs humains dans la gestion de crise



Pour assurer une meilleure continuité des activités dans le cadre d'opération de crises, il convient avant tout de penser la gestion des ressources psycho-cognitives et physiques de chacun des participants. L'efficacité organisationnelle peut alors être atteinte plus facilement. En mettant en avant les techniques d'optimisation du potentiel, le docteur en sciences du management Benoît Vraie et le médecin du sport Édith Perreaut-Pierre abordent le stress en situation intense pour proposer des outils et remobiliser nos ressources émotionnelles. La prise de décision tout comme l'opérationnalité sont ainsi améliorées. La lecture de l'ouvrage pourra être utile au management des services intensifs qui nécessitent d'accompagner tant les situations que le collectif qui, sous tension permanente, œuvre vers un sens commun.

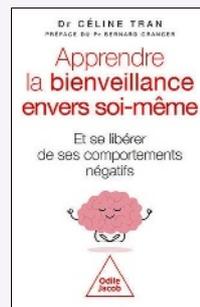
Mobiliser les facteurs humains dans la gestion de crise à l'aide des techniques d'optimisation du potentiel, Benoît Vraie et Édith Perreaut-Pierre (Interéditions, janvier 2025), 170 pages.

PSYCHOLOGIE

La bienveillance envers soi-même

En fonctionnant parfois avec trop d'impulsivité, de contre-productivité ou encore d'auto-critique infondée, l'individu au travail peut influencer sur la dynamique d'équipe ou sur les situations dans leur ensemble. En déconstruisant les schémas inadaptés et en proposant des techniques de mentalisation et de méditation, la psychiatre et enseignante auprès de professionnels de santé Céline Tran propose ainsi une méthode pour sortir des comportements répétés. Les objets et situations de travail pourront alors être abordés avec plus de discernement et de recul.

Apprendre la bienveillance envers soi-même et se libérer des comportements négatifs, Céline Tran (Éditions Odile Jacob, février 2025), 255 pages.



ENQUÊTE

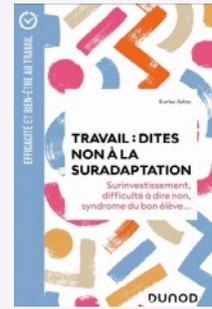
L'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Les évaluations des établissements sociaux et médico-sociaux restent associées à une exigence de performance et de qualité. Cependant, à l'intérieur des structures, les professionnels peuvent rencontrer des incompréhensions, voire des pertes de sens face aux méthodes, au cadre parfois trop normatif ou encore à l'inadéquation du référentiel avec le travail social, certains ressentant même « un formatage de l'évaluation ». Ainsi, pour alimenter la réflexion des travailleurs du social, des sociologues et philosophes se proposent de reprendre les évolutions de l'évaluation et d'en dégager les effets sur les organisations et sur les façons d'agir. En plus d'analyses, les auteurs proposent des scénarios prospectifs qui pourront également intéresser les établissements sanitaires et leurs acteurs.

Enquête sur l'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux, Laurent Fraisse, Marie-Catherine Henry, Jean-Louis Laville et Anne Salmon (Éditions Érès, février 2025), 216 pages.



TRAVAIL



Dites non à la sur-adaptation

Les organisations de travail nécessitent parfois, le temps de gérer certaines situations, des efforts supplémentaires. Pourtant, pour certains, ces concentrations particulières sont permanentes et entraînent des investissements trop importants, voire des déséquilibres entre vie personnelle et vie psychique. Ainsi, en proposant 11 archétypes de sur-adaptation aux situations de travail, la coach en entreprise Karine Aubry reprend les raisons qui, au-delà des injonctions temporaires, conduisent à toujours se plier, compenser ou encore trop porter. L'objectif étant de déconstruire les représentations sur ses propres rapports au travail et d'éviter les épuisements professionnels.

Travail : dites non à la sur-adaptation, Karine Aubry (Éditions Dunod, janvier 2025), 296 pages.

HUMANITAIRE

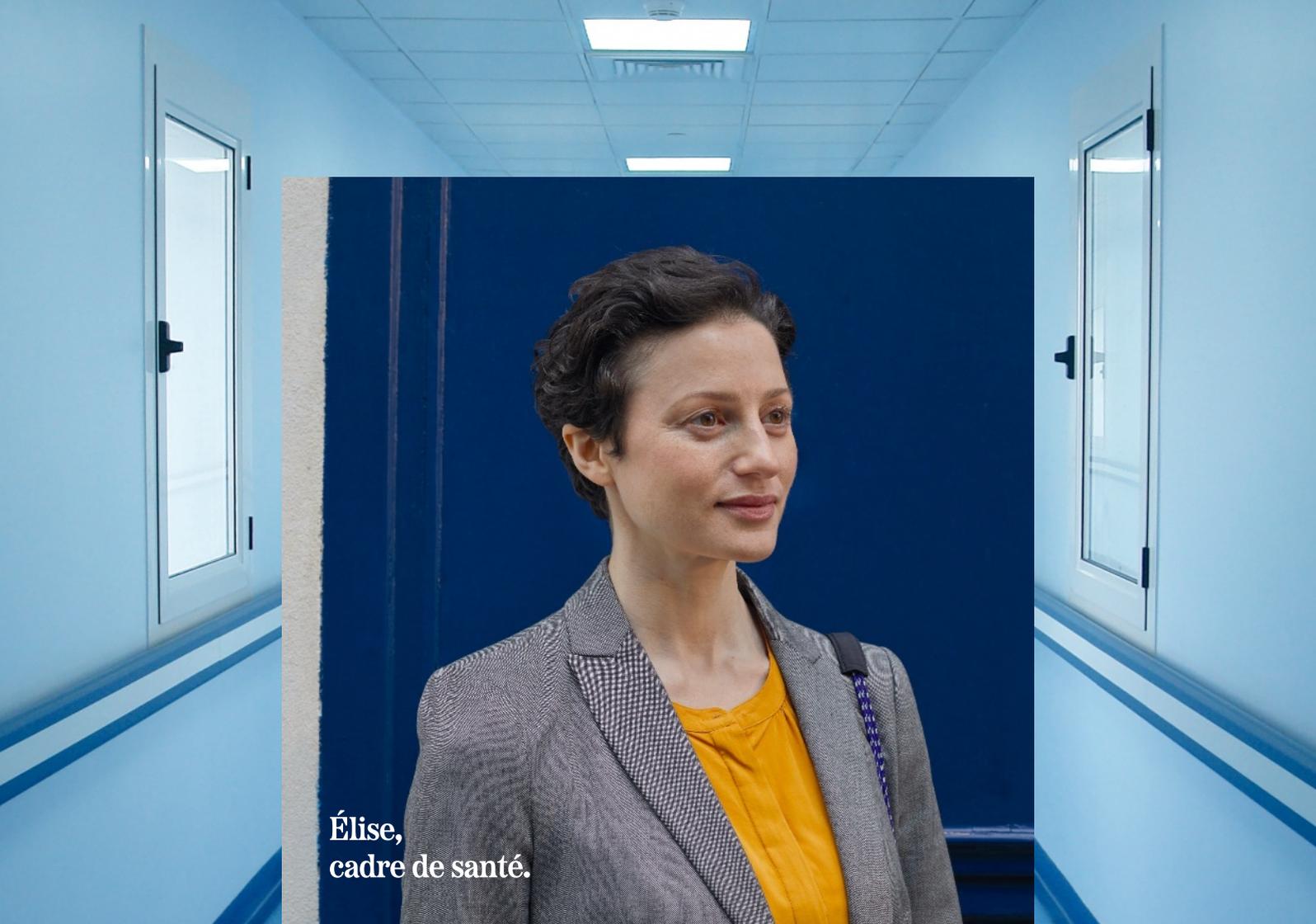


Face aux crises, la force de l'engagement

L'histoire de la Croix-Rouge française s'écrit depuis 160 ans. Cet ouvrage illustre son engagement et ses actions d'organisation humanitaires et sociale au travers d'illustrations qui expliquent au quotidien des crises sanitaires, sociales et écologiques, les missions de cette fondation qui œuvre pour le bien commun. Dans un souci de solidarité, 2 euros seront reversés à la Croix-Rouge française pour chaque exemplaire vendu en librairie.

Face aux crises, la force de l'engagement, la Croix-Rouge française (Éditions Autrement, décembre 2024), 200 pages.

Rubrique réalisée par Yannick Moszyk



Élise,
cadre de santé.

S'engager auprès de ceux
qui se mettent au service
des autres, c'est ça être
assurément humain.



Assurément
Humain