

LE PRIX

ANFH,

Une Fonction
publique hospitalière
à la pointe

Une santé publique
plus humaine
et ouverte à tous

15 ANS DE

FORMATIONS

AU CŒUR

DES

Prendre soin de soi
pour mieux soigner
les autres

Accompagner
le vieillissement
de la population

ENJEUX

DE SANTÉ

L'importance
de l'évolution
de carrière

PUBLIQUE

Éditorial

Le prix Anfh fête sa 15^e édition

Depuis la création du prix Anfh en 2008, plus de 70 actions de formation organisées au sein des établissements de la Fonction publique hospitalière ont été récompensées : innovantes, utiles, déclinables, elles mettent en lumière des sujets fondamentaux pour les personnels et leurs directions, et *in fine*, pour les patients et résidents accueillis.

Qu'il s'agisse de la montée en compétences des équipes, du bien-être au travail ou de la cohérence des parcours de soins proposés, de formations courtes ou longues et diplômantes, nous disposons aujourd'hui, grâce au prix, d'un panel remarquable d'actions inspirantes. Et parce que même les plus anciennes méritent d'être découvertes – ou redécouvertes –, nous avons souhaité, à l'occasion de cette quinzième édition, leur consacrer un support spécifique. Volontairement non exhaustif mais thématique, ce livret met en perspective une sélection d'actions lauréates et l'éclairage d'experts, qui reviennent sur les sujets forts que nous avons identifiés en parcourant les différents palmarès.

Pointant les problématiques sensibles, la parole de ces éclaireurs montre – mais fallait-il en douter ? – l'étendue des besoins de formation dans la FPH. De quoi alimenter aisément les quinze prochaines années du prix Anfh !

Sommaire

#1 Une Fonction publique hospitalière à la pointe

Entretien avec **Patrick Castel**,
sociologue des organisations à
Sciences Po Paris au Centre de
sociologie des organisations,
spécialiste des questions de santé
P. 6

Maîtriser les techniques
et leurs innovations
P. 10

Optimiser les pratiques
pour une meilleure fluidité
du travail
P. 11

#2 Une santé publique plus humaine et ouverte à tous

Entretien avec **Myriam Winance**,
sociologue spécialisée sur le
handicap, chargée de recherche à
l'Inserm et rattachée au Cermes
P. 12

Humaniser les pratiques
P. 16

Être préparé à accueillir
les différences
P. 17

#3 Prendre soin de soi pour mieux soigner les autres

Entretien avec **Éliane Rothier
Bautzer**, maîtresse de conférences
à l'Université Paris Cité et
responsable du séminaire à l'EHESS
« sociologie des parcours de soins »
P. 18

Se préserver
individuellement
P. 22

Être plus soudés
collectivement
P. 23

#4 Accompagner le vieillissement de la population

Entretien avec **Iris Loffeier**,
sociologue spécialisée sur le
vieillissement, qui coordonne
le projet Pédagogisation
de la prise en charge des
personnes âgées à HESAV
P. 24

Des patients particuliers,
des gestes adaptés
P. 28

Motiver et fidéliser
les soignants en gériatrie
P. 29

#5 L'importance de l'évolution de carrière

Entretien avec **Anne-Marie
Arborio**, maîtresse de conférences
en sociologie à l'université d'Aix-
Marseille et chercheuse au labora-
toire d'économie et de sociologie
du travail (LEST)
P. 30

Former, qualifier
et valoriser
P. 34

Le pouvoir de la transmission
P. 35

Introduction

Poser un regard éclairé sur la formation et ses enjeux

Les actions distinguées par le prix Anfh depuis quinze ans répondent de façon pertinente à des besoins récurrents ou émergents en matière de compétences, de savoir-faire et de savoir-être. Ces besoins sont le reflet de problématiques rencontrées dans les établissements pour assurer au mieux la prise en charge des patients et résidents, problématiques qui renvoient à leur tour à des évolutions profondes qui traversent notre société. Car les établissements sanitaires et médico-sociaux cristallisent de nombreux défis sociaux et les formations proposées par l'Anfh sont des outils idoines, si ce n'est pour les résoudre, du moins pour les adoucir.

À l'heure où la FPH est traversée par des défis de recrutement, de fidélisation et d'adaptation au monde post-Covid-19, quoi de mieux que de prendre du recul en remontant le fil des quinze années écoulées pour en tirer des leçons d'avenir? Pour remonter ce fil d'Ariane, nous avons voulu donner la parole à cinq spécialistes, cinq « éclaireurs » à même de donner du sens aux cinq thématiques qui ressortent des formations primées depuis 15 ans : « Une Fonction publique hospitalière à la pointe », « Une santé publique plus humaine et ouverte à tous », « Prendre soin de soi pour mieux soigner les autres », « Accompagner le vieillissement de la population » et « L'importance de l'évolution de carrière ».

Chacun de ces penseurs dispose d'une expérience de recherche reconnue sur les thématiques explorées dans ce livret. Ils croisent avec brio leurs connaissances théoriques avec les cas d'étude tirés de leurs enquêtes de terrain. Leurs analyses ne visent pas à épuiser les questions soulevées par les cinq thématiques ; elles se veulent plutôt des pistes de réflexion pour permettre aux personnels et à leurs directions de prendre

du recul sur les pratiques actuelles et, peut-être, pour inspirer des évolutions futures ! Ainsi, Patrick Castel, sociologue des organisations à Sciences Po Paris, s'appuie sur ses recherches sur les services de cancérologie pour évoquer la question de l'innovation technologique au sein de la FPH. Pas de doute, dit-il, l'innovation doit toujours aller de pair avec une formation du personnel soignant.

Pour tendre vers une FPH plus humaine, Myriam Winance, chargée de recherche à l'Inserm et spécialiste de la question du handicap, revient sur l'importance des mots et ce qu'ils peuvent charrier comme améliorations possibles dans les gestes et les attentions des agents face aux patients.

Maîtresse de conférences à l'Université Paris Cité en sociologie des parcours de soins, Éliane Rothier Bautzer insiste sur un point : s'il faut prendre soin de soi pour mieux soigner les autres, il est bon que cette réflexion se fasse en collectif.

Les personnes âgées ont le droit à l'amélioration, souligne Iris Loffeier, sociologue spécialisée sur le vieillissement à la Haute école de santé Vaud (HESAV), qui rappelle l'importance des formations certifiantes pour les agents engagés auprès d'elles.

Enfin, pour continuer à attirer des talents dans les métiers en tension comme ceux d'aide-soignant et d'infirmier, Anne-Marie Arborio, maîtresse de conférences en sociologie à l'université d'Aix-Marseille rappelle que si l'évolution de carrière est fondamentale, l'évolution des conditions de travail est tout aussi importante.

Découvrez les regards de ces cinq chercheurs sur les grandes évolutions en cours dans la FPH, parsemés de coups de projecteur sur certaines actions de formation primées au cours des quinze dernières années par le prix Anfh.

Pour prolonger ces pistes de réflexions, l'Anfh vous propose de retrouver bientôt le podcast « Les éclaireurs » sur les plateformes d'écoute habituelles et sur le site Internet de l'Anfh.

Patrick Castel

sociologue des organisations à Sciences Po Paris
au Centre de sociologie des organisations,
spécialiste des questions de santé.



**« Il faut rompre
avec cette image
de l'innovation
qui serait le fait de
grands inventeurs
seuls dans leurs
laboratoires. »**

Une Fonction publique hospitalière à la pointe

Pour proposer des soins toujours plus adaptés aux besoins des patients, il y a l'innovation technologique... et la formation des personnels, maillon essentiel d'une FPH à la pointe.

La pandémie a accéléré l'innovation, mais celle-ci ne doit pas aller sans une réflexion sur les inégalités sociales de santé.

Qu'évoque pour vous la notion de Fonction publique hospitalière « à la pointe » ?

Ce terme est lié à l'orientation historique de la profession médicale, qui a beaucoup usé de l'innovation technologique comme un support de la reproduction de leur domination dans le système de santé. Il y a aussi l'intérêt intrinsèque de beaucoup de médecins qui veulent toujours innover. Là-dessus, s'est ajoutée une conception de l'action publique et du management qui a pris de plus en plus d'importance dans l'organisation de notre système de santé et qui, elle aussi, a mis l'accent sur l'innovation dans un contexte de concurrence entre établissements pour l'accès aux ressources et pour l'activité. L'innovation est conçue comme un élément central de compétitivité de l'établissement. Ce n'est pas un phénomène nouveau. Dès les années 1980-1990, des chercheurs ont montré que, aussi bien les directions d'hôpitaux que le corps médical se rejoignaient dans l'objectif commun d'avoir des plateaux techniques à la pointe dans un objectif de se distinguer des autres établissements dans la qualité des soins prodigués.

Outiller les établissements sanitaires et médico-sociaux pose des défis en termes de formation, d'organisation : comment s'assurer que les personnels de la FPH soient à même de maîtriser ces nouvelles technologies ?

On ne peut pas concevoir une innovation sans

son appropriation. Il faut rompre avec cette image de l'innovation qui serait le fait de grands inventeurs seuls dans leurs laboratoires. Non, c'est à la fois l'idée et la façon dont les professionnels de santé s'en emparent qui vont définir cette innovation. Leur appropriation n'est pas un écart face à l'idée d'origine : elle fait partie du processus même de l'innovation.

Des établissements à la pointe, c'est ce qu'évoque l'historienne de la médecine Ilana Löwy dans son ouvrage *Between bench and bedside*¹ (« Entre le laboratoire et le chevet du patient »). Elle explique qu'il ne faut pas séparer les concepteurs des idées innovantes des professionnels de santé, ni des usagers, qui sont eux aussi des innovateurs car ce sont eux qui vont faire vivre ces idées. Le rôle des agents est essentiel, car ils peuvent aussi freiner une innovation s'ils perçoivent qu'elle entre en concurrence avec leur mission première, le soin, ou qu'elle menace leur marge de manœuvre vis-à-vis d'autres patients. Toute innovation est susceptible de modifier l'organisation des hôpitaux et des services qui font intervenir des professionnels de santé. Dès lors, chaque acteur a son rôle à jouer.

Il peut y avoir des innovations organisationnelles, comme l'éducation thérapeutique, qui est une innovation dans l'accompagnement de la prise en charge. Ce sont des acteurs locaux qui l'ont développée et ont ensuite trouvé des alliés pour l'institutionnaliser, tels que des directions hospitalières.

1. Dans cet ouvrage publié en 1996, Ilana Löwy met en évidence l'apparition d'une culture de l'expérimentation clinique dans le traitement du cancer et analyse les collaborations entre chercheurs et cliniciens.

D'autres innovations sont plus descendantes : c'est le cas de la médecine personnalisée par exemple, qui nécessite de grands investissements par les établissements afin d'acheter des séquenceurs². Il faut également du personnel formé pour faire tourner ces séquenceurs et en analyser les données. Pour ce type d'innovations, un soutien d'emblée des directions et des ressources humaines est nécessaire.

Or ce type d'innovation peut perturber le fonctionnement des ressources humaines. Prenons un autre exemple : les projets de la recherche translationnelle³, soit la tendance à vouloir raccourcir la période entre la recherche fondamentale et son application. Il y a beaucoup d'investissements publics en ce sens, car on estime que beaucoup de problèmes de santé pourraient trouver une issue heureuse s'il y avait une plus grande collaboration entre chercheurs et professionnels de santé. Ces innovations sont donc légitimes et sont le fruit de nombreux appels d'offres, mais leur application implique une perturbation des services RH, avec beaucoup de contrats à gérer, des CDD, des contrats de missions courtes, etc. Ainsi, le fonctionnement de ces services de soutien peut être perturbé. Par ailleurs, leur mise en œuvre peut être problématique pour les professionnels de santé, car cela peut prendre du temps sur leur activité quotidienne de soin. Ils vont donc se poser des questions sur le temps à donner à ces innovations par rapport au temps imparti aux patients qui ne vont pas nécessairement en bénéficier. Ainsi, bien que tout le monde soit d'accord sur son intérêt théorique au départ, l'introduction d'innovations dans le système complexe que sont les établissements de santé et médico-sociaux perturbe la routine de la prise en charge des patients, et cela implique donc un véritable travail de la part de la direction des établissements et des services RH pour compenser ces perturbations.

Votre recherche porte en particulier sur la prise en charge des patients malades du cancer. Cette maladie demande un investissement lourd au niveau de la recherche thérapeutique. Mais vous insistez sur l'impor-

tance du jugement des soignants face aux patients : pourquoi cet aspect humain reste fondamental ?

Je vois deux lignes de tension. Dans le domaine de la cancérologie, les personnes les plus en situation de décider sur les questions d'innovation sont à la fois le management hospitalier (l'Institut national du cancer, le ministère de la Santé, la direction des établissements) et les médecins, notamment ceux qui sont les plus orientés vers la recherche. Or, d'autres acteurs peuvent émettre des réserves par rapport à cette course à l'innovation, dans la mesure où elle va privilégier le *cure* (soigner) sur le *care* (prendre soin), c'est-à-dire une version de la santé très orientée vers le traitement à tout prix. Cela peut passer par le développement de protocoles qui vont permettre de gagner quelques semaines de vie aux patients (et on l'espère, à terme, de faire de réels progrès), mais avec un coût élevé en termes de qualité de la fin de vie, et donc au détriment du *care*.

L'autre tension que je vois, c'est que le programme de recherche personnalisée se déroule dans un contexte où les représentants des patients sont assez absents. Ils n'ont pas l'influence que pouvaient avoir les associations de lutte contre le Sida quand on a commencé à développer les protocoles innovants dans les années 1980-1990, où c'étaient des vrais partenaires de recherche. On le voit aussi dans le cas des maladies rares. La médecine personnalisée en France reste pilotée par une logique très scientifique et médicale. La voix des patients est beaucoup moins prégnante.

La crise sanitaire a mis la Fonction publique hospitalière a rude épreuve. Mais la pandémie a aussi servi d'accélérateur, notamment au niveau de l'adoption de nouvelles technologies numériques. A-t-elle aussi provoqué des changements bénéfiques pour la FPH ?

La crise sanitaire a entraîné une accélération très forte de la télémédecine. Il y avait des velléités de l'expérimenter à grande échelle et de l'évaluer avant la pandémie, mais celle-ci a concrétisé ce développement. J'espère que l'avenir de la télémédecine va s'appuyer sur le

2. Un séquenceur de gènes est un appareil capable d'automatiser l'opération de séquençage de l'ADN.

3. La recherche translationnelle ou recherche de transfert, composante majeure de la recherche biomédicale, traduit les efforts à produire des applications concrètes à partir de connaissances fondamentales.

retour d'expérience de ces deux années de la part des professionnels, afin de mieux cerner son utilité sur certains aspects de prise en charge, mais aussi ses limites dans certains cas. Cela dépendra de la capacité des médecins et des autorités de régulation à en discuter.

Ce qui m'amène au point principal : il y a eu beaucoup d'innovations dans le sillage de la pandémie, mais on ne sait pas encore lesquelles vont perdurer.

Pour le moment, il y a eu beaucoup de retours d'expérience sur ces innovations, mais la plupart n'a pas été menée au travers d'une méthodologie très établie, ce qui aurait permis de les mutualiser entre les différents établissements sanitaires et médico-sociaux et d'arriver à une forme de généralisation. Dans beaucoup d'hôpitaux, les retours d'expérience ont été très limités, la tendance a plus été à faire remonter le vécu qu'à tirer des enseignements fondés sur une analyse approfondie. C'est évidemment très compréhensible, car d'une part, nous ne sommes pas encore sortis de la pandémie pour avoir le recul nécessaire, et de l'autre, le personnel des centres de soin a été en première ligne face à la pandémie et soumis à une charge de travail intense, ce qui rendait cette tâche difficile. Reste que certains hôpitaux en première ligne ont néanmoins investi dans cette démarche, ce qui sera bénéfique pour tirer des leçons de cette période extraordinaire dans l'après-Covid-19.

Les recherches en cours montrent d'ores et déjà qu'il y a eu des innovations autour de l'articulation ville-hôpital. La crise a eu tendance à accélérer ces relations, dans les endroits où elles lui préexistaient. À l'inverse, dans les endroits où il n'y avait pas d'embryon de relation, la crise n'a pas créé de conditions nouvelles pour établir cette collaboration.

L'autre élément est le numérique. La crise a acté le fait qu'il fallait mettre le paquet dans les expérimentations autour des outils numériques et de l'intelligence artificielle pour optimiser l'usage des blocs opératoires. Là encore, le problème est ancien, mais la pandémie a accéléré la prise de conscience qu'il fallait réfléchir à la façon de gérer collectivement ces blocs en situa-

« Le rôle des agents est essentiel, car ils peuvent aussi freiner une innovation s'ils perçoivent qu'elle entre en concurrence avec leur mission première, le soin. »

tion de ressources contraintes, ce qui a été le cas durant la pandémie, mais le sera aussi demain face à des déficits de ressources, l'accumulation des retards de prise en charge, etc.

Enfin, il y a des expérimentations pour développer des portails numériques afin de favoriser les échanges dématérialisés entre les patients et leurs médecins. La crise a accentué cette tendance, en compliquant la venue des patients dans les centres de soin. Cette tendance va demander un accompagnement des agents en termes de formation pour éviter ou du moins limiter la faillibilité des nouveaux systèmes d'information.

Quoi qu'il en soit, toutes ces possibles innovations devront s'accompagner d'une réflexion sur les inégalités sociales en matière de santé. La crise a rappelé à quel point elles étaient présentes. À mon sens, l'évaluation de toute innovation devrait comprendre un volet qui mesure la contribution de cette innovation à la possible réduction des inégalités... ou leur accroissement. On a vu que se reposer sur le tout-numérique pour l'accès aux vaccins (à travers les différentes plateformes de prises de rendez-vous), excluait de fait une partie de la population et que cela devait être accompagné par des stratégies plus proactives de la part des professionnels. ●



2012

«Simulation haute-fidélité pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque» (CHU de Chambéry).



© Baptiste Ligne / O'travivista



2021

«Hybridation des parcours de formation: une réponse aux besoins spécifiques Covid-19» (CHU Amiens-Picardie).



© Simusanté

FOCUS

Maîtriser les techniques et leurs innovations

Un établissement a besoin de présenter une offre de soins en phase avec les dernières innovations médicales. Que ce soit en termes de matériel ou de protocole de soins, la formation continue joue ici un rôle-clé, et de nombreuses actions sont régulièrement organisées pour la mise à jour des pratiques.

Primée en 2014, l'action «*Former des personnes habilitées à pratiquer des aspirations endotrachéales*» assurée par le service réanimation du CHU de Limoges (Haute-Vienne) à destination du personnel médical, mais aussi de l'entourage proche du patient, facilite le retour au domicile. En 2021, en pleine pandémie de Covid-19, c'est la «*Formation mixte sur la défaillance respiratoire*» mise en place par le GH de Brocéliande-Atlantique (Morbihan) qui est distinguée. On voit aussi l'apport de la simulation, de plus en plus perfectionnée, avec parfois des centres spécialisés adossés à des établissements, qui permet «à blanc» d'apprendre à se servir d'un matériel, d'effectuer les gestes qui sauvent et d'adopter les bons réflexes. On peut citer la

«*Simulation haute-fidélité pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque*» organisée en 2012 par le CHU de Chambéry (Savoie) pour ses équipes SMUR, ou la «*Simulation haute-fidélité pour la formation à la réanimation du nouveau-né*», menée par le CHU de Caen (Calvados) et primée l'année 2016. Ce thème a également été récompensé en 2022, avec la formation «*Simulation à la prise en charge des situations d'urgences vitales d'un nouveau-né en salle de naissance*», organisée par le CH de Béziers (Hérault), et également en 2021, avec l'action «*Hybridation des parcours de formation: une réponse aux besoins spécifiques Covid-19*», valant le Grand prix au CHU Amiens-Picardie.



2013

«Gestion pluridisciplinaire de la maladie de Parkinson» (CHU de Grenoble).



© Baptiste Lignel / Otrivista

FOCUS

Optimiser les pratiques pour une meilleure fluidité du travail

Maîtriser les savoir-faire et les technologies les plus récentes, c'est indispensable, mais dans un établissement, pour que cela « tourne bien » et que les prises en charge soient optimales, l'organisation entre les différents pôles, la communication entre les équipes médicales et paramédicales sont des facteurs d'efficacité importants.

En 2013, la création du diplôme universitaire « *Gestion pluridisciplinaire de la maladie de Parkinson* » au sein du CHU de Grenoble (Isère) permet ainsi aux paramédicaux de se former aux particularités de cette maladie et de seconder efficacement les médecins.

L'une des formations primée en 2016, « *Manage Up' : des actions pour développer les pratiques managériales au service de la performance collective* », aux CH de Saint-Lô et de Coutances (Manche), vise à améliorer les compétences des cadres, en insistant en particulier sur le savoir-être et la cohésion au sein des équipes, avec une attention particulière au développement des compétences des collaborateurs.

En 2017, le CH d'Avranches-

Granville (Manche) obtient le Grand prix pour l'action « *Optimiser la prise en charge du traumatisé grave* », qui permet conjointement d'analyser et d'améliorer les pratiques de son personnel paramédical et médical, pour mieux travailler ensemble.

Myriam Winance

sociologue spécialisée sur le handicap, chargée de recherche à l'Inserm et rattachée au Cermes. Son programme de recherche s'intitule « Handicaps, personnes handicapées et société. Du débat politique aux pratiques médico-sociales. Contribution à une sociologie politique du handicap ».



« L'accent
pourrait être placé
sur la formation
des professionnels
pour s'adapter
à la singularité
de chacune des
personnes qu'ils
accueillent. »

Une santé publique plus humaine et ouverte à tous

Accueillir les patients de façon plus humaine est une ambition aussi délicate qu'exigeante. Plutôt que de se former de façon exhaustive à toutes les situations singulières auxquelles ils peuvent être confrontés, les agents peuvent commencer par être à l'écoute des singularités de chacun et s'y montrer attentifs.

Pouvez-vous définir ce que signifie, pour vous une « santé plus humaine et ouverte à tous » ? Quels sont les spécificités de l'approche humaine et inclusive dans le travail sanitaire et médico-social ?

Nous pouvons d'abord revenir sur le terme inclusion. Car avant l'inclusion, on parlait d'intégration. Ce terme signifie que l'on a un ensemble dans lequel on va essayer d'intégrer ceux qui ne sont pas encore dedans, au prix d'un effort de leur part. L'intégration venait aussi en lien avec la notion de réadaptation pour les personnes handicapées. Le terme inclusion change déjà le regard. Certes, il y a encore cette idée qu'inclure, c'est inclure dans un ensemble préconstitué. Mais il y a aussi l'idée de respecter les différences. La limite, c'est que l'envers de l'inclusion est l'exclusion. Par rapport à ce terme, je trouve que parler d'une Fonction publique hospitalière humaine fait encore un pas vers l'approche du *care*¹ (mot anglais qui signifie à la fois « se sentir concerné » et « prendre soin de »), qui prête une attention aux différences et cherche à construire à partir de celles-ci au lieu d'essayer de les effacer. Cette idée de l'attention aux singularités est essentielle, avec l'objectif de faire en sorte qu'elles puissent interagir et fonctionner ensemble.

Dans un établissement sanitaire ou médico-social, parler d'une FPH humaine, c'est parler de la façon d'accueillir les personnes ayant des singularités, notamment le handicap. Avec l'approche du *care*, une personne vient avec

ses singularités, qu'on va essayer de comprendre, pour modifier notre manière d'interagir afin de la soigner, en donnant une place à cette singularité.

Puisque nous sommes dans les définitions, nous ne parlons plus de personne handicapée mais de personne en situation de handicap. D'où vient cette évolution et qu'implique-t-elle dans les pratiques quotidiennes des agents de la FPH au contact de ces personnes ?

La terminologie « personne handicapée » était liée à une approche catégorielle du handicap, définie par des critères médicaux, sur la question de la déficience, et des critères administratifs, liés à la manière dont le handicap a été défini dans nos sociétés. C'était donc une catégorie médico-administrative qui se traduisait par un taux d'incapacité et des barèmes – qui existent d'ailleurs encore – faisant correspondre un certain handicap à un certain pourcentage d'incapacité. Être au-dessus d'un certain seuil faisait rentrer une personne dans la catégorie « personne handicapée », ce qui donnait par ailleurs accès à des droits, dont l'allocation adulte handicapé. Ces caractéristiques de handicap sont toujours individuelles : être paraplégique, avec une déficience visuelle, etc. La catégorie « travailleur handicapé » permettait elle de bénéficier de dispositifs de réinsertion professionnelle : l'idée était d'adapter la personne pour qu'elle puisse intégrer un emploi

1. L'éthique du *care* est un courant de la philosophie morale contemporaine fondée par Carol Gilligan qui se rattache au féminisme et place au cœur de nos relations la vulnérabilité et l'interdépendance.

dans le milieu ordinaire. Si elle ne le pouvait pas, on l'intégrait dans des dispositifs exclusifs, les ateliers protégés – devenus les ESAT –, qui étaient des lieux de travail spécialisés où seules les personnes handicapées travaillaient.

À cette terminologie s'est substituée celle de « personne en situation de handicap », qui est une terminologie très française, sans équivalent ailleurs. L'idée est que le handicap n'est pas la conséquence de caractéristiques individuelles comme une déficience intellectuelle ou une incapacité physique, mais le résultat de l'adaptation de l'environnement : c'est une situation qui produit un handicap.

Mais contrairement aux pays anglo-saxons, où l'on est parvenu à l'idée que la société était l'unique cause du handicap, en France, on est plus nuancé. La situation de handicap est le résultat d'une interaction entre des caractéristiques sociales et individuelles. Par exemple, une personne en fauteuil roulant devant un escalier est une situation de handicap résultant de l'interaction entre le fait que la personne est en fauteuil et son environnement contraignant. Dans la pratique, cette évolution terminologique change complètement la façon dont on va agir pour faire disparaître cette situation de handicap. Dans cet exemple, mettre une rampe ou un ascenseur va permettre de faire disparaître le handicap. Le handicap devient une situation mouvante et détachée de la personne : c'est la présence de l'escalier ou de l'ascenseur qui fait apparaître le handicap. Il en va de même pour d'autres situations singulières que les

« Penser la formation en termes d'attention est intéressant. Il est important, aussi, d'accepter de reconnaître que l'on peut être déstabilisé et que l'on ne connaît pas tout. »

établissements sanitaires ou médico-sociaux peuvent faire disparaître en adaptant leur environnement ou leurs pratiques.

En effet, outre l'évolution de l'espace et du matériel, la formation du personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux à la situation du handicap est un élément-clé pour rendre la FPH plus humaine : que constatez-vous sur ce point ?

Les choses changent et j'ai pu le vérifier dans les enseignements que je délivre depuis une vingtaine d'années, notamment auprès de professionnels. Je démarre toujours en leur montrant l'image d'une personne en fauteuil roulant devant un escalier afin qu'ils me la commentent. Il y a vingt ans, les réactions se concentraient sur le fait que la personne ne pouvait pas monter les escaliers en raison de sa paraplégie. Aujourd'hui, mes élèves disent qu'elle est handicapée en raison de la présence des escaliers. Cela montre qu'il y a eu une sensibilisation sur la terminologie « personne en situation de handicap » dans le médico-social.

Mais il reste beaucoup à faire : en France, l'idée circule que pour bien accueillir les personnes ayant des déficiences, il faut former le personnel à l'ensemble du spectre des déficiences. Or, il semble difficile de former le personnel à la fois à l'autisme, au polyhandicap, aux différentes déficiences visuelles ou encore auditives. À l'inverse, l'accent pourrait être placé sur la formation des professionnels à modifier leurs pratiques pour s'adapter et prendre en compte la singularité de chacune des personnes qu'ils accueillent dans leur établissement. Ce n'est pas facile, car leurs conditions de travail sont souvent difficiles et le temps et les moyens dont ils disposent pour être attentif à ces singularités leurs sont limités. Mais penser la formation en termes d'attention est intéressant. Il est important, aussi, d'accepter de reconnaître que l'on peut être déstabilisé et que l'on ne connaît pas tout.

Vous évoquez dans vos travaux le rapport à l'autonomie, comme un objectif à atteindre pour le personnel médico-social face à une

« J’ai aussi été interpellée par la capacité d’attention des professionnels à la résistance des personnes, parfois violente, qui est aussi une forme d’autonomie et qu’il faut savoir écouter. »

personne en situation de handicap. Comment l’atteindre ?

Nos sociétés sont tendues vers cet idéal d’autonomie. Les personnes handicapées aussi tendent vers cet objectif, il faut les y amener. Cela passe par une attention dans l’interaction, par la mise en place de dispositifs techniques, par exemple autour de la communication alternative pour aider les enfants polyhandicapés à exprimer des choix. Cela passe par un travail quasiment d’enquête sur ces personnes, sur le sens de leurs réactions, de leurs expressions. Cela demande là encore du temps et des efforts pour avoir cette écoute et cette attention quotidienne et minutieuse. Mais c’est à ce prix que l’on peut constituer l’autonomie de la personne, qu’elle soit en situation de handicap ou avec d’autres singularités. Les conditions de travail des agents ne le permettent pas toujours, mais certains le font.

J’ai observé récemment une éducatrice spécialisée qui réalisait une séance d’éducation à domicile avec une jeune fille polyhandicapée ayant peu de motricité des bras, étant sourde et avec une déficience visuelle. Elle expliquait la façon dont elle parvenait à faire tenir le pinceau par la jeune fille et comment elle interprétait ses petites réactions comme des oui ou des non. C’était très subtil. Elle arrivait, dans l’interaction, à donner une capacité d’agir et de décider à la jeune fille, avec un travail d’attention important sur les signes émis par cette dernière. J’ai aussi été interpellée par la capacité d’attention des professionnels à la résistance des personnes, parfois violente, qui est aussi une forme d’autonomie et qu’il faut savoir écouter.

prendre soin pour atteindre une Fonction publique hospitalière plus humaine ?

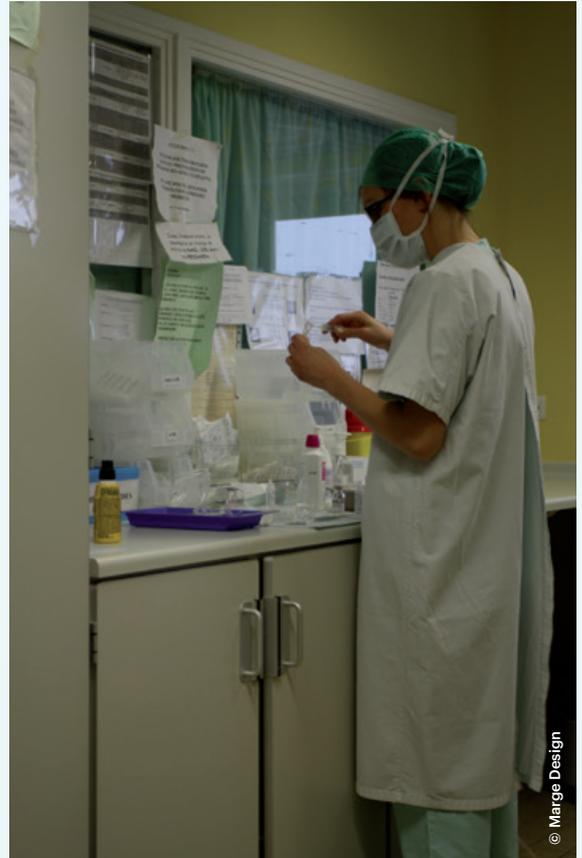
La notion de *care* a été introduite par des philosophes féministes qui s’intéressaient à comprendre comment les enfants distinguaient le bien et le mal, le juste et l’injuste. Elles ont formulé ce qu’on appelle l’éthique du *care*, avec l’idée de passer par la notion de soin : toute relation est basée sur le soin, il faut se soucier de l’autre et mettre l’accent sur la relation pour définir le bien. Aujourd’hui, la notion de *care* a tendance à être utilisée de façon très générique, sans forcément se soucier de la notion de bien. Par exemple, pour prendre soin de certaines personnes âgées atteintes de démence, on a commencé à développer des GPS. Cela peut leur rendre une certaine mobilité, mais on risque aussi de tomber dans une forme de contrôle et de restriction. Au fond, le soin est en soi ambivalent : il faut relier la notion de soin à celle de bien pour qu’elle soit performative... et humaine. ●

On parle de plus en plus de la notion de *care* face à celle de *cure* (« soigner » en anglais) : quel est le bon équilibre entre soigner et



2008

« L'implantation du projet de formation Nidcap en néonatalogie »
(CHRU de Brest et de Montpellier).



FOCUS

Humaniser les pratiques

Les automatismes, la routine, mais aussi les emplois du temps trop denses et les sous-effectifs peuvent parfois engendrer des comportements inappropriés envers les patients ou les collègues. Appeler une personne par son numéro de chambre et non par son nom... Ce n'est qu'un exemple, et personne n'est à l'abri, aussi toute action de formation visant à humaniser les soins et les attitudes est à encourager.

Dès la première année du prix, en 2008, l'Anfh a ainsi récompensé les CHRU de Montpellier (Hérault) et de Brest (Finistère) pour « *L'implantation du projet de formation Nidcap en néonatalogie* », pour un mieux-être des enfants prématurés, en réduisant les sources de stress (lumière, bruit, manipulations) néfastes à leur développement. En 2017, c'est le « *Jardin pour soigner les troubles psychiatriques* » créé par le CHD Daumézon (Loiret), né du principe que la « relation humaine est le terreau des soins » qui reçoit un prix. En 2018, le Grand prix est attribué au CHI Montreuil pour son action innovante « *Humanisation des soins en réanimation adulte, la stimulation basale®* », une action au plus près des besoins des patients

et de leurs proches qui contribue aussi à réduire le stress des soignants, et par ricochet, bénéficie aux personnes en soin. Humaniser les pratiques, c'est aussi proposer une prise en charge cohérente, pour que les patients se sentent accompagnés de manière fluide, que le rôle de chacun soit clair. C'est l'esprit de la formation de l'EPSM de Ville-Évrard (Seine-Saint-Denis) à destination des acteurs sociaux de tout le territoire, primée en 2008, « *Action sociale, santé mentale* ».



2020

« Parcours patient en situation de handicap entre le CH et le CAS Saint-James » (Manche).



© CH Avranches-Granville

FOCUS

Être préparé à accueillir les différences

Les patients et résidents se présentent avec leur parcours, origines, handicaps parfois..., et la FPH doit les accueillir au mieux, sans distinction. Pour cela, les agents doivent être préparés à faire face à des situations parfois très sensibles. Les formations peuvent s'adresser aussi aux situations internes des établissements, qui présentent des profils variés au sein des équipes.

En 2008, une action exemplaire est repérée en la matière, au CHI Alençon-Mamers (Orne), avec la formation « *Les gens du voyage* », qui brise les tabous et améliore leur accueil. En 2014, le Grand prix va au CHU de Rouen (Seine-Maritime) pour « *Handicap et vous ?* », une opération qui sensibilise tout un établissement à la question du handicap au travail. Autre exemple lié au handicap, au palmarès 2020, l'action « *Parcours patient en situation de handicap entre le CH Avranches-Granville et le CAS Saint-James* » (Manche) vise à améliorer la collaboration entre deux pôles pour une meilleure prise en charge. En 2019, le CHI de Reims (Marne) recevait un prix pour l'action « *Sensibiliser les soignants à la prise en soin des patients atteints*

d'obésité », insistant sur la bienveillance et les gestes adaptés. Et en 2021, c'est le GHER de La Réunion qui est primé pour son initiative « *L'accueil du public sourd* », avec la formation d'agents à la langue des signes pour mieux accueillir les patients sourds dans les différents services.

Éliane Rothier Bautzer

maîtresse de conférences à l'Université Paris Cité
et responsable du séminaire à l'EHESS « sociologie
des parcours de soins ». Elle est notamment
l'autrice de *Entre Cure et Care. Les enjeux de la
professionnalisation infirmière.*



**« Des outils
de QVT ont été
déployés pour
fidéliser les agents
qui étaient
au cœur de la crise
sanitaire. »**

Prendre soin de soi pour mieux soigner les autres

La formule est belle, car elle rappelle que la qualité de vie au travail est avant tout un moyen pour mieux soigner les patients et les résidents dans les établissements. Mais comment la mettre en œuvre dans des services mis à rude épreuve par la crise sanitaire ? Éléments de réponse.

Selon vous, que représente la notion de qualité de vie au travail (QVT) pour le personnel des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ?

Cette notion émerge dans un contexte plus général que celui des seuls soignants et des établissements de santé et médico-sociaux, bien qu'elle soit particulièrement exacerbée dans le secteur du soin. La question de la qualité de vie et du bien-être est considérée par l'OMS comme l'une des composantes essentielles de la santé des personnes. Son essor est indissociable d'une période où l'expression de soi et l'attention au bien-être ont été exacerbées. En effet, j'ai interviewé beaucoup d'infirmiers et des cadres de santé de plusieurs générations pendant environ quinze ans. Ils m'ont parlé en profondeur de leur formation et de leur exercice professionnel. Forte de ces témoignages, je peux dire que ces éléments de QVT et de bien-être des personnels sont assez récents. Auparavant, les personnes me décrivaient un contexte de travail d'une violence parfois élevée, mais qui n'était pas formulée comme telle, ni comme un problème en soi. Or plus récemment, j'ai été interpellée par la sortie du livre *Omerta à l'hôpital*¹, qui dénonçait un grand mal-être des étudiants en médecine et des internes face à des situations qui, il y a dix ou quinze ans, auraient été qualifiées d'un climat de travail quasiment normal. Que s'est-il passé ? Entre les années 1970 et aujourd'hui, un certain nombre d'évolutions ont été mises en place,

que des auteurs comme Alain Ehrenberg² et Georges Vigarello³ expliquent très bien, chacun dans son domaine. L'ensemble des notions de bien-être, d'expression de soi, et de ce que l'on considère comme un équilibre entre vie personnelle et professionnelle s'est développé à partir de cette période. Ainsi, on retrouve chez des soignants l'expression de besoins qu'ils n'affirmaient que très peu ou pas auparavant, et qui ne font depuis que croître. Certaines situations considérées jusqu'ici comme normales, ou du moins acceptables, sont aujourd'hui perçues comme des sources de mal-être. En parallèle, s'exprime un besoin d'accompagnement pour tendre vers le bien-être et la QVT dans l'ensemble des métiers tournés vers autrui.

L'attention portée à la qualité de vie au travail est donc née d'une demande de bien-être qui traverse l'ensemble de la société. Mais quelles sont les spécificités qu'elle prend au sein des métiers de la Fonction publique hospitalière ?

Pour les métiers tournés vers autrui, cette notion prend une acception particulière. Il y a chez les agents de la Fonction publique hospitalière une forte aspiration à plus d'autonomie. Elle est à la fois issue d'une évolution qui touche l'ensemble de la société et d'une réaction à des relations professionnelles plus strictes et disciplinaires que dans d'autres secteurs. Cette notion a une teinte particulière au sein des secteurs sanitaires et médico-sociaux à un

1. Un livre publié par le docteur Valérie Auslender en 2017 qui relate des témoignages de maltraitance de la part d'étudiants hospitaliers.

2. Alain Ehrenberg, sociologue français, s'intéresse aux malaises individuels dans la société moderne face à l'injonction d'autonomie et de performance.

3. Georges Vigarello, historien français spécialiste de l'histoire de la santé, s'intéresse à l'évolution des représentations du corps dans l'histoire.

autre niveau. Car outre les professionnels, les patients demandent eux aussi d'autres relations et revendiquent plus d'autonomie et de bien-être. Cela est notamment dû à l'évolution des techniques de soin : des maladies autrefois incurables sont guérissables aujourd'hui grâce aux performances thérapeutiques. Ainsi il y a de plus en plus de personnes souffrant de maladies chroniques demandant des soins au long cours. C'est donc l'ensemble de ces éléments qui amène au constat d'un besoin de relations plus horizontales dans les métiers tournés vers autrui, tant entre les soignants qu'avec leurs patients.

Quels outils ont été mis en place au sein des établissements pour améliorer la qualité de vie au travail des agents et répondre à leur besoin d'autonomie ?

Pendant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19, j'ai parlé chaque semaine à des professionnels de santé de ville de différents statuts, de l'aide-soignant à domicile à la directrice des soins dans un établissement en Soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette dernière personne a été au cœur de tensions fortes dues au fait que les patients qui arrivaient au SSR n'étaient pas ceux pour lesquels il avait été pensé et construit. Ils recevaient des patients lourds face à qui ni le personnel ni les moyens n'étaient adaptés, ce qui a créé de la souffrance tant pour le personnel que pour les patients. Paradoxalement, pendant la pandémie, la situation s'est arrangée, car des étudiants et des professionnels se sont offerts massivement pour aider les personnels des établissements. Cet afflux d'aide a permis au travail de se dérouler de façon plus sereine.

Mais la pandémie a perduré et ces soutiens se sont peu à peu amenuisés. Or, à côté du SSR, il y avait une salle de relaxation qui était fermée en raison de la crise sanitaire, et qui a mis ses locaux et ses outils à disposition des soignants. Ils ont ainsi pu bénéficier de cette salle de repos. En parallèle, la cadre de santé du SSR m'a confié essayer de mettre en place un certain nombre d'outils de QVT afin de recruter et de fidéliser les personnels : des cours de yoga, de médita-

tion, etc. Ce n'est pas simple, car ils ont peu de temps pour profiter de ces offres, mais c'est par ces biais-là qu'elle essaie d'attirer de nouveaux agents pour faire face au problème de recrutement. De manière générale, il est difficile pour les directions d'attirer de nouvelles recrues qui voudront s'engager sur des missions longues, car beaucoup de jeunes préfèrent désormais travailler sur des missions courtes et choisir les jours de travail qu'ils souhaitent. De façon paradoxale, les cadres peuvent aussi se retrouver en situation de souffrance face à ces problèmes de gestion de personnel, car s'ils mettent en place des outils pour améliorer la qualité de vie au travail des agents, il n'y a personne pour en mettre en place pour eux.

En parallèle aux initiatives instaurées pour faciliter le recrutement, des outils de QVT ont été déployés pour fidéliser les agents qui étaient au cœur de la crise sanitaire : des stratégies de médiation ont été mises en place, des psychologues ont été mobilisés pour créer des groupes de parole, que les soignants appréciaient beaucoup et qu'ils ont sollicités pendant la pandémie.

Vous travaillez beaucoup sur la notion de *care*. Cette notion est souvent évoquée pour parler de la prise en charge des patients, moins pour parler du travail des soignants : en quoi peut-elle aider à comprendre le besoin de « prendre soin de soi pour mieux soigner les autres » ?

La notion de *care* est un outil heuristique pour comprendre ce qui se passe dans les milieux où l'on soigne, où l'on prend soin des autres, et

« En parallèle, s'exprime un besoin d'accompagnement pour tendre vers le bien-être et la QVT dans l'ensemble des métiers tournés vers autrui. »

« Développée pendant la pandémie, la notion d'héroïsme des soignants leur fait mal, car au quotidien, ils vivent une puissance toute relative face à l'ensemble des contraintes organisationnelles, relationnelles et de moyens auxquelles ils sont confrontés. »

où l'on ne peut pas soigner les autres sans d'abord prendre soin de soi. On a tendance à penser que le *care*, c'est uniquement le *care giving*, le fait de s'occuper des autres. Ainsi, quand on parle des métiers du *care* donc, on pense aux aides-soignants, aux aides à domicile, c'est-à-dire aux gens qui sont au contact direct des patients.

Or si l'on revient à la définition de Joan Tronto, il y a quatre niveaux de *care* : l'interrogation sur le besoin des gens pour être soignés ; la réflexion en tant que soignant pour répondre à ce besoin ; la prise en charge du patient ; et dernier point, le retour d'expérience du patient sur la prise en charge dont il a bénéficié.

Le *care* invite donc à penser le soin comme un travail collectif : c'est l'ensemble des agents qui doivent réfléchir à ce qui doit être fait pour le patient, ce qui permet de sortir d'une vision négative qui opposerait des agents invisibles au bas de l'échelle qui délivrent du *care* aux autres.

Je suis pour ma part convaincue qu'il faut partir des situations rencontrées par le collectif pour améliorer la qualité de vie au travail des agents de la FPH. Il y a par exemple des formations interprofessionnelles qui se montent, ce qui est un exercice délicat. En effet, beaucoup d'agents ne sont pas habitués à prendre parole et à affirmer un point de vue vis-à-vis des

autres : c'est une posture qu'on apprend en formation. Le risque de ces formations est de ne pas mettre en place les meilleures conditions pour que tout le monde puisse s'exprimer à part égale. C'est un exercice délicat, mais qui peut mener à des résultats, si ces éléments sont pris en compte quand il est mis en place.

Il faut aussi penser des solutions organisationnelles et localisées. On ne peut pas cibler une catégorie de personnes qui irait mal indépendamment de ses relations aux autres, car dans un milieu de travail, si l'on va mal, c'est en grande partie dans ses relations aux autres. Aussi, certains agents ne prennent pas soin d'eux car ils n'ont pas été sensibilisés à l'importance de la QVT, qui est un phénomène nouveau, pour lequel les manières de faire sont diverses. Enfin, il est important de mener un travail sur la réflexivité, le ressenti et l'émotion des agents, pour qu'ils puissent faire face à la frustration qui peut émerger de situations où il est difficile de soigner. Une façon de prendre soin de soi est donc d'être averti de ces situations où la prise en charge du patient peut être difficile. En reconnaissant que le soignant ne peut pas tout, on peut l'aider à éviter du mal-être face à la sensation de ne pas avoir assez bien fait son travail. Développée pendant la pandémie, la notion d'héroïsme des soignants leur fait mal, car au quotidien, ils vivent une puissance toute relative face à l'ensemble des contraintes organisationnelles, relationnelles et de moyens auxquelles ils sont confrontés. Reconnaître cela peut les aider à se concentrer sur la prise en charge des patients, sans négliger leur bien-être. Un équilibre et une réciprocité-clés pour parvenir à une qualité de vie au travail. ●



2020

«Méditation de pleine conscience pour l'amélioration de la qualité de vie au travail» (CHI des Vallées de l'Ariège).



2020

«La formation et l'implication des acteurs: les clés du succès du maintien dans l'emploi» (CH Villefranche-de-Rouergue).



FOCUS

Se préserver individuellement

Dans tous les métiers qui touchent à l'humain, la qualité de la prise en charge est fortement liée à la bonne santé des soignants eux-mêmes. Et parfois, à s'occuper des autres, on oublie de prendre soin de soi. Les conséquences peuvent être physiques, avec l'apparition de troubles musculo-squelettiques par exemple, à force de répéter les mêmes gestes ou de manipuler des patients, mais aussi psychologiques, à cause de tensions au travail, de sous-effectifs ou d'emplois du temps trop remplis.

La formation est aussi là pour proposer des solutions et soulager les agents au quotidien. En 2018, l'action bien nommée «*Penser à soi pour mieux panser les autres*», mise en place par le GHT d'Armor (Côtes-d'Armor) apprend aux soignants des Ehpad à préserver leur corps : au programme, échauffement et amélioration des gestes de manutention. C'est aussi le thème développé par l'Ehpad des Signolles en 2019, avec l'action primée «*Les bons gestes et postures pour prévenir les TMS en Ehpad*», afin de diminuer l'usure professionnelle des soignants. Les formatrices sont ici deux aides-soignantes et une ergothérapeute de l'établissement. En 2020, impulsé par deux médecins du CHI des Vallées de l'Ariège, le Grand prix «*Méditation*

de pleine conscience pour l'amélioration de la qualité de vie au travail » montre au personnel comment gérer son stress *via* la méditation. À chacun et chacune, ensuite, de pratiquer selon ses envies et ses besoins. Autre axe d'action en faveur de l'attention aux besoins des soignants : une politique RH qui considère que l'inaptitude à la fonction n'est plus une fatalité et met tout en œuvre pour reclasser les professionnels en difficulté, comme le propose le CH de Villefranche-de-Rouergue (Aveyron), primé également en 2020, pour son initiative «*La formation et l'implication des acteurs : les clés du succès du maintien dans l'emploi* ».

↓
2015

« Soigner dans une atmosphère d'humanité : élargissons nos horizons, raisonnement clinique à l'HCA » (hôpital de la Corniche angevine).



© Baptiste Lignel / Otravista

FOCUS

Être plus soudés collectivement

S'il est important de se sentir bien individuellement, l'ambiance et le savoir-être collectif, les relations intra et inter équipes méritent tout autant d'attention. Dans les différents palmarès, nombreuses sont les actions collectives qui fédèrent ainsi les professionnels dans le but de préserver ou d'améliorer la qualité de vie au travail.

En 2009, l'action « *Mise en place d'une "charte des (bonnes) relations au travail"* » à la blanchisserie interhospitalière que se partagent les CH de Saint-Malo (Ille-et-Vilaine) et de Dinan (Côtes-d'Armor) apaise les tensions créées par ce regroupement récent. L'année suivante, c'est le CH du Puy-en-Velay (Haute-Loire) qui reçoit une mention pour la création d'« *Ateliers gourmands, ateliers maintenance électricité* » pour le moins étonnants, destinés à susciter des moments privilégiés de partage hors temps de travail. Resserrer les liens, c'est aussi le but de l'action « *Soigner dans une atmosphère d'humanité : élargissons nos horizons, raisonnement clinique à l'HCA* » de l'hôpital de la Corniche angevine (Maine-et-Loire), primée

en 2015 : en recourant au théâtre, l'équipe de direction a amélioré la synergie dans les équipes, avec à la clé, moins d'hospitalisations pour les personnes âgées. En 2017, l'action « *Créer du lien et améliorer la coopération entre services* » montée par le CH de Laon (Aisne) propose aux agents de différents services une opération de type « vis ma vie ». Depuis, ils ont constaté une meilleure communication, des liens renforcés entre professionnels et une prise en charge améliorée.

Iris Loffeier

sociologue spécialisée sur le vieillissement, elle coordonne le projet Pédagogisation de la prise en charge des personnes âgées à la Haute école de santé Vaud (HESAV) de Lausanne. Sa thèse a été publiée sous le titre *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite.*



**« Considérer
que les personnes
âgées peuvent
s'améliorer et avoir
un futur pourrait
leur permettre
de continuer
d'apprendre et
de se projeter. »**

Accompagner le vieillissement de la population

La vieillesse est-elle une période de sérénité ou de sénilité? Quand devient-on « vieux », à 55 ans ou à 85 ans? Finit-on forcément sa vie en Ehpad? On le voit, le vieillissement de la population s'accompagne de questions difficiles, qui appellent des réponses décisives pour aboutir à la mise en place de pratiques médico-sociales adaptées.

Pouvez-vous apporter votre éclairage sur les enjeux de l'accompagnement du vieillissement de la population en France? Qu'implique ce vieillissement, et comment est-il pris en charge au niveau médico-social?

Il y a une tendance à considérer le vieillissement démographique comme un problème social et politique, et ce depuis les années 1920. Ce phénomène a été nommé « démographie alarmiste » par Stephen Katz, un sociologue américain. Or on attend toujours que ça pose problème! Car il n'y a pas d'évolution naturelle vers un vieillissement inéluctable, l'évolution d'une population et sa structuration par tranche d'âge dépendent aussi de la définition¹ qu'on lui donne et de phénomènes conjoncturels comme les flux migratoires, les conflits, etc.

Comment ce vieillissement est-il accompagné? Et bien, la solution préférée par tout le monde, c'est de rester au domicile le plus longtemps possible. Cela a un impact sur la structuration des populations hébergées en Ehpad. Car si on a tendance à considérer qu'on est tous concernés par ces établissements, une faible part de chaque tranche d'âge y réside. Si cette part augmente avec l'âge, même au-delà de 90 ans, huit personnes sur dix trouvent d'autres solutions. Les personnes résidant en Ehpad font donc partie d'une certaine vieillesse irréductible que l'on ne sait pas ou que l'on ne peut pas prendre en charge autrement. Seule une mino-

rité choisit délibérément de rejoindre ces établissements, avec à l'esprit l'idée de ne pas être un poids pour leurs proches quand ils ne seront plus autonomes. Mais la majorité des personnes entrent en Ehpad au moment de l'aggravation de troubles, en particulier neurologiques. Ainsi, les résidents de ces établissements sont particuliers à plusieurs égards en termes de vieillissement. Car la vieillesse, dont on parle au singulier, est hétérogène: on se pose toujours la question de savoir à quel âge on devient vieux et les réponses oscillent entre 55 et 95 ans, ce qui laisse tout de même quarante ans de différence! Outre l'hétérogénéité des classes d'âge, il y a une grande hétérogénéité sociale, doublée d'une immense différence de capacités physiques et cognitives. La vieillesse est donc hétérogène, son accompagnement pluriel, avec à un bout de la chaîne le soin à domicile et à l'autre l'Ehpad.

Vous précisez dans vos travaux que les Ehpad ont hérité d'une double fonction: l'hébergement et le soin. Les défis sont donc redoublés pour le personnel soignant. Comment trouver un équilibre entre ces deux exigences afin de traiter au mieux les résidents?

Rappelons d'abord qu'il existe différents types d'établissements: certains sont publics ou associatifs, d'autres à but lucratif, certains sont des unités de long séjour, d'autres des foyers de

1. Selon l'Institut national d'études démographiques, le vieillissement de la population peut être l'effet d'une augmentation du nombre de personnes âgées, d'une baisse de la mortalité et de l'allongement de la durée de vie moyenne, mais aussi d'un déficit de jeunes à la suite d'une baisse de la natalité.

logement... Au sein de chaque établissement, les résidents ont des degrés d'autonomie divers, qui sont mesurés par le GIR (Groupe iso-ressources) moyen pondéré, le niveau de dépendance moyen des résidents d'un établissement d'hébergement pour les personnes âgées. Ainsi, l'enjeu varie selon le type d'établissement. Faisons aussi un petit retour historique sur ces établissements. On a tendance à croire que la prise en charge des personnes âgées y était infernale et y est devenue de plus en plus humaine au fil du temps. Or ces dernières années, un renouveau des études historiques s'est opéré sur les hospices du XIX^e siècle et témoigne notamment de l'existence d'une volonté de respect de la personne âgée dans le règlement intérieur de ces établissements, de la présence à certains endroits de chambres individuelles, et même des traces de personnel renvoyé par manque d'égard au grand âge des résidents. Ainsi, la question de la bientraitance des personnes âgées est un serpent de mer au sein de ces institutions, même si bien sûr beaucoup de choses ont évolué.

Or pour améliorer la bientraitance des personnes âgées, il faut se poser la question de ce qui définit fondamentalement la vieillesse. Et à l'heure actuelle, à l'instar de la conception qui prévalait au XIX^e siècle, les personnes considérées comme vieilles, ce sont celles qui vont mourir bientôt. Le hic, c'est que cela ne permet pas de prendre en compte la capacité du travail des soignants à réduire le niveau de dépendance des résidents, c'est-à-dire à améliorer leur condition. Si on les considère uniquement par le biais de leur mort inéluctable, alors le travail des soignants consistera seulement à accompagner leur déclin jusqu'à la mort. Cela leur refuse toute possibilité d'amélioration et de futur pour les résidents. Certes, on ne peut pas

nier que la mort est inéluctable, mais il y a beaucoup d'inconnues, dont l'allongement régulier de l'espérance de vie n'est pas la moindre. Or le droit à l'amélioration est un des fondamentaux d'une véritable démocratie selon un sociologue anglais, Basil Bernstein. Le nier, c'est les empêcher de s'installer dans des projets à long terme, d'apprendre de nouvelles choses. Pourtant, c'est une des approches qui permettraient de proposer un accompagnement rénové. Penser les personnes âgées différemment, en reprenant certains fondamentaux, donnerait la possibilité de créer de nouveaux outils d'accompagnement. Considérer que ces personnes peuvent s'améliorer, avoir un futur, indépendamment du temps qu'il leur reste à vivre, pourrait leur permettre de continuer d'apprendre et de se projeter, que ce soit dans la lecture d'un livre ou dans des projets plus ambitieux. Cela redonnerait de l'épaisseur à leur présent, ce que toutes les autres classes d'âge ont.

Comment repenser et améliorer la prise en charge de la vieillesse au sein de ces établissements ? La voie passe-t-elle par une meilleure formation du personnel à ces enjeux ?

Tout le monde s'entend sur le fait que ces établissements posent un certain nombre de défis et de problèmes, mais qu'à défaut de pouvoir les abandonner, car il n'existe pas d'alternative pour cette frange irréductible de la vieillesse, il faudrait les améliorer. Or les discours internationaux se rejoignent tous sur un point : la solution première est la formation, afin de changer la culture soignante et d'améliorer la prise en charge des résidents. Mais quels savoirs transmettre et pour quels objectifs ? Le risque, c'est que les professionnels en première ligne se retrouvent confrontés à une sorte de mille-

« Les organismes de formation disent qu'une fois qu'ils ont formé des gens à travailler différemment, le niveau de *turn-over* baisse, car il y a une plus grande satisfaction au travail. »

feuille normatif, qui n'est pas toujours dénué de contradictions. D'un côté, les aides-soignants, les infirmiers et autres professionnels se conforment à leurs propres codes professionnels. De l'autre, ils respectent aussi la division hiérarchique et le rythme très encadré du travail. Mais les résidents ont eux aussi des attentes et des demandes inopinées que les professionnels essaient de prendre en compte, au risque d'entrer en contradiction avec les règles professionnelles.

Un exemple d'apparence triviale est la question du tutoiement ou du vouvoiement. La norme professionnelle veut que l'on vouvoie les résidents, pourtant, certains demandent à être tutoyés, afin de se sentir réellement chez eux au sein de l'établissement. Certaines formations permettent donc d'utiliser le tutoiement dans certaines conditions et résolvent ce problème particulier. Ce sont des outils nécessaires, mais qui ne règlent pas les contradictions de fond, comme l'existence de normes professionnelles et de volontés propres des résidents. Au bout du compte, il revient souvent aux professionnels en première ligne de décider quelle règle ils vont devoir rompre pour bien s'occuper des résidents, et cela peut produire une forme de malaise, d'autant plus que ces personnes ont pour la grande majorité une volonté de bien faire leur travail.

Au-delà de la possibilité d'améliorer la qualité des soins, le personnel soignant perçoit-il aussi la formation comme une façon de reconnaître son travail, souvent difficile ?

Les personnels qui travaillent en établissement pour personnes âgées partagent fréquemment le même constat : ce n'était souvent pas leur premier choix professionnel, et cela s'observe notamment par la difficulté des établissements à fidéliser les employés. Cela fait d'ailleurs partie des enjeux de la formation. Ce que disent les organismes de formation, c'est qu'une fois qu'ils ont formé des gens à travailler différemment, ils constatent que le niveau de *turn-over* baisse, car il y a une plus grande satisfaction au travail. Car bien qu'elles n'aient, pour la

« Les personnes qui travaillent en établissement ont le sentiment d'accomplir quelque chose pour les personnes âgées, de participer à la société en ayant un rôle utile. »

plupart, pas choisi ce métier par vocation, une fois qu'elles commencent à travailler en établissement, ces personnes racontent que ce métier a beaucoup de sens pour elles. Elles ont le sentiment d'accomplir quelque chose pour les personnes âgées, de participer à la société en ayant un rôle utile. Elles racontent aussi la beauté qu'elles peuvent trouver par exemple au fait d'apporter de la joie, de l'apaisement ou tout simplement un service à des résidents qui se retrouvent dans un établissement où ils n'ont pas forcément choisi de vivre. Mais à côté de cela, les conditions de travail sont dures. Pas seulement au niveau du salaire ou du rythme de travail, mais aussi au niveau émotionnel, avec le fait que les résidents meurent, qu'il arrive qu'il y ait de la violence, qu'elles doivent parfois prendre des décisions qui entrent en contradiction avec leurs normes professionnelles. Alors dans ce contexte, le fait de recevoir des formations est pour elles une marque de reconnaissance. Elles disent la satisfaction d'avoir été choisies pour participer à une formation, le fait qu'elles se sentent valorisées, que cela donne de l'importance à leurs gestes, à leur travail et à sa qualité. Mais pour que ces formations les portent vraiment dans leur carrière, il importerait qu'elles offrent encore plus de réelles perspectives d'évolution professionnelle. Car à l'heure actuelle, l'intérêt qu'elles y trouvent est surtout d'ordre symbolique et moral. ●



2015

«Formation à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée en institution» (CH du Mans et EPSM de la Sarthe).



2010

«Comment faire pour bien faire: la contention» (CHG de Saint-Brieuc).



FOCUS

Des patients particuliers, des gestes adaptés

Avec le vieillissement, les patients ou résidents cumulent souvent plusieurs pathologies, physiques ou mentales. Pour ceux qui les entourent, leur prodiguent des soins, échangent avec eux, les portent parfois, les gestes ne s'improvisent pas. Pour que leurs agents mettent à jour leurs techniques et leurs pratiques, les établissements organisent chaque année des formations à saluer.

Parmi les actions primées, on peut citer le sujet délicat dont s'est saisi le CHG de Saint-Brieuc (Côtes-d'Armor) en 2010, «*Comment faire pour bien faire: la contention*», tout comme l'action ciblée «*Pour une meilleure prise en charge de l'incontinence chez la personne âgée*», menée par le CHI de Fréjus – Saint-Raphaël (Var) en 2018, ou encore en 2019 le Grand prix remis à l'Ehpad Les Signolles (Creuse) pour la formation «*Manutention des personnes âgées*». En 2013, à la maison de retraite des Abers à Lannilis (Bretagne), à partir d'une initiative originale qui consiste à faire chanter ensemble résidents et professionnels, des actions de formation sont nées pour réfléchir aux pratiques et promouvoir la bientraitance: «*Ils forment, nous*

formons: actions vécues au quotidien pour les adultes âgés».

Il y a aussi les sujets complexes, comme «*Prendre soin du sujet âgé atteint de troubles cognitifs dans le service de traumatologie*», prise à bras le corps par le CHRU de Lille (Nord) en 2011. Une thématique qui revient régulièrement, comme en 2015, avec le prix remis au CH du Mans et à l'EPSM de la Sarthe pour la «*Formation à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée en institution*», ou en 2016, avec le prix du CHU de Reims (Marne) pour l'action «*Accueil des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes en Ehpad*».



2012

«Dispositif modulaire
du pôle personnes âgées»
(CHU Dijon).



© Baptiste Lignel / Otravista

FOCUS

Motiver et fidéliser les soignants en gériatrie

Pour s'occuper des personnes âgées, il faut des compétences mais aussi une formidable énergie au quotidien, et l'on comprend que ce soit difficile, voire usant moralement et physiquement. De fait, le *turn-over* des personnels est élevé, compliquant le travail des équipes et des directions. Aussi, toute initiative permettant de motiver et fidéliser les soignants est à encourager.

En 2011, le Prix Anfh a ainsi distingué «*L'accompagnement de personnel non qualifié*» organisé par l'Ehpad La Seigneurie, à Pantin (Seine-Saint-Denis), ou cette année, en 2022, la formation «*VAE aide-soignant hybride*», mise en place par l'Ehpad d'Argonne (Meuse), pour qualifier et valoriser l'expérience des faisant-fonction dans ce métier en tension.

En 2012, c'est un «*Dispositif modulaire du pôle personnes âgées*» au CHU de Dijon (Côte-d'Or) qui permet de décroiser les différents services et recréer du lien entre les équipes avec des résultats probants sur la mobilisation autour d'objectifs partagés. Agir au niveau de la gouvernance, mais agir aussi au niveau individuel pour préserver les agents, c'est l'objectif de l'action

«*Mettre en place une prévention globale durable de l'usure professionnelle*», menée par l'Ehpad Les Châtaigniers (Vienne) et primée en 2020. Objectif: que chacun trouve, et apprécie, sa place au sein de l'établissement.

Anne-Marie Arborio

maîtresse de conférences en sociologie à l'université d'Aix-Marseille et chercheuse au Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (LEST). Ses recherches portent sur la sociologie du travail et des professions, en particulier dans le domaine de la santé. Elle est notamment l'auteurice de *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital.*



« Une fois entrées dans la Fonction publique hospitalière, un sentiment d'évolution de carrière devient possible pour les personnes les moins qualifiées. »

L'importance de l'évolution de carrière

Les établissements sanitaires et médico-sociaux ont de plus en plus de mal à recruter des aides-soignants et des infirmiers, des métiers cruciaux mais en tension, en raison de conditions de travail difficiles. Alors comment attirer de nouveaux talents, fidéliser les personnels tout au long de leur carrière et leur offrir des perspectives ?

Pouvez-vous commencer par donner votre éclairage sur l'importance de l'évolution de carrière dans la FPH ?

La notion de carrière est polysémique. Il y a d'abord une dimension verticale, proche du sens commun, qui évoque un déplacement entre des positions hiérarchisées et une progression des personnels au cours de leur vie professionnelle. Dans le cas de la Fonction publique hospitalière, cette évolution est en partie garantie, au moins pour les agents titulaires, car une partie des personnels sont dans des statuts plus précaires. Les titulaires, quel que soit le grade ou le métier, sont assurés d'une carrière salariale ou indiciaire qui est appréciée et appréciable, en particulier pour les personnes qui ne trouveraient pas nécessairement les mêmes avantages dans d'autres secteurs. En ce sens, la FPH peut être attractive pour les personnes considérées comme peu ou pas qualifiées. Il faut rappeler que, avant d'y entrer comme titulaires, les personnes les moins qualifiées ont parfois occupé une succession de positions précaires. Dans une enquête à laquelle j'ai participé en 2005, nous avons décrit comment se créait une sorte de file d'attente aux portes des établissements sanitaires pour exercer en tant qu'Agents de services hospitaliers (ASH) en utilisant les multiples statuts précaires proposés, parfois pendant plusieurs années. Reste qu'une fois entrées dans la FPH, un sentiment d'évolution de carrière leur devient possible.

Toujours dans le sens commun de carrière, les établissements sanitaires et médico-sociaux publics proposent des financements de formations qui peuvent être qualifiantes et conduire à des changements de métiers et à des promotions : c'est le cas de nombreuses aides-soignantes que j'ai pu observer ou interroger, qui ont bénéficié d'un financement de leur formation d'aides-soignantes après avoir été embauchées comme ASH. Pour les établissements, ces formations ont certes un coût, tant au niveau du financement des formations qu'au niveau de la masse salariale. Mais le bénéfice l'emporte, car le fait de proposer des carrières peut aider à stabiliser leur personnel. Contrairement à d'autres secteurs où le *turn-over* est favorisé, dans la FPH, le fait de bénéficier d'une main d'œuvre expérimentée est décisif : la formation des nouveaux arrivants se fait auprès des plus anciens, et chacun accumule aussi de nouvelles compétences au fil de sa carrière. Il importe donc d'avoir un personnel stable et de ne pas le perdre. Les établissements se plaignent pourtant depuis longtemps d'un phénomène d'« évaporation professionnelle » pour les infirmières qui interrompent leur carrière hospitalière. Les départs de personnels qualifiés, aujourd'hui liés aux conditions de travail trop difficiles, sont préoccupants.

Les métiers d'aides-soignants et d'infirmiers que vous étudiez sont connus pour leur

pénibilité : est-elle compensée par la perspective d'une évolution de carrière ?

Faire carrière au sens traditionnel n'est pas aussi facile pour tous et votre question rappelle surtout que les attentes portent aussi sur l'évolution des conditions de travail.

Pour les aides-soignantes, dont beaucoup ont démarré comme ASH, la progression s'arrête souvent là, même si une fraction d'entre elles peut intégrer les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et devenir infirmières. C'est cependant peut-être plus fréquent aujourd'hui, car avec la démocratisation scolaire, nombre d'entre elles détiennent aujourd'hui un bac et la barrière peut leur paraître moins élevée vis-à-vis du diplôme d'infirmière. Lorsqu'elles y sont encouragées par les directions et que leurs formations sont financées, elles peuvent donc poursuivre leur carrière de façon verticale, mais elles peuvent aussi préférer leur métier d'aide-soignante. Du côté des infirmières, les possibilités d'évolution verticale sont plus diverses. En suivant des formations financées, elles peuvent se spécialiser pour devenir infirmière de bloc, infirmière puéricultrice, infirmière anesthésiste ou infirmière en pratique avancée. Elles peuvent aussi évoluer vers un poste de cadre de santé, un changement de métier auxquelles n'aspirent pas toutes les infirmières, qui ne souhaitent pas nécessairement évoluer vers un poste qui éloigne du soin.

Ces perspectives de carrière ne suffisent pas forcément à fidéliser le personnel, face à la pénibilité croissante de ces métiers. Au fil de la carrière, chacun a pu voir aussi les conditions de

« Pour les établissements, ces formations ont certes un coût, mais le bénéfice l'emporte, car le fait de proposer des carrières peut aider à stabiliser leur personnel. »

travail se dégrader. Et pour celles qui restent durablement en poste, se pose une question : comment faire pour rendre leur travail soutenable, à mesure que leur énergie s'amenuise et alors même que les tâches à réaliser se transforment et s'alourdissent, avec les réformes successives qui ont touché l'hôpital ? Et comment continuer à avoir le sentiment de faire du bon travail ? Cette question permet de considérer une autre dimension, horizontale, de la notion de carrière qui donne la possibilité d'observer les déplacements de poste en poste, à un même niveau hiérarchique. Pour tenir au fil des années malgré la pénibilité des tâches, trouver des postes qui soient compatibles avec l'évolution des contraintes familiales ou de l'état de santé peut être une solution individuelle faute d'amélioration collective. Cela peut conduire à des mutations internes sur des postes différenciés par leurs horaires, leurs tâches, leur lourdeur physique ou mentale, l'ambiance de l'équipe, etc. Voire à des changements d'établissements ou de modes d'exercice. Des infirmières choisissent ainsi l'exercice libéral, voire l'intérim, avec le sentiment d'éviter les contraintes de l'hôpital. Pour revenir à votre question, la pénibilité n'est pas vraiment compensable.

L'évolution de carrière peut-elle aussi être une forme de reconnaissance pour les agents de la FPH dont le travail n'est pas toujours perçu comme étant valorisé à sa juste mesure ?

Ce terme est employé par les travailleurs le plus souvent de façon négative, quand ils manquent de « reconnaissance », et concerne des collectifs, ici des groupes professionnels, plus que des individus. Pour les agents de la FPH, cela renvoie d'abord à des attentes financières auxquelles on pense répondre avec des mesures comme la prime Ségur. Mais la reconnaissance est une notion relative : les inégalités salariales qui ne semblent pas légitimes peuvent provoquer un sentiment de défaut de reconnaissance chez les personnes moins rémunérées.

La reconnaissance a des aspects symboliques autant que matériels. Pour la profession d'infirmier, la reconnaissance du niveau licence du

« C'est le cœur du travail soignant : lorsque les personnels émettent des plaintes, c'est avant tout parce qu'ils aiment leur travail et qu'ils réclament les moyens humains et matériels de bien le faire. »

diplôme depuis 2009¹ a été une étape importante, un sentiment de valorisation de leurs compétences qui irrigue vers tous les membres de la profession. Pour les aides-soignants, il y a eu récemment une réflexion pour refondre leur formation, avec l'idée d'en faire une profession reconnue au niveau baccalauréat et non plus CAP, ce qui serait une reconnaissance de la réalité de leurs compétences, outre le fait que beaucoup d'entre eux ou d'entre elles sont déjà munis d'un diplôme du niveau bac.

Mais le sentiment de défaut de reconnaissance s'alimente aussi dans le quotidien, lorsque les agents exercent leur métier sans disposer des moyens dont ils pensent avoir besoin. Le risque est grand de provoquer leur découragement et d'initier un cercle vicieux, avec la multiplication des absences d'agents mis sous pression par la surcharge de travail, qui augmente davantage la charge de ceux qui restent... Cela peut créer une forme de souffrance au travail, par le sentiment d'empêchement de s'occuper des patients comme il le faudrait. Or, c'est le cœur du travail soignant : lorsque les personnels émettent des plaintes, c'est avant tout parce qu'ils aiment leur travail et qu'ils réclament les moyens humains et matériels de bien le faire.

Les métiers que vous étudiez sont dans leur immense majorité féminins. Quelles en sont les conséquences sur l'évolution de carrière ? C'est un aspect important : 90 % des aides-soignants et des infirmiers sont des femmes,

c'est un invariant, un fait structurel qui a des conséquences sur les questions de reconnaissance et d'évolution de carrières. Au niveau de la reconnaissance, comme pour d'autres métiers féminins, subsiste le préjugé que les femmes seraient « naturellement » douées pour les exercer, avec leurs qualités soi-disant féminines de bienveillance, d'empathie et de compassion. Or, cette idée reçue revient à dévaloriser les compétences professionnelles qu'elles ont acquises pour exercer ces métiers.

Au niveau de l'évolution de carrière, les femmes ont des contraintes spécifiques du fait de la division sexuée des tâches domestiques qui les conduisent à faire une double journée. Mais les conditions de travail qui leur sont proposées peuvent être difficilement compatibles avec ces contraintes et leur demandent un certain nombre d'ajustements. Évoquant la façon dont les infirmières gèrent leur emploi du temps entre vie professionnelle et vie familiale, les sociologues Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller parlent de « jongleuses en blouse blanche ». Le jonglage suppose du travail pour développer son adresse, mais si le fragile équilibre se rompt, cela débouche sur des absences, voire un retrait partiel, temporaire ou définitif de la FPH. Avec le risque de priver les établissements d'un personnel qualifié. Dans le cadre d'une enquête récente, nous travaillons sur cette articulation entre vie familiale et vie professionnelle pour les agents exerçant dans des horaires atypiques, à l'hôpital ou ailleurs. Nous avons pu constater que certains employeurs proposent des solutions pour éviter ces ruptures de carrière. C'est le cas par exemple des crèches d'établissements. Mais lorsque celles-ci existent sans être réellement ajustées aux horaires auxquels sont souvent contraints les personnels de santé, par exemple parce qu'elles ferment le week-end, ou que les places n'y sont pas assez nombreuses, l'objectif n'est pas atteint. Les mesures qui témoignent du souci des personnes hospitalisées en même temps que d'une plus grande attention aux conditions de travail et d'existence des personnels peuvent contribuer, avec d'autres, à maintenir ceux-ci dans la FPH au long de leur cycle de vie et de leur carrière. ●

1. Depuis la rentrée de septembre 2009, la formation au diplôme d'État d'infirmier réalisée au sein des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) dure trois ans. Elle s'inscrit dans le cadre du système Licence-Master-Doctorat et permet d'obtenir le grade de licence.



2013

«Reconnaissance des compétences» (EPSOM d'Amiens).



© Baptiste Ligné / Otravista



2011

«Aide méthodologique à l'entrée en formation d'infirmier» (CH Daumézon, à Fleury-les-Aubrais).



© Marge Design

FOCUS

Former, qualifier et valoriser

Une fois la Fonction publique hospitalière intégrée, et quel que soit sa catégorie ou son échelon, un agent a la possibilité de continuer à se former pour progresser dans sa carrière. C'est l'une des raisons d'être de nombreux dispositifs de formation tout au long de la vie : faire monter en compétences, aider à valoriser ses acquis, rebondir ou encore décrocher un nouveau diplôme... et les actions inventives en la matière ne manquent pas.

En 2010, le CHU de Toulouse (Haute-Garonne) a été primé pour sa « *Préparation aux concours d'entrée en Institut de formation des aides-soignants par e-learning* ».

Il y a douze ans, cette action faisait figure de pionnière en utilisant l'enseignement à distance.

En 2011, le CH Daumézon à Fleury-les-Aubrais (Loiret) était récompensé pour son « *Aide méthodologique à l'entrée en formation d'infirmier* », action précieuse destinée à aider les aides-soignants à réussir leurs Études promotionnelles (EP). Autre levier, actionné cette fois en 2013 par l'EPSOM d'Amiens (Somme), qui lui a valu le Grand prix, la « *Reconnaissance des compétences* », professionnalise les travailleurs handicapés par la Reconnaissance des acquis de

l'expérience (RAE). La même année, le CHU de La Réunion était récompensé pour la création du « *DAEU Métiers de l'hôpital* », qui permet à des agents de catégorie C d'accéder au niveau bac, leur ouvrant les portes de la poursuite des études.



2021

« Compagnonnage
au bloc opératoire »
(CH de Sarlat).



© CH Sarlat

FOCUS

Le pouvoir de la transmission

Dans les établissements, tous les âges se côtoient, agents expérimentés et nouveaux arrivants, fraîchement diplômés ou encore en formation. Selon les appétences ou personnalités, des échanges se créent et il y a naturellement transmission entre pairs. Mais là où la formation professionnelle apporte ses atouts, c'est sur la formalisation de cette transmission : officialiser, encadrer, apporter de la méthodologie et des outils, définir clairement les rôles de chacun.

Au palmarès 2009, on trouve ainsi l'action « *Le tutorat des élèves infirmiers* » menée par l'hôpital Cœur du Bourbonnais (Allier), qui accueillait à l'époque près de 200 stagiaires infirmiers chaque année. Une formation spécifique a été organisée à l'attention des tuteurs, en partenariat avec un IFSI. Autre action sur ce thème, qui a valu le Grand prix au CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône) en 2015 : « *Transmettre son savoir en psychiatrie par le tutorat des seniors pairs* ». L'établissement offre ainsi un accompagnement tutoral à toutes les nouvelles recrues infirmiers et éducateurs spécialisés. Bien accueillir, accompagner et fidéliser sont les objectifs. Et tout récemment, en 2021, c'est le « *Compagnonnage au bloc opératoire* » créé

par le CH de Sarlat (Dordogne) qui a été mis à l'honneur. Cette action vise à faire découvrir le métier d'Ibode¹ à des infirmiers non spécialisés, pour les rassurer et les inciter à se former à cette spécialité qui manque d'effectifs.

1. Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État.

Prix Anfh

Palmarès des 15 éditions

2008

Grand prix

Formation « Action sociale – Santé mentale »
EPS Ville-Évrard (93)

Prix ex-æquo

- Implantation du projet de formation Nidcap en néonatalogie
CHRU Montpellier (34)
- Formation Nidcap 1988-2008
CHRU Brest (29)

Formation « Les gens du voyage »
CHI Alençon-Mamers (61)

Formation Oméga France (méthode pour apprendre à pacifier les états de crise des patients)
EPSM Lille-Métropole (59)

2009

Mise en place d'une « charte des (bonnes) relations au travail » à la blanchisserie interhospitalière des Pays de Rance
CH Saint-Malo (35) et Dinan (22)

Le développement des compétences managériales des cadres
CHU Dijon (21)

Le « tutorat » des élèves infirmiers
Hôpital Cœur du Bourbonnais, Saint-Pourçain-sur-Sioule (03)

L'évaluation des pratiques professionnelles dans le domaine de la formation continue
CH Mayotte Mamoudzou (976)

2010

Comment faire pour bien faire : la contention
CHG Saint-Brieuc (22)

Préparation aux concours d'entrée en Institut de formation des aides-soignants par e-learning
CHU Toulouse (31)

Mentions spéciales

Cinérasme
EPS Erasme, Antony (92)

Ateliers de conceptualisation des pratiques éducatives
Établissement Le Charmeyran, Grenoble (38)

Ateliers gourmands, ateliers maintenance électricité
CH Émile Roux, Le Puy-en-Velay (43)

2011

Accompagnement du personnel non qualifié : projet de classe ouverte
Ehpad La Seigneurie, Pantin (93)

Parcours d'un blessé de la vie
EP Saint-Antoine, L'Isle-sur-la-Sorgue (84)

Aide méthodologique à l'entrée en formation Infirmier diplômé d'État (IDE)
CHD Georges Daumézon, Fleury-les-Aubrais (45)

Prendre soin du sujet âgé atteint de troubles cognitifs dans le service de traumatologie
CHRU Lille, Hôpital Salengro (59)

2012

Grand prix

L'annonce en oncologie par la simulation avec la troupe de théâtre du CHU d'Angers
CHU Angers (49)

Simulation haute-fidélité : un outil pour la formation continue des équipes SMUR. L'exemple de la prise en charge de l'arrêt cardiaque
CH Chambéry (73)

Dispositif modulaire du pôle personnes âgées
CHU Dijon (21)

2013

Grand prix

Reconnaissance des compétences
Epsoms Georges Couthon & Nicolas Roussel, Amiens (80)

DPC médical et paramédical

Gestion pluridisciplinaire de la maladie de Parkinson
CHU Grenoble (38)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Ils forment, nous formons : actions vécues au quotidien pour les adultes âgés
Maison de retraite communale des Abers, Lannilis (29)

Métiers et compétences sociales et médico-sociales

DAEU Métiers de l'hôpital
CHU La Réunion (974)

2014

Grand prix

Handicap et vous ?

Une opération pour sensibiliser tout un établissement

CHU Hôpitaux de Rouen (76)

Métiers et compétences sociales et médico-sociales

Un centre de formation pour des apprentis en situation de handicap

IME Le Colombier,

La Roque-d'Anthéron (13)

Management et organisation du travail

Évaluation des pratiques en situation : évaluer pour évoluer

CH Belfort-Montbéliard (25)

Amélioration de la qualité des soins et prise en charge des patients

Former des personnes habilitées à pratiquer des aspirations endotrachéales

CHU Limoges (87)

DPC médical et paramédical

Soins palliatifs au domicile : former les soignants pour former les aidants

CHU Amiens Picardie –

CPA SimUSanté (80)

Mention spéciale du jury

Un guichet unique du DPC, en phase avec l'esprit du dispositif

CHU Saint-Étienne (42)

2015

Grand prix

Transmettre son savoir en psychiatrie par le tutorat avec des seniors pairs

CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (69)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Soigner dans une atmosphère d'humanité : élargissons nos horizons, raisonnement clinique à l'HCA

Hôpital de la Corniche Angevine, Chalonnes-sur-Loire (49)

Métiers et compétences sociales et médico-sociales

Formation à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée en institution

CH Mans et Établissement public de santé mentale de la Sarthe (72)

Management et organisation du travail

La place des agents des services hospitaliers qualifiés au sein de l'établissement

CH Ravenel, Mirecourt (88)

DPC médical et paramédical

La visioconférence comme outil d'apprentissage à la lecture critique d'articles scientifiques pour les paramédicaux :

une expérimentation de DPC

CHU Bordeaux (33)

2016

Grand prix

Distribution des repas

CHU Dijon (21)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Accueil des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes en Ehpad *CHU Reims (51)*

Management et organisation du travail

Manage Up' : des actions pour développer les pratiques managériales au service de la performance collective

CH Saint-Lô et Coutances (50)

DPC médical et paramédical

Formation à la réanimation du nouveau-né *CHU Caen (14)*

Mention spéciale

Enseigner le français aux mineurs isolés étrangers

Foyer dép. de l'enfance de Moulins (03)

2017

Grand prix

Optimiser la prise en charge du traumatisé grave

CH Avranches-Granville (50)

DPC médical et paramédical

Stimuler la vigilance de tous dans la prise en charge des patients

CH Carpentras (84)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Un jardin pour soigner les troubles psychiatriques

CHD Georges Daumézou (45)

Management et organisation du travail

Créer du lien et améliorer la coopération entre services

CH Laon (02)

2018

Grand prix

Humanisation des soins en réanimation adulte

CHI de Montreuil (93)

DPC médical et paramédical

Réflexion soignante sur la gériatrie

CHI Fréjus – Saint-Raphaël (83)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

La mise en place et l'organisation de formations de sensibilisation au handicap

CH Seclin-Carvin (59)

Catégorie Management et organisation du travail

Penser à soi pour mieux panser les autres
CH Tréguier (22)

Catégorie Métiers et compétences sociales et médico-sociales

Formation sur les violences sexuelles
EPSM Caen (14)

2019

Grand prix

Manutention des personnes âgées
Ehpad Les Signolles (23)

DPC médical et paramédical

Un groupe d'analyse de pratiques en psychiatrie : favoriser la réflexivité et le partage des décisions
CH Valvert (13)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Sensibiliser les soignants à la prise en soins des patients atteints d'obésité
CH Reims (51)

—
Projet de soins et projet de vie
CH Uzès (30)

Management et organisation du travail

Et si SHA changeait ?
Relevez le défi !
CHIC Alençon-Mamers (61)

2020

Grand prix

Méditation de pleine conscience à destination du personnel pour l'amélioration de la qualité de vie au travail
CHI des Vallées de l'Ariège (09)

Métiers et compétences sociales et médicales

Mettre en place une prévention globale durable de l'usure professionnelle
Ehpad Les Châtaigniers de Chauvigny (86)

DPC médical et paramédical

Parcours patient en situation de handicap entre le centre hospitalier et le CAS Saint-James
CH Avranches-Granville (50)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Sensibilisation aux violences intrafamiliales
GH Bretagne Sud (56)

Management et organisation du travail

La formation et l'implication des acteurs : les clés du succès du maintien dans l'emploi
CH Villefranche-de-Rouergue (12)

2021

Grand prix

Hybridation des parcours de formation : une réponse aux besoins spécifiques Covid-19
Centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie (80)

Métiers et compétences sociales et médico-sociales

Mooc Protection de l'enfance
Centre départemental de l'enfance et de la famille à Eysines (33)

DPC médical et paramédical

Formation mixte sur la défaillance respiratoire
Groupe hospitalier Brocéliande-Atlantique (56)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Former des référents pour accueillir les patients sourds
Groupe hospitalier Est Réunion (974)

—
Le compagnonnage en bloc opératoire
Centre hospitalier de Sarlat (24)

Management et organisation du travail

Un jeu de cartes pour se former au tri des Dasri et sécuriser l'élimination des déchets
Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (03)

2022

Grand prix

VAE aide-soignant hybride
Ehpad d'Argonne (55)

Métiers et compétences sociales et médico-sociales

Les normes HACCP en s'amusant
Ehpad de Comines (59)

DPC médical et paramédical

Gestion d'une urgence vitale en psychiatrie
EPSM Sud Bretagne-Charcot (56)

—
Simulation à la prise en charge des situations d'urgences vitales d'un nouveau-né en salle de naissance
Centre hospitalier de Béziers (34)

Amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge des patients

Mauvais traitement à l'enfance : dépister et soigner
Hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône (69)

**Anfh - Service
communication**

Design :
Atelier Marge Design

Entretiens :
Emmanuel Haddad

Illustrations :
Raphaelle Macaron

Impression :
Decombat, juin 2022



Anfh

Siège
265, rue de Charenton
75012 Paris

01 44 75 68 00
communication@anhf.fr
www.anfh.fr
 [@ANFH_](https://twitter.com/ANFH_)