

COMMENT PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Avis du comité éthique
de la Fédération hospitalière de France

Février 2023

TEXTE INTÉGRAL

Avis | Avis du comité éthique de la Fédération hospitalière de France, Février 2023

Comment prendre soin des professionnels de santé ?

Introduction

« Prendre soin des professionnels de santé » : cette thématique a rapidement et unanimement émergé comme une priorité pour les membres du Comité éthique de la FHF en 2022.

Afin d'adosser les recommandations sur les perceptions et attentes issues du terrain, cet avis a été conforté et complété par une enquête nationale adressée aux personnels hospitaliers des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux affiliés à la FHF. Comment ces professionnels vivent leur travail ? Comment celui-ci fait-il sens (confiance, utilité et capacité d'agir), au quotidien ? Quelles difficultés rencontre-t-on lorsque l'on dispense des soins dans les institutions de soins ? À quels enjeux fait-on face ? De quoi sont-ils le fruit du point de vue des premiers et premières concernées ? Et, surtout, comment apporter des réponses concrètes à des situations problématiques ? Voici quelques-unes des principales questions auxquelles nous avons tenté d'apporter des éléments de réponse sous un angle éthique.

Pour cela, notre comité a élaboré une enquête originale portant précisément sur les façons dont les professionnels de santé et administratifs à l'hôpital vivent, perçoivent et éprouvent au quotidien leur métier et les diverses activités qui le composent, ainsi que les environnements de travail dans lesquels ils évoluent. Plus largement, il s'est agi d'interroger les rapports de ces professionnels avec les institutions dans lesquelles ils exercent. Ces rapports impliquent des relations interprofessionnelles, aux patients, mais aussi aux valeurs et normes ainsi qu'aux héritages et aux horizons portés et promus par l'institution.

Cette enquête apparaît donc singulière, au caractère peut être exceptionnel. De par sa taille et les profils variés de professionnels et d'institutions de santé représentés : 10 040 questionnaires dont 7 670 ont été entièrement complétés. Quatorze régions. Treize secteurs professionnels. Parmi ces diverses professions : des infirmiers, des aides-soignants, des médecins, bien sûr, mais également des directeurs, des présidents de CME, des chefs de pôle ou de service, des cadres de santé, des agents administratifs, des psychologues, etc. Mais, surtout, elle engage des réflexions sur une thématique trop rarement abordée aussi frontalement et profondément : la question du soin et du prendre soin, dirigée vers les professionnels des établissements mettant en œuvre quotidiennement ces activités.

Cette enquête résonne ainsi avec le travail mené par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) et, plus particulièrement, avec son Avis n° 140 adopté le 22 octobre 2022 et intitulé : « Repenser le système de soin sur un fondement éthique. Leçon de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives ». Cet avis relate notamment une crise de sens des activités de soin dans les institutions censées les porter et les promouvoir, et des situations de souffrance des professionnels de santé, bien antérieures à la crise sanitaire causées par la Covid-19, mais largement renforcées par cette dernière. Parce que la présente enquête révèle des constats partagés avec cet avis, il s'agit dès lors de mieux tenir compte des expériences et du malaise des professionnels de santé afin d'y apporter des réponses. « Prendre soin des professionnels de santé ». Entendons-donc : « Pourquoi et comment prendre soin des professionnels de santé ? ».

Bien sûr, prendre soin des personnes investies, quotidiennement, de la mission de prendre soin des personnes rendues vulnérables, notamment par la maladie, est indispensable pour assurer la « qualité et la sécurité des soins ». Cette dernière notion constitue le leitmotiv fondamental des établissements et professionnels de santé. Elle semble pourtant trop souvent résumée dans des indicateurs chiffrés qui peinent à saisir la complexité des expériences du soin et de leurs difficultés, du côté des malades comme de celui des soignants. En somme, c'est comme si traduire ces expériences en « données » chiffrées – faisant souvent office d'indicateurs de performance – revenait à déconnecter des gestes et leurs effets des situations dans lesquelles ils se déploient et, surtout, du vécu des soignants et des soignés. Il convient donc, indiscutablement, « d'aller vers » ces acteurs et actrices du soin, afin de recueillir leurs expériences et de tenter de restituer une part de ce qu'ils et elles éprouvent, projettent, et, plus simplement, pensent de leur travail. C'est ce à quoi cette enquête essaie d'apporter, de modeste façon, une pierre à l'édifice et de contribuer aux réflexions en cours dans le cadre des suites des travaux du Conseil national de refondation de la santé (CNR).

Ainsi, assurer la qualité et la sécurité des soins nécessite de réinscrire ceux-ci dans leur double-dimension de *cure* et de *care*. La négligence et la mauvaise reconnaissance des activités de *care* fragilisent les équipes alors même que le souci de l'autre et la sollicitude sont au cœur de l'accompagnement des patients dans leur parcours de soin et de maladie. Pour cela, il ne s'agit pas de renverser la hiérarchie qui sous-tend cette dichotomie en érigeant désormais le *care* « au-dessus » du *cure*. Au contraire, **il apparaît crucial de repenser et de revaloriser l'intrication étroite entre les diverses activités du soin, d'affirmer leur indissociabilité**, si ce n'est le caractère incertain et perméable de leurs frontières.

En outre, assurer la qualité et la sécurité des soins implique aussi, pour l'institution qui porte les activités de soin comme pour la société qui en bénéficie de respecter, de prendre en considération, et d'établir une relation de confiance avec les professionnels qui les mettent en œuvre. Autrement dit, **prendre soin des malades invite à prendre soin des professionnels qui ont et auront à les prendre en charge**. Mais aussi, plus largement, à s'assurer du bon fonctionnement des institutions censées garantir la « bonne » réalisation de ces activités et promouvoir les valeurs que l'on juge indissociables de ces activités.

Pour que s'accomplisse une éthique du soin où se rejoignent les valeurs institutionnelles et celles portées par les soignants doivent émerger des espaces de réflexion, tant aux niveaux individuels, que collectifs et institutionnels. **S'engager à prodiguer des soins de manière juste et éthique nécessite donc que s'ouvrent de tels espaces et temporalités de réflexion éthique, où les pratiques et les expériences peuvent être (re)considérées et discutées.**

C'est aussi à cela que prétend cette enquête : elle donne des informations cruciales sur le ressenti des soignants et soignantes, et ouvre en cela un espace de témoignage et d'examen de ses rapports au travail et à l'institution. Mais ne voyons pas là une ambition utilitariste visant « simplement » à prendre soin de ces professionnels pour mieux prendre soin des patients : le soin s'exprime, s'incarne, s'éprouve et finalement se réalise à partir d'un maillage complexe articulant une multitude de niveaux et d'acteurs : des malades et des médecins, mais aussi des cadres, des responsables administratifs et managériaux, des techniciens, des psychologues, des kinésithérapeutes, etc. Et bien sûr des infirmiers et des aides-soignants. Car n'oublions pas que ces professionnels dits « paramédicaux » sont les premiers à accueillir les patients et sont les artisans des soins prescrits. Ils portent donc aussi, par leurs activités, la responsabilité de mettre en œuvre des décisions auxquelles ils ont (trop rarement) participé.

Le soin dépend ainsi de processus complexes où les gestes, les décisions, les affects, s'articulent, se chevauchent et se superposent quand ils ne rentrent pas en tension voire en contradiction. C'est en appréhendant cette complexité que pourra se redéployer une éthique du soin soutenue à la fois par les malades, les professionnels et les institutions.

Parmi les résultats importants, cette enquête révèle qu'une majorité des professionnels interrogés sont fiers de leur métier, pour lequel ils reconnaissent un sentiment d'utilité. En revanche, une grande majorité également considère que leur travail génère du stress (89 % !). De même, près de 50 % des répondants affirment qu'ils ne conseilleraient pas leur métier, alors même qu'ils éprouvent un sentiment de fierté et d'utilité par le biais de celui-ci.

Comment comprendre ces discours a priori contradictoires ? Que penser de l'état de professions, dont le cœur et le fondement résident dans l'attention et le souci de l'autre, et dont, pourtant, on ne recommanderait pas aux plus jeunes générations de s'y engager et de suivre les chemins professionnels du soin. Que penser de sociétés dont les acteurs centraux du soin ne se font plus les relais des valeurs qu'ils portent ? De quoi ce hiatus est-il le fruit ? Est-il possible de réduire cet écart et de redonner toute leur place à ces activités et leurs acteurs ?

À cette dernière question, le comité éthique de la FHF répond par l'affirmative. C'est précisément ce que vise cet avis et l'enquête qui le documente. **Quand près des trois-quarts des répondants ont « l'impression d'une transformation majeure de l'exercice de leur métier » il s'agit bien de mesurer et de comprendre l'inflexion de cette transformation en vue de prendre soin de nos professionnels de santé, et des malades dont ils ont la charge, et par-là même des valeurs qu'ils portent et qui s'avèrent indispensables au vivre-ensemble.**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE « PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ »	7
Préambule	7
Méthodologie	7
Nature du questionnaire	7
Synthèse des résultats.....	7
Attentes des professionnels de santé.....	10
CONSTATS.....	12
RECOMMANDATIONS.....	14
I - LEVIERS TERRITORIAUX	14
1. REDONNER DU SENS À CHACUN POUR TOUS	14
2. PRENDRE DAVANTAGE SOIN DES ÉQUIPES	15
3. MIEUX VALORISER LES PROFESSIONNELS	16
4. TRAVAILLER LA COHÉSION POUR ATTEINDRE LA COHÉRENCE	17
5. CHANGER LE MANAGEMENT.....	17
II - LEVIERS SYSTÉMIQUES	18
1. PLACER L'USAGER AU CENTRE.....	18
2. RENFORCER LES VALEURS ÉTHIQUES DE L'HÔPITAL.....	18
3. PRENDRE LE VIRAGE NUMÉRIQUE	19
4. ASSUMER L'INCERTITUDE ET NOTRE RAPPORT AU TEMPS SOIGNANT	19
5. RÉINSSUFLER UN RÉCIT SOIGNANT À LA HAUTEUR DES ENJEUX DE SOCIÉTÉ.....	19
III - LEVIERS POLITIQUES	20
1. REDONNER DU SENS À LA DÉCISION PUBLIQUE / POLITIQUE.....	20
2. RÉAFFIRMER LA LOGIQUE DE SOINS COMME PRÉVALENTE SUR LA LOGIQUE COMPTABLE	20
3. ENGAGER UN VÉRITABLE CHOC DE SIMPLIFICATION	20
Conclusion	21

SYNTHÈSE

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE « PRENDRE SOIN DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ »

Préambule

Le Comité éthique de la FHF a, en 2022, consacré son avis au thème *Prendre soin des professionnels de santé*. Pour élaborer ses recommandations, il a souhaité s'adosser à l'expérience du terrain avec l'aide d'un questionnaire pour impliquer et recueillir le témoignage de tous les professionnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

Le comité éthique tient à remercier tous les professionnels de santé pour leur participation à l'enquête.

Méthodologie

En avril 2022, le comité éthique a validé avec ses membres et le Conseil d'administration de la FHF le thème de l'avis et de l'enquête nationale *Prendre soin des professionnels de santé*.

En juin 2022, l'enquête a été diffusée auprès des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux en ciblant autant que possible tous les métiers, administratifs et soignants : directeurs, présidents de CME, chefs de pôle ou de service, cadres de santé, soignants et administratifs.

En juillet 2022, 10 040 réponses ont été collectées, dont 7 670 questionnaires complets.

Nature du questionnaire

6 items composent l'enquête : Identification, Organisation et conditions de travail, Relations de travail, Partage et création de valeurs, Bien-être au travail et Propositions.

Synthèse des résultats

Il s'agit d'une étude représentative par le nombre de questionnaires complets et la couverture du territoire national, toutes les régions et les territoires ultramarins ayant répondu à l'enquête.

La santé, un secteur d'activités à forte proportion de femmes

- 81 % de femmes, 19 % d'hommes

Des personnels de santé expérimentés

- Les répondants ont majoritairement entre 30 à 50 ans
[31;50 ans] 63 %, [51;60 ans] 23%, [18;30 ans] 13%, > 61 ans, 2%
- + 65 % ont 10 années d'expérience
Expert 65%, Avancé 23%, Junior 12%

Secteur d'activité

La majorité des secteurs sont représentés, parmi eux, 50 % exercent en hôpital de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), 17 % en psychiatrie et santé mentale, 16 % en EHPAD, 12 % aux urgences et 5 % dans le secteur du handicap.

Fonction managériale

66 % des répondants n'ont pas de fonction managériale, 21% sont des managers de proximité (cadres de santé, responsables de service ou UF, cadres socio-éducatifs, etc.), 8 % sont des managers intermédiaires (chefs de pôle, d'unité, d'activité, cadre supérieur de santé, etc.) et 5 % sont des managers d'établissement (directeur, président de CME, directeur des soins, directeur adjoint, etc.).

Catégories professionnelles

Un large panel de catégories professionnelles est représenté, citons notamment 21 % d'IDE, 19 % de cadres, 11% de médecins, 11 % d'agents administratifs, 8% d'aides soignant-e-s.

Tendance

Des personnels *fiers* de leur métier,
ayant un sentiment d'utilité,
malgré le *stress* ressenti

Des personnels fiers de leur travail qu'ils trouvent utile

80 % des répondants disent avoir un sentiment de fierté pour leur travail et **91 % un sentiment d'utilité**.
Mais, paradoxalement, **50 % des personnels n'ont pas tendance à conseiller leur métier**.

Focus par fonction : conseillerez-vous votre métier ?

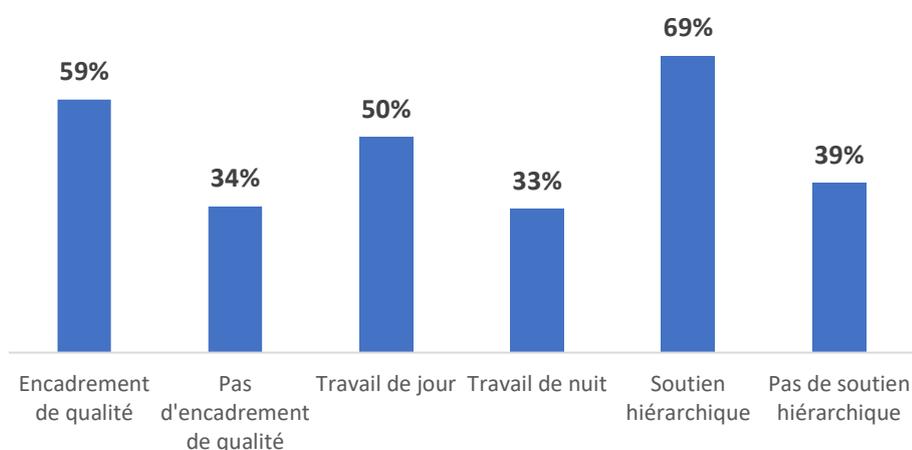
Par fonction	MCO	EHPAD
IDE	Non à 69%	Non à 66%
Médecin	Non à 45%	Non à 41%
AS	Non à 58%	Non à 61%

A noter :

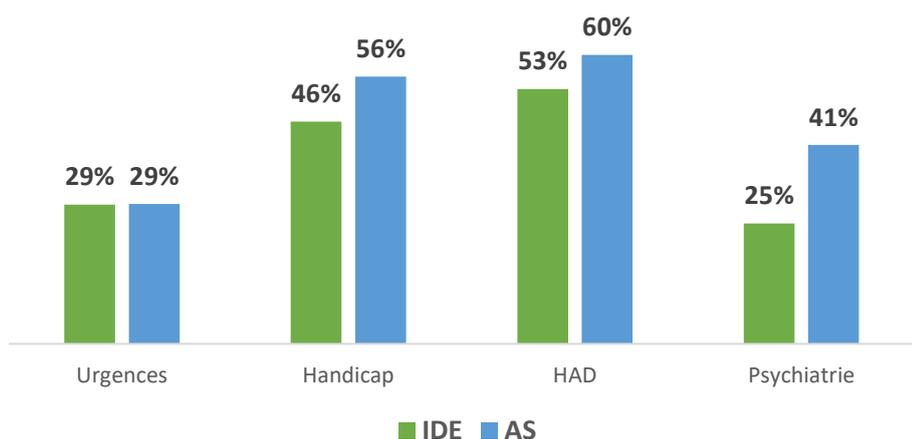
- Les plus de 60 ans recommandent leur métier à 65 %, tout comme les 18-30 ans à 53 %.
- Le secteur du handicap recommande leur métier à 65 %, beaucoup plus que les urgences à 53%.

Focus par condition et par métier

Je conseille mon métier, si j'ai...



Je conseille mon métier, quand j'exerce...



Stress au travail

89 % des répondants considèrent que leur travail génère du stress. Ce stress est généré par le manque de moyens humains et matériels à 67 %, par sur-sollicitations et ruptures de tâches à 63 %, et à 35 % en raison de tensions professionnelles avec les collègues ou la hiérarchie. Enfin, 33 % des répondants évoquent des plannings instables, quand la dévalorisation intervient pour 30 % d'entre eux.

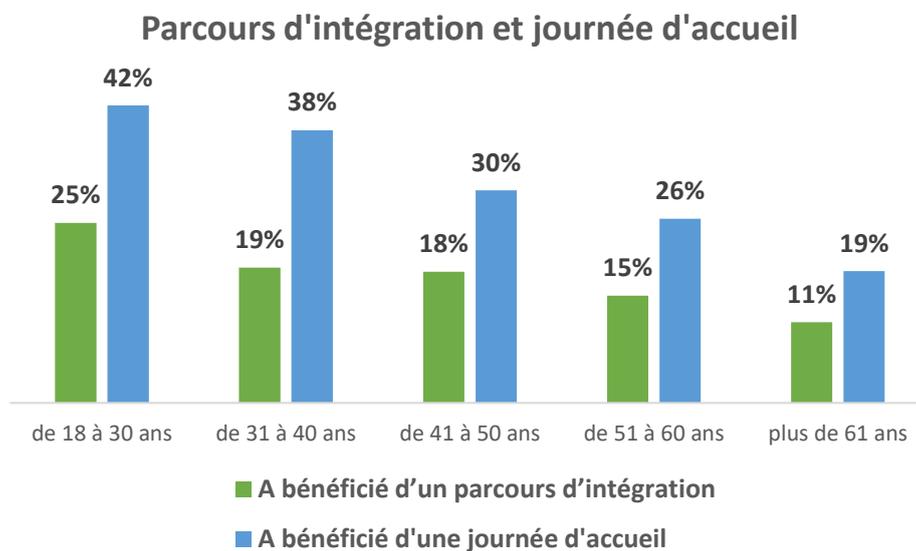
Quand le travail génère du stress, 36 % des répondants ont des symptômes physiques, (troubles du sommeil, digestifs, articulaires, etc.), 28 % ont des symptômes émotionnels (nervosité, anxiété, dépression) 12 % ont des symptômes cognitifs (difficultés de concentration, erreurs, oublis, absence d'initiative ou d'engagement). Au positif, seulement 20 % des répondants disent ne pas avoir de symptômes.

Attentes des professionnels de santé...

Parcours d'intégration et journée d'accueil

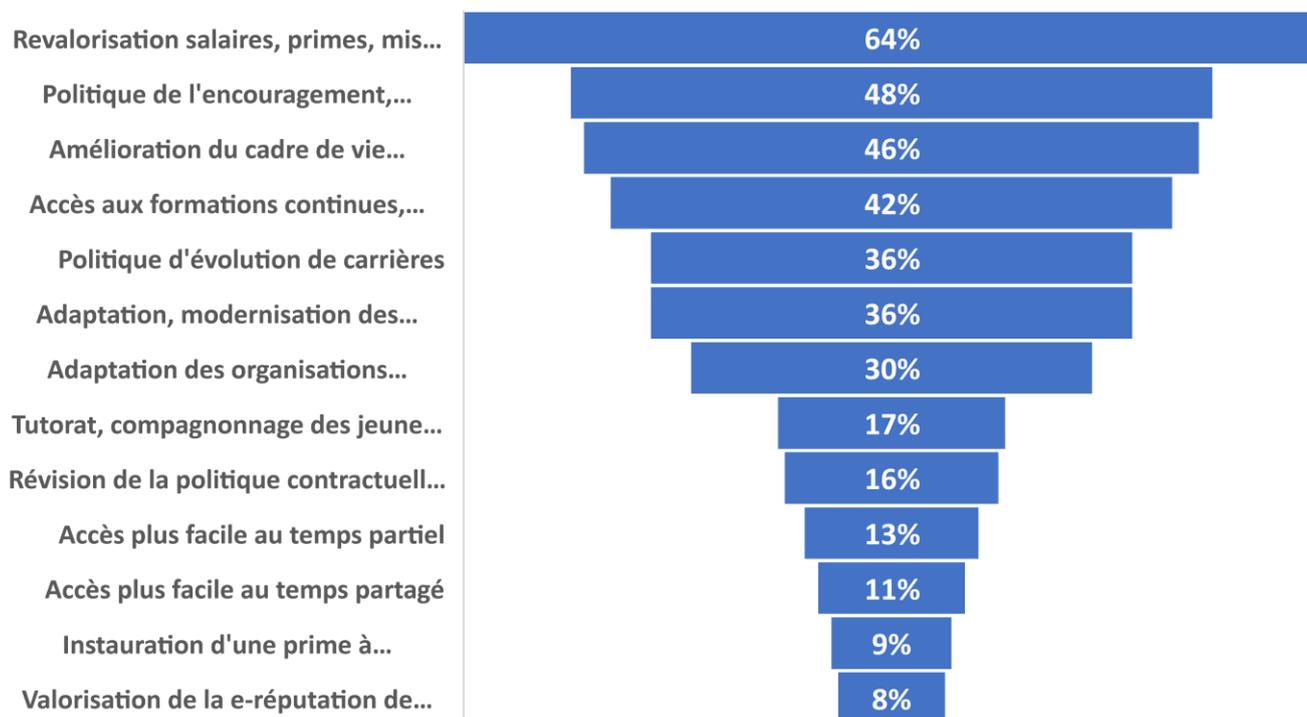
17 % des répondants disent avoir bénéficié d'un parcours d'intégration et 31 % d'une journée d'accueil au moment de leur recrutement.

Focus par classe d'âge



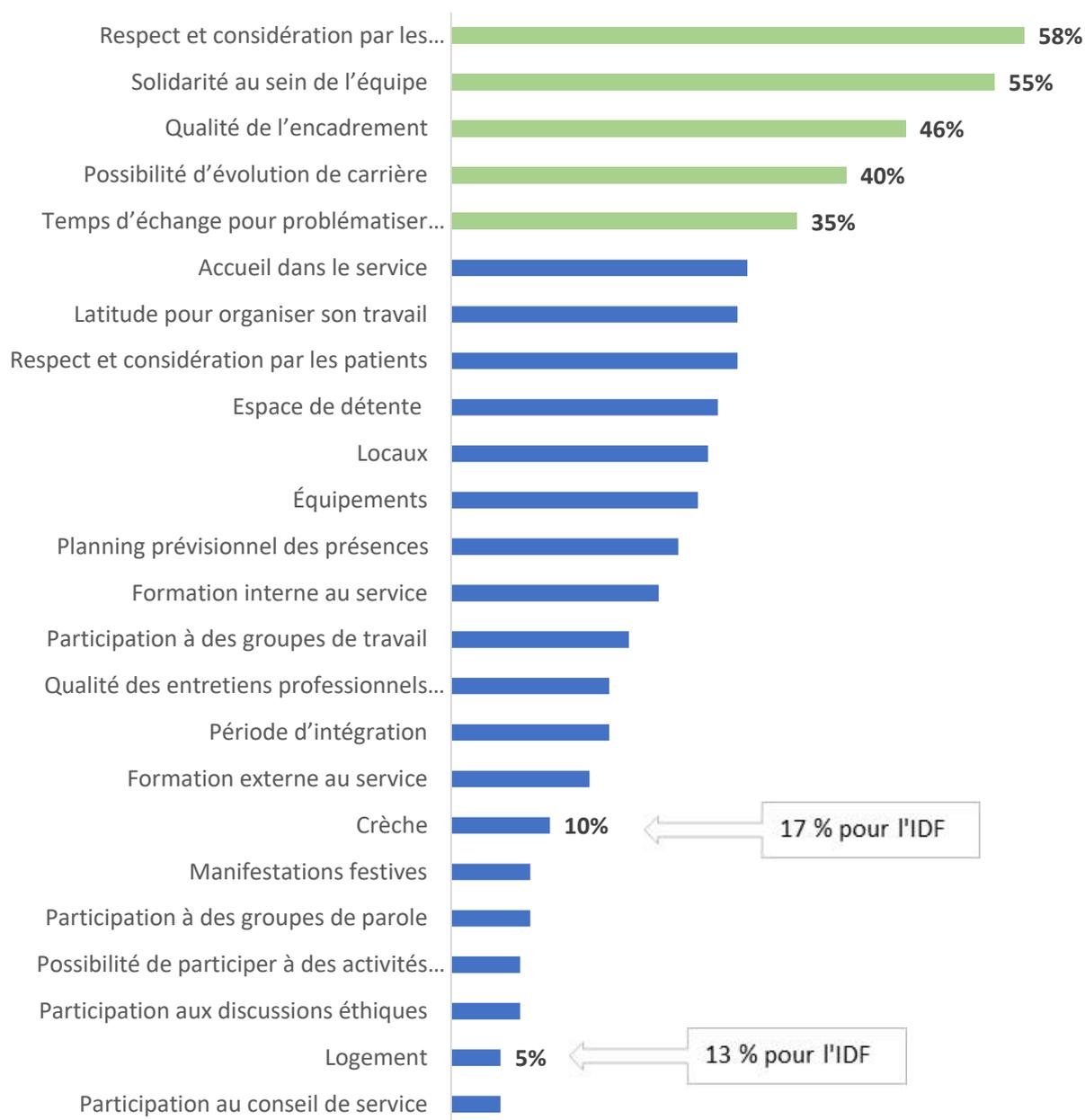
Leurs critères d'attractivité

Quels seraient vos critères d'attractivité de votre métier ?



Leurs critères de qualité de vie au travail

Quels sont vos 5 critères primordiaux de qualité de vie au travail ?



Des bouleversements et des désillusions

Les répondants disent à 74 % avoir l'impression d'une transformation majeure de l'exercice de leur métier, tandis que 46 % considèrent que leur métier ne correspond plus à leurs attentes, entre l'idée qu'ils se faisaient de leur métier et la réalité de leur quotidien.

La place de l'éthique à renforcer

40 % des répondants ne sont pas informés de la tenue de réunions éthiques dans leur établissement et quand ils le sont, ils y participent très faiblement.

CONSTATS

Le nombre de réponses à l'enquête est en soi un indicateur qui traduit le besoin collectif d'exprimer son ressenti dans un contexte de crise. Et les résultats de l'enquête nous amènent à un diagnostic partagé. D'un côté, les professionnels de santé sont fiers de leur métier et ils ont un sentiment d'utilité, malgré le stress ressenti. Dans le même temps, tandis que s'exprime le malaise des cadres mais aussi des professionnels en mission de management (médecins, directeurs), les jeunes professionnels de santé ont de fortes aspirations souvent bien différentes de leurs aînés.

Les problèmes d'attractivité et de stress au travail sont récurrents, avec un paradoxe entre :

- **Les attentes sur la qualité et la sécurité des patients et les ressources disponibles**
- **L'exigence de soins de qualité et la possibilité pour chaque professionnel de bien pratiquer les soins** (sentiment de ne pas exercer son métier de manière satisfaisante, de ne pas pouvoir dispenser des soins de qualité, d'être mal traité faute de temps pour prendre soin au plan relationnel...), raison pour laquelle exercer le métier de soignant est recommandé à seulement 50 % dans l'enquête.

De surcroît, vient s'ajouter le sentiment de ne pas répondre de manière satisfaisante à la demande légitime des patients et de soigner en qualité : être pris en charge dans des délais courts (risque de perte de chance) avec attention (sentiment de ne pas pouvoir agir avec bienveillance). La situation actuelle des urgences hospitalières illustre les difficultés de fonctionnement et contribue au mal-être des équipes.

La situation actuelle résulte de 20 années de politiques publiques davantage centrées sur la politique budgétaire et pas assez de politique de santé, où l'on a privilégié une vision comptable plutôt qu'une vision du soin. L'organisation interne en pôles a donné le sentiment d'un éloignement du terrain. C'était déjà le constat de la mission conduite par le Pr Olivier Claris et dont les propositions ont inspiré la loi Rist d'avril 2021 qui visait à refonder l'organisation interne et qui est très peu mise en œuvre.

Enfin, l'organisation des établissements de santé en GHT, soutenue par la FHF, a démontré son efficacité, notamment pendant la crise sanitaire, mais a induit des questionnements en termes de reconnaissance entre les établissements membres et les équipes qui constituent le maillage territorial du système de soins.

Comment sortir collectivement de la crise ?

Des opportunités s'offrent aux professionnels de santé et pour contribuer à les saisir, le comité éthique a élaboré modestement quelques pistes de réflexions. Il a souhaité privilégier des recommandations pragmatiques dont certaines peu coûteuses font appel à la valorisation des relations humaines : *favoriser le management en circuit court, recourir à l'innovation managériale, partager davantage les informations ou privilégier des établissements à taille humaine*. Bien entendu, sans que cela relève de l'objet du présent avis du Comité d'éthique, une réorientation de la politique nationale de santé paraît plus largement nécessaire pour rééquilibrer les attentes, adapter la contrainte budgétaire et répondre aux besoins de prises en charge.

Les propositions s'articulent autour de 3 axes :

- I. **Des leviers territoriaux** : ce que peuvent entreprendre les établissements publics de santé depuis et sur leur territoire de santé
- II. **Des leviers systémiques** : comment valoriser les ressources du système de soins, ses richesses relationnelles et de prendre la mesure de la transformation numérique qu'il traverse ?
- III. **Des leviers politiques** : ce que peuvent amorcer les pouvoirs publics, comme des mesures salariales et statutaires, des plans nationaux ou encore les propositions issues des travaux du Conseil national de la refondation (CNR) santé.

Sur ce dernier axe, le discours du Président de la République devant les hospitaliers du centre hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes ouvre, nous l'espérons, des perspectives à venir.

RECOMMANDATIONS

I - LEVIERS TERRITORIAUX

Accorder aux professionnels de santé l'autonomie et la liberté nécessaires à leur action médicale ou de soins est important à considérer lorsqu'il est question de prendre soin de professions donneuses de soins et dont les difficultés témoignent d'une certaine impuissance à continuer de donner. Afin de remédier à cette attrition de la conduite soignante, il importe de décliner au sein du territoire, depuis le niveau local du bassin de population jusqu'à l'échelle régionale, ce qui fait sens et restaure la valeur de l'engagement soignant :

1. REDONNER DU SENS À CHACUN POUR TOUS

- **Renforcer les valeurs au cœur du management** en se donnant les moyens de ces valeurs en pratique : l'engagement, le service, le service public, le prendre soin, l'accompagnement, l'écoute...
- **Donner plus d'importance à l'humain** : la richesse de l'hôpital est dans ses ressources humaines, la prise en charge de la personne avec humanité ; l'humain est une valeur éthique fondamentale partagée qui donne sens à tous.
- **Travailler davantage ensemble et promouvoir le travail en équipe** : l'hôpital fait partie d'un système de soin, d'un groupe d'acteurs au niveau territorial qui constituent ensemble l'offre de soins sanitaire et médico-sociale (GHT, PTSM, GCS, GCMS...); il est aussi un ensemble de ressources (services, spécialités) au service de la santé de la population (principe de responsabilité populationnelle).
- **Renforcer la solidarité** : financement, solidarité et coopération entre les effecteurs (ville/hôpital/médico-social/acteurs du maintien à domicile...).
- **Mieux intégrer les aspirations individuelles dans un collectif de travail.**
- **Maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée** en complément de la qualité de vie au travail pour obtenir l'adhésion des acteurs de terrain.
- **Questionner le rapport au travail et permettre à chacun de retrouver ce qui fait sens pour lui.** Décider individuellement d'avoir un travail en phase avec qui l'on est, avec ses propres valeurs comme base pour s'accomplir personnellement et professionnellement. Le rapport au travail a évolué, *on ne donne plus du sens pour d'autres mais « Je » donne du sens à « Mon » travail avec d'autres. Le « Je » a remplacé le « Nous ».*
- **Déculpabiliser les soignants vis-à-vis d'une dégradation de la prise en charge des patients alors qu'ils sont porteurs de valeurs et contribuent à réduire les conséquences de la réduction de l'offre de soins (fermeture de lits, déprogrammation, ...)**
- **Tirer toutes les leçons de la crise Covid** : réactivité, décloisonnement, travail en équipe, coopérations... Il faut nous appuyer sur cette expérience pour prolonger ce qui a fonctionné et dans laquelle chacun a trouvé du sens. Dans cette situation exceptionnelle les uns et les autres étaient sortis de certaines postures institutionnelles et de leurs activités en silos.

2. PRENDRE DAVANTAGE SOIN DES ÉQUIPES

- **Bien accueillir – poursuivre et renforcer l'intégration des professionnels à travers les fondamentaux**
 - **Investir sur l'avenir en accueillant et intégrant les nouveaux arrivants** (réunion et livret d'accueil, objectifs de la période d'intégration).
 - **Créer l'appartenance au groupe** (unité, service, pôle, établissement).
 - **Accueillir et encadrer les stagiaires, étudiants, externes/internes** et transmettre.
 - **Accueillir, tutorer les nouveaux personnels** : parcours individualisés, prendre soin.

- **Retrouver le temps et l'échange**
 - **Aménager plus de temps d'échanges au sein du service**, d'une part, entre les équipes (augmenter le temps de transmission) et d'autre part, entre les professionnels (visites communes : médecins, infirmier(e)s, cadres et réunions d'équipes : réunion-bilan éthique, RMM, CREX, groupe de paroles, analyses de pratiques). Ne pas laisser les personnels seuls devant la difficulté surtout sur les situations épineuses, les cas complexes.
 - **Aménager des temps inter disciplinaires, intra et interservices** : apprendre à connaître les autres, créer et renforcer les liens.
 - **Travailler en équipe** : prendre la pause à plusieurs pour se poser et travailler ensemble en convivialité, restaurer des temps de transmission et autoriser des temps et espaces de lâcher prise (« micro-sieste émotionnelle »)
 - **Analyser les pratiques professionnelles** : former les équipes à l'analyse des pratiques et leur permettre d'en faire régulièrement. On s'améliore mieux ensemble.

- **Savoir écouter**
 - **Ecouter individuellement et collectivement le plus possible**
 - **Organiser le soutien individuel** (social, psychique) et collectif (groupes de parole, RETEX...).
 - **Réhumaniser les relations professionnelles** : moins de mails / plus d'échanges verbaux, moins de visioconférences / plus de présentiel – plus on se parle, plus on se fait confiance.
 - **Refaire une place au dialogue régulier** sur le travail de tous les jours (réunions de services, transmissions orales et pas seulement informatiques...).
 - **Préserver les temps de dialogue avec de la qualité d'écoute** sur ce qu'il se fait réellement dans le service. Il y a une menace de rétractation des temps collectifs et d'éloignement des managers (cadres, médecins et directeurs). Les équipes expriment le besoin que les managers soient en proximité, au cœur de l'action. Connaître le travail est aussi un acte de valorisation et de reconnaissance des équipes et des managers.
 - **Développer les temps et les espaces de réflexion éthique** : planifier des staffs éthiques réguliers au sein des équipes pour évoquer des situations cliniques, des groupes de réflexion à l'attention des équipes d'encadrement et direction/éthique et management.
 - **Porter une attention particulière aux jeunes générations** en particulier les 25 - 35 ans. Cette génération n'a pas les mêmes attentes que les plus anciennes. Beaucoup plus mobile, elle est moins en attente de stabilité. Elle revendique une priorité à une qualité de vie personnelle, parfois difficilement compatible avec les règles de permanence et continuité des soins. C'est aussi une génération qui porte de l'intérêt à la relation humaine et aux émotions. Elle est parfois définie par une succession de temps courts qui s'enchaînent alors que le système hospitalier est plutôt sur du temps long. L'attractivité d'un poste passe par l'envie de s'y

épanouir, donc par la séduction et l'expression plus marquée de sentiments (on a besoin de vous, vous êtes précieux pour la société ...). Le management va devoir évoluer vers plus de souplesse, d'agilité pour limiter les contraintes du travail sur l'organisation de la vie personnelle des professionnels. C'est une inversion du paradigme des générations précédentes pour lesquelles le travail passe avant la vie personnelle. Au fond, c'est aussi une demande qui se généralise depuis la crise sanitaire.

- **Veiller à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée** (mieux anticiper les plannings, réduire l'incertitude professionnelle, éviter les rappels sur congés...).

- **Mettre en œuvre une Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT)**

- **Promouvoir des politiques et des plans d'actions ambitieux pour la QVCT.** La qualité de vie au travail contribue à la qualité des soins ; pas de qualité des soins sans qualité de vie au travail.
- **Réévaluer les référentiels d'organisation des soins par lit ouvert** selon les activités avec des référentiels partagés.
- **Adapter les postes de travail** (évaluation, amélioration et ergonomie).
- **Planifier** quand c'est possible **des plannings de travail choisis par les équipes** ; une meilleure gestion des temps de travail permet de mieux respecter la vie personnelle.
- **Respecter le droit à la déconnexion** pour tous.
- **Soutenir l'accès au logement ou aux crèches d'établissement, faciliter la mobilité** (mise à disposition de vélos) pour améliorer le quotidien des professionnels.

3. MIEUX VALORISER LES PROFESSIONNELS

- **Soutenir les talents** (soutien aux innovations, aux parcours professionnels valorisants, à la recherche infirmière, à l'accompagnement par la formation, à l'accès à des formations diplômantes...).
- **Promouvoir des nouveaux métiers (recourir aux infirmier(e)s de parcours, de pratiques avancées, de logisticiens) et de nouvelles organisations de travail plus autonomes** (délégations de tâches, délégation de gestion...).
- **Accompagner l'évolution des métiers et le déroulement des carrières.**
- **Promouvoir la « formation action ».**
 - **Les formations in situ, permettent de mobiliser des expertises locales, de valoriser les intervenants**
 - **L'organisation pratique suppose de pouvoir dégager du temps de formation. Des réunions d'une heure sont probablement plus pertinentes que des journées entières de formation**
- **Rappeler l'importance du management** (du top management au management de proximité, directions/médecins/cadres), en donnant aux managers les formations utiles à leurs fonctions - notamment en termes de formation à l'éthique).
- **Travailler sur la valorisation de l'humain en valorisant le travail de chacun.** Insister sur la contribution de tous à la qualité des soins. Nul ne peut s'exonérer de sa responsabilité ; sachons être digne de la confiance que les patients nous accordent. Chacun est essentiel dans la chaîne hospitalière - quelle que soit la fonction, chacun est complémentaire des autres (le chirurgien n'opère pas tout seul, le brancardier est indispensable comme l'ASH, l'administration est au service des unités de soins, la logistique et les techniques assurent l'opérationnalité de l'hôpital

365 jours par an...). L'organisation hospitalière est comme un orchestre, chacun joue de son instrument mais la partition est commune.

- **Renforcer le management participatif.** Les étapes pour obtenir l'adhésion au projet commence par le « penser ensemble » en intégrant les idées de chacun. Si ce processus participatif ne fonctionne pas bien ou en situation d'urgence, il convient que le manager explique aux équipes les enjeux et à défaut prenne les décisions. Cette stratégie graduée contribue à la réussite des projets, valorise les acteurs et fédère les équipes. Un guide spécifique sur ce point sera prochainement proposé par la FHF.
- **Favoriser un climat de travail bienveillant** valorisant les initiatives locales et l'investissement au service des patients.

4. TRAVAILLER LA COHÉSION POUR ATTEINDRE LA COHÉRENCE

- **Définir une organisation commune, stable** (pas de changement de pied incessant), **adaptée** (aux spécificités du terrain, aux enjeux), **connue de chacun.**
- **Créer un espace d'actions connu de tous.** Il faut des repères, du temps dévolu à l'action (temps de réunion court mais répété) et des règles partagées.
- **Permettre l'expression de chacun** et le recueil régulier des attentes et besoins.
- **Programmer des séminaires d'équipe, journées d'étude...**
- **Favoriser un climat de confiance, de respect mutuel, où chacun peut s'autoriser à s'exprimer** ou à être qui il est parce qu'il se sent protégé par le groupe et sa hiérarchie.

5. CHANGER LE MANAGEMENT

- **Replacer l'encadrement davantage sur le terrain,** dans le soin, moins dans l'administration/la gestion/le reporting (le reporting tue le management, effet délétère des PREF : on passe du temps en reportings plus qu'en actions).
- **Faire confiance au terrain et aux initiatives.** Laisser plus d'autonomie, mais renforcer l'évaluation autant quantitative que qualitative, développer les outils pour y arriver, passer du contrôle à l'évaluation.
- **Organiser et animer le travail en équipe.**
- **Faire travailler ensemble les communautés,** médecins, soignants, direction, sur des objectifs partagés, des décisions élaborées de manière plus consensuelle et concertée (pendant la crise de la Covid, le management a été plus décloisonné, plus participatif, plus mobilisateur, plus fédératif).
- **Gérer collectivement l'incertitude** avec la contribution du manager comme guide de la réflexion. L'incertitude fait partie intégrante de la pratique des soignants. Elle peut générer de l'inquiétude, voire de l'angoisse et donc contribuer au mal-être. L'acceptation de cette incertitude fait partie intégrante de la vie professionnelle des soignants, en revanche, seul le travail collectif avec des échanges d'informations est de nature à réduire les conséquences de cette incertitude.
- **Capitaliser sur les organisations mises en place pendant la crise Covid,** mobilisation de tous, réactivité, prises en compte des demandes de terrain et approche collective.

II - LEVIERS SYSTÉMIQUES

Assumer un changement de modèle pour les professionnels de santé implique de considérer plus avant le système de soins et notamment de prendre la mesure de la transformation numérique qu'il traverse. Cette mutation implique d'être pensée de concert avec l'approfondissement de la réflexion soignante afin que soit respectée l'exigence de plus d'éthique quand est requis plus de technique. Des soignants humanistes compétents sauront mettre leurs talents au service de l'utilisateur dans une perspective éthique et permettre au numérique d'être un outil supplémentaire d'alliance thérapeutique contre la maladie.

1. PLACER L'USAGER AU CENTRE

- **Encourager la communication entre le patient, son entourage et l'équipe** soignante (information, consentement, accompagnement).
- **Impliquer les résident(e)s d'EHPAD dans les choix d'organisation.**
- **Ecouter activement le patient : ses besoins, ses attentes, son expérience.**
- **Prendre soin des équipes pour prendre soin des patients.**
- **Considérer les patients experts, pairs aidants et médiateurs en santé.**
- **Prendre en compte la mesure de l'expérience patient.**
- **Intégrer la responsabilité populationnelle** comme nouvelle approche politique au niveau du projet médico-soignant partagé de territoire.
- **Diffuser les bonnes pratiques** : création d'une commission des usagers des enfants à l'instar de celle créée au CHU de Reims en novembre 2022.
- **Faciliter des temps de rencontre entre usagers et soignants par l'intermédiaire de Journées Accueil et éthique** au sein des établissements de santé avec l'aide des comités éthiques et des espaces de réflexion éthique régionaux ou locaux.

2. RENFORCER LES VALEURS ÉTHIQUES DE L'HÔPITAL

- **Valoriser tous les secteurs et toutes les catégories professionnelles de l'hôpital et des établissements médico-sociaux.** Chacun, quelle que soit sa fonction, son grade, son métier, contribue à l'offre de soins et à sa qualité.
- **Promouvoir l'écoute bienveillante et attentive.** Les temps d'écoute et d'échange doivent être intégrés au soin et contribuer à l'humanisation des relations soignants/soignés.
- **Tous corps professionnels contribuent à la prise en charge du malade et de ses proches.**
Promouvoir la reconnaissance de la Validation des acquis de l'expérience (VAE) afin de permettre des évolutions de carrières pour donner autant d'importance à l'expérience qu'aux diplômes. Faire reconnaître pleinement les activités et les compétences professionnelles dans le cadre des fonctions pour une mise en cohérence avec la fiche de poste et le niveau de responsabilité ; encourager la reconnaissance et l'évolution des parcours professionnels.
- **Organiser une Journée régionale de débat sur l'éthique des organisations des établissements de santé que les espaces éthiques régionaux et les cercles éthiques locaux pourraient, là encore, avec les ARS, mener à bien.**

3. PRENDRE LE VIRAGE NUMÉRIQUE

- **Solliciter d'avantage les ARS afin qu'elles contribuent à la réflexion éthique sur le numérique en santé et le déploiement de l'intelligence artificielle dans le domaine du soin.**
- **Numériser pour alléger les tâches**, faciliter les échanges et le partage de données.
- **Améliorer les conditions techniques** (locaux, équipements, outils informatiques, outils de communication).
- **Renforcer le socle technologique** (télémédecine, domotique, robotique).
- **Mettre en place les conditions favorables d'une alliance thérapeutique digitale dans la relation de soins.**
- Outre les apports du numérique pour soulager les tâches, **fluidifier le traitement et les échanges d'information**, n'oublions pas l'importance des locaux et des équipements : disposer de locaux de travail agréables, rénovés ou entretenus, adaptés et sécurisants, des équipements utiles au bon moment au bon endroit, des dispositifs ergonomiques, etc... concourt à l'amélioration des conditions de travail et au ressenti positif des professionnels en termes aussi bien de reconnaissance de leurs besoins, de considération pour leurs conditions d'exercice que de facilitations dans la réalisation des activités et la qualité des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

4. ASSUMER L'INCERTITUDE ET NOTRE RAPPORT AU TEMPS SOIGNANT

- **Accorder plus de temps d'échange pour problématiser les conditions de travail des soignants.** Sans même qu'existe une période de crise sanitaire, l'incertitude est également liée au bouleversement de notre rapport au temps, à la souffrance temporelle générée par un événement qui dure et régulièrement marqué par l'étreinte temporelle de l'urgence. C'est donc déjà l'épreuve quotidienne des soignants lorsqu'ils font l'expérience d'un hôpital en surchauffe, que des malades attendent sur leurs brancards aux urgences sans perspective d'hospitalisation à court terme, que la réanimation est pleine, faisant craindre, dès que la saturation de ses lits dépasse 95%, le recours aux déprogrammations... Ces situations affectent massivement les soignants qui ont dès lors besoin de retrouver un centre de gravité dans leur vie professionnelle et d'ancrage éthique dans leurs pratiques, ce qui implique de leur accorder plus de temps d'échange pour problématiser leurs conditions de travail.

5. RÉINSSUFLER UN RÉCIT SOIGNANT À LA HAUTEUR DES ENJEUX DE SOCIÉTÉ

- **Revenir à l'échelle des services.** Tel que le précise Ricoeur, le temps devient temps humain dans la mesure où il est articulé sur un mode narratif par la médiation des signes, des symboles, des textes et, parmi eux, des récits. Or, la gestion de la crise sanitaire a conduit à un carambolage narratif en partie mu par la multiplicité de l'information et des consignes changeantes. **Il importe aujourd'hui de réinsuffler un récit hospitalier qui fasse la part d'une vraie hospitalité pour la vulnérabilité des malades et la détresse des soignants. Revenir à l'échelle des services revient à mieux entendre la parole de ceux qui les composent.** Cela est d'ailleurs une des conclusions de l'enquête ci-dessus présentée, les principales revendications arrivant en tête étant toutes (respect et considération par les supérieurs, solidarité dans l'équipe, qualité de l'encadrement...) en lien avec le niveau du service. Tout n'est pas soluble dans le pôle, dont la politique déclinée sur un mode surplombant a alors tendance à « geler » la motivation des acteurs de terrain.

III - LEVIERS POLITIQUES

Le caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de société éthiques que la gouvernance hospitalière actuelle réceptionnera d'autant mieux que des prises de position publiques acteront au plan national l'aberration d'une seule justice comptable. Les bénéfices des productions soignantes pour la collectivité ne peuvent pas se résumer aux actes cotés par la T2A effectués par les professionnels, a fortiori lorsqu'existe une confusion entre évaluation et cotation. Cela ne participe pas d'une interdépendance sanitaire entre établissements alors même que les établissements travaillent de plus en plus sous le mode des groupements hospitaliers de territoire ou en étroite connexion les uns avec les autres.

La dimension éthique de ces modes de décisions, les transferts sanitaires observés d'une région à l'autre lors de la période Covid ou encore les meilleures articulations entre le secteur sanitaire et médicosocial impliquent que soient identifiées les compétence relationnelle et coopérative, celle de prévention, celle de coordination des parcours complexes, celles de poursuite des objectifs de santé publique..., dans les méthodes d'évaluation dont elle devrait être partie intégrante. Une pratique d'évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement serait dommageable, outre qu'il n'est pas réaliste d'abandonner la qualité au profit de la quantité.

L'hôpital public est le lieu où la part des recettes reposant sur la T2A est la plus faible (environ 50%). Pour autant, à l'hôpital comme ailleurs, la T2A et, surtout, l'usage qui en a été fait par les pouvoirs publics d'outil au service d'une politique d'économies, a pu concourir à la dévalorisation de la dimension éthique du soin.

S'agissant des choix politiques, et dans le contexte de la démocratie en santé, une gouvernance médico-administrative demeure adaptée, qui doit donner plus de place au patient.

Il importe donc de :

1. **REDONNER DU SENS À LA DÉCISION PUBLIQUE / POLITIQUE**
 - Mobiliser les politiques publiques en faveur d'une politique de santé publique au bénéfice de l'amélioration de la santé de patient.
 - Changer la valeur première qui fonde la décision des pouvoirs publics : le soin / la santé publique – pas la dépense ou l'économie (même si nul ne peut ignorer l'impact de toute politique de santé sur les comptes publics et la dette sociale compte tenu du système de financement de la santé).
2. **RÉAFFIRMER LA LOGIQUE DE SOINS COMME PRÉVALENTE SUR LA LOGIQUE COMPTABLE**
 - Regarder les structures comptables comme des outils et non comme des finalités.
 - Sortir du tout T2A, qui privilégie davantage les actes techniques et pas assez les actes relationnels, ni la réflexion éthique, et dont l'usage par les pouvoir publics a contribué à dévoyer la notion de performance. Le financement de la prévention, des actes intellectuels, des temps de coordination et d'échange est essentiel et concerne nécessairement tous les acteurs du territoire, dans la mesure où il convient de se mettre au service du patient, et de son parcours.
3. **ENGAGER UN VÉRITABLE CHOC DE SIMPLIFICATION**
 - Simplifier les procédures pour améliorer le fonctionnement du système de santé.

CONCLUSIONS

Il faut réenchanter l'hôpital¹

En donnant du sens à ce qui y est fait. Une reconnaissance. Et ce à toutes les catégories socioprofessionnelles, car chacun contribue au bon fonctionnement de l'hôpital. Un établissement de santé, social ou médico-social, ce sont des relations humaines, du respect mutuel, des valeurs partagées, la possibilité d'avoir « voix au chapitre ». C'est être partie prenante des décisions prises.

L'organisation des temps de travail infirmiers semble un bon exemple en cela qu'il a conduit à réduire les temps de transmission inter-équipes. Quand une équipe de jour transmet une information à l'équipe de nuit, le temps manque. Or, ce qui fait la richesse des échanges entre professionnels, c'est notamment la parole. Quand les plannings ne permettent pas ce temps d'échanges, une frustration s'ensuit, mais aussi des pertes d'informations. En bout de chaîne, c'est le malade qui en pâtit. Les soignants culpabilisent tous les jours de céder sur leur désir d'un travail cohérent, c'est-à-dire d'un travail bien pensé, bien fait et bien partagé au sein d'une bonne cohésion d'équipe. Cette culpabilité quotidienne induit une souffrance éthique dommageable pour toutes et tous.

“ Il faut réenchanter
l'hôpital ”

A contrario, des équipes bien dans leur peau vont délivrer des soins de qualité. Se préoccuper du bien-être au travail des équipes de soins amène, indirectement, à se préoccuper de la qualité des soins délivrée aux patients.

L'autre message est que les temps d'échanges sont nécessaires entre soignants, mais aussi entre les professionnels, les malades et leurs familles. On rejoint là les éléments de consentement aux soins, d'éducation thérapeutique, du « comment être acteur de sa prise en charge ». Tout cela demande du temps mais contribue à la richesse professionnelle : ce qui fait la qualité du travail à l'hôpital, c'est l'humain. Dans la fonction du soignant, ce qui apparaît fondamental est le travail en équipe impliquant les malades et leurs familles. Il s'agit là, encore une fois, d'une préoccupation humaine.

Les personnes qui travaillent bien ont besoin qu'on le leur dise. Il faut savoir dire bravo aux soignants. Nous devons aussi parvenir à enclencher une dynamique positive. Il convient de véhiculer des messages positifs concernant l'hôpital public. Certes, le contexte est difficile. Mais nous devons travailler à rebondir, car les déterminants du choix qui conduisent à travailler à l'hôpital sont évidents.

Les professionnels de santé et tous ceux qui travaillent à l'hôpital exercent un métier extraordinaire : un métier humain, de relation, technique, à objectif éthique. Rares sont les métiers qui proposent tout cela.

¹ Cf : Interview du Pr Bertrand Guidet - Revue hospitalière de France # 609 Novembre - Décembre 2022

Cet avis résulte d'un travail collaboratif du **Comité éthique de la FHF**.

L'introduction a été confiée à Emmanuèle Jeandet-Mengual et Clément Tarantini, les constats et les recommandations à Pascal Forcioli, Marc Bordier et au Dr Cyril Hazif-Thomas, l'aide à la rédaction, l'élaboration de l'avis et la diffusion de l'enquête à Isabelle Agez.

Pr Bertrand Guidet - Président du Comité éthique FHF, Chef de service de médecine intensive réanimation, hôpital Saint-Antoine, Membre de l'Académie nationale de Médecine, Paris

Pascale Altier - Directrice VBO Consulting, représentante d'usagers, patiente-experte, membre du comité déontologie, éthique, démocratie sanitaire INCa

Marc Bordier - Directeur des soins, Groupe hospitalier du Havre

Yvanie Caillé - Fondatrice de l'association RENALOO, membre du CCNE

Chantal Cateau - Membre du Conseil d'administration FHF, représentante des usagers, association LE LIEN, France Assos Santé

Marie Citrini - représentante d'usagers, enseignante de la perspective patient du Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Paris-Nord, AP-HP

Dominique De Wilde - Inspectrice générale des affaires sociales (IGAS) Ministère de la santé

Claude Finkelstein - Présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

Pascal Forcioli - Directeur général de l'EPSM de Vendée centre hospitalier Georges Mazurelle, La Roche-sur-Yon

Patrick Genre - Maire de Pontarlier, Vice-Président FHF et Président de la commission Parcours de santé et de vie, prévention, accès aux soins et territoires FHF

Dr Cyril Hazif-Thomas - Médecin Psychiatre, spécialiste de la personne âgée, CHRU de Brest, directeur de l'espace éthique régional de Bretagne (EREB)

Emmanuèle Jeandet-Mengual - Membre Conseil d'administration FHF et de l'Espace de réflexion éthique de Normandie (EREN)

Émilie Legrand - Maîtresse de conférences en sociologie, Département Carrières Sociales/IUT Le Havre Normandie

Bénédicte Lombart - Cadre de santé, Infirmière, CSS, Coordinatrice paramédicale de la recherche en soins, PhD en philosophie pratique

Clément Tarantini – Anthropologue, Postdoctorant, Institut Pasteur/CeRIS, CESP U1018, Inserm/Paris-Saclay

Julia Tinland - philosophe (Chaire Démocratie en santé et engagement des personnes concernées par le cancer Équipe CanBIOS, UMR SESSTIM, Aix-Marseille Université)

Bruno Tournevache - Directeur du CHI du Pays du Revermont Salins-les-Bains

Isabelle Agez - Coordinatrice du comité éthique - Chargée de mission auprès du pôle OFFRES et du Conseiller stratégie, FHF



Fédération hospitalière de France
1bis rue cabanis 75014 Paris
www.fhf.fr

