



OSONS TRAVAILLER AUTREMENT

Et si on valorisait les professionnels
de santé ?

THESE PROFESSIONNELLE DE
Laetitia GOASGUEN

SOUS LA CO-DIRECTION DE
Aude NYADANU et Matthieu ROBERT

MASTERE SPECIALISE SUSTAINABLE « INNOVATION BY DESIGN »

2022 – 2023

ENSci
LES ATELIERS

POSSONS TRAVAILLER AUTREMENT

Et si on valorisait les professionnels
de santé ?

THESE PROFESSIONNELLE DE

Laetitia GOASGUEN

SOUS LA CO-DIRECTION DE

Aude NYADANU et Matthieu ROBERT

MASTERE SPECIALISE SUSTAINABLE « INNOVATION BY DESIGN »

2022 – 2023

ENSci
LES ATELIERS

AVANT-PROPOS

"Wow, c'est vraiment admirable ce que tu fais. Tu es là pour les patients dans les moments les plus difficiles de leur vie. Voir autant de détresse, de maladie, et rester là, forte, pour apporter du réconfort. Ton travail va bien au-delà d'une simple profession, c'est une véritable vocation, n'est-ce pas ? »

Que répondre à cette question ? Je ne dirais pas que j'ai eu la vocation¹ au sens traditionnel du terme. Pour moi, ce sont plutôt mes valeurs profondes et le désir de me sentir utile qui ont guidé mes choix tout au long de ma vie. J'ai toujours voulu contribuer à apporter du réconfort et accompagner les gens. C'est cela qui me motive chaque jour.

Ma carrière débute par le métier d'aide-soignante². À tout juste 18 ans, l'immersion dans la maladie, la douleur et la mort n'a pas été chose aisée. J'y ai appris les codes, l'attention à l'autre et l'humour pour accompagner les « maux » et trouver les bons mots. Je me suis « blindée » et j'ai avancé. Adaptabilité et flexibilité sont des compétences indispensables. Ouvert jour et nuit, 7/7j, les professionnels de santé doivent répondre à l'appel, car les malades n'attendent pas ! Les opportunités de la vie m'ont conduit à franchir les étapes et exercer plusieurs métiers dans le domaine de la santé (infirmière, cadre de santé, formatrice, chargé de mission qualité et gestion des risques, cadre supérieure). J'ai soigné, accompagné, contrôlé, managé, qualifié.

¹ Du latin « vocatio » littéralement « un appel, être appelé », a une origine religieuse avec un acte d'engagement que l'on donne à Dieu.

² Note : pour des raisons de simplification et de compréhension, l'écriture inclusive ne sera pas utilisée à chaque fois. Lorsque j'emploie les termes « aide-soignante » ou « infirmière », ou toute autre profession, cela englobe leur pendant masculin.

Avec le temps, l'hôpital est devenu en quelque sorte un refuge et une grande famille. Après 20 ans d'exercice, je considère que j'ai une vision experte de l'hôpital. Je n'ai plus ma naïveté du début, mais j'ai toujours ma curiosité qui me pousse à m'interroger sans cesse. C'est avec un regard satisfait que j'observe que le patient commence à avoir plus de place dans le système. Le chemin sera long pour qu'il devienne un utilisateur reconnu, mais la démarche est enclenchée.

Qu'en est-il pour les professionnels de santé ? La société change-t-elle de regard sur leurs travaux et leurs engagements ? J'entends ici par professionnels de santé, les femmes et les hommes qui participent à la prise en soins des patients de près ou de loin (paramédicaux, médecins, encadrements, directions...). Les ouvrages et articles de presse regorgent de témoignages de mal-être avec une litanie de constats amenant plus de questionnements que de réponses : pourquoi l'hôpital se dégrade ? Pourquoi les soignants fuient l'hôpital ? Pourquoi travailler dans la santé ne fait plus rêver ? Pour beaucoup, la COVID-19 a mis en lumière toute cette souffrance. Il était temps. Des démarches à fort impact ont été mises en place avec un espoir de combler les erreurs du passé. Alors efficace ? Non. Aujourd'hui, les projecteurs sont de nouveaux éteints et la souffrance est toujours là. Moi-même, j'ai expérimenté la souffrance au travail. Je me suis retrouvée dans des situations d'injonctions contradictoires. Combien de fois ai-je dû appliquer des projets ou décisions en sachant pertinemment qu'ils étaient voués à l'échec ? J'ai tenté, avec ma voix, d'apporter mon expertise et de proposer

de nouvelles approches, mais l'environnement complexe, contraint et culturel ont été parfois des murs infranchissables.

Pour revenir sur la période post COVID-19, elle n'a pas eu que des mauvais côtés. La création d'une cellule innovation post COVID au sein de mon établissement m'a ouvert de nouvelles perspectives. Considérée comme un gadget pour certains et une perte de temps pour d'autres, elle a eu le mérite de m'initier à une autre approche du travail, une autre manière de penser. J'ai découvert un terrain fertile où la créativité, la curiosité et la conscience éthique convergent pour répondre à mes questionnements qui deviennent de plus en plus pressants.

Comment replacer l'humain au cœur ?
Comment remettre en avant les soignants, héros d'un temps pas si lointain ?
Comment s'émanciper ?
Comment oser ?

Cette thèse professionnel se veut être un récit engagé. Il n'est pas un article de journal ou de magazine qui retrace la vie de l'hôpital. Il est l'opportunité de se questionner, d'explorer les pistes possibles et souhaitables, et d'agir pour trouver des solutions durables pour faire de l'hôpital un lieu où il fait bon soigner et être soigné.

REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à exprimer ma reconnaissance à mes directeurs de thèse professionnelle, Aude NYADANU pour sa rigueur et sa méthodologie, et Matthieu ROBERT pour son œil averti et son implication des derniers instants.

Merci à tous les professionnels interrogés Françoise, Gaëlle, Matthieu, Inès, Armelle, Elisabeth, Jordan, Eddy, Valérie C, Alexis et Valérie R. pour avoir partagé avec moi leurs expériences, leurs émotions et plus encore.

Merci à mes collègues et amis pour leurs encouragements et leurs conseils bienveillants.

Je souhaite également remercier mes camarades de promotion pour les petits mots de soutiens durant cette année.

Et bien entendu, merci à mon époux et mes enfants qui m'ont soutenu durant cette longue année.

LISTE DES FIGURES ET SCHEMAS

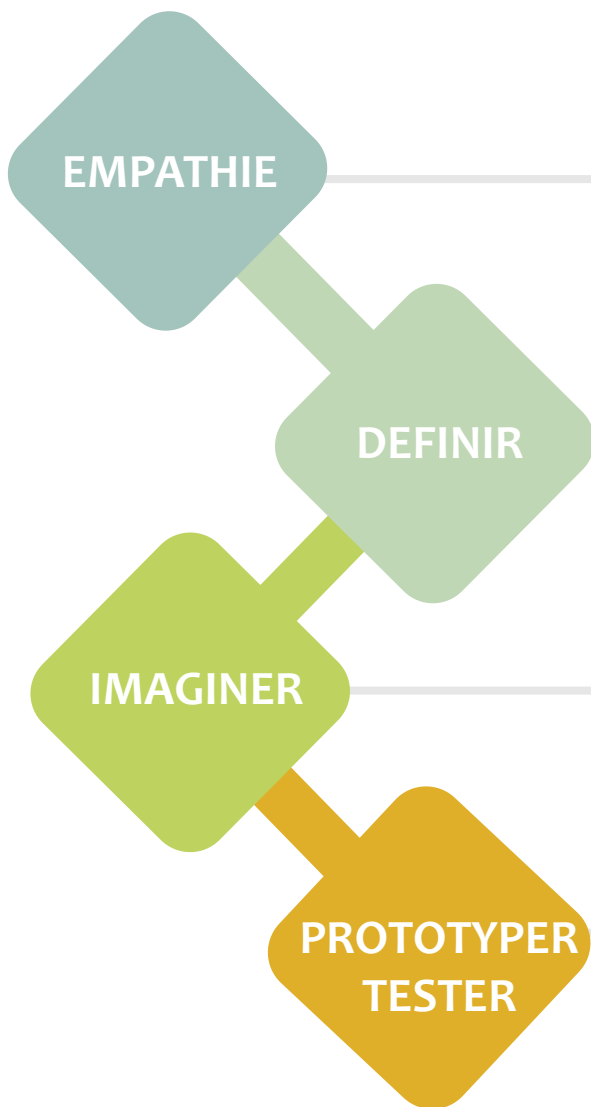
Figure 1	Double Diamant Design Thinking	9
Figure 2	Les registres du travail	14
Figure 3	Cartographie du système de santé	22
Figure 4	Représentation, en pourcentage, de la répartition des métiers à l'hôpital	23
Figure 5	Représentation du pouvoir hiérarchique à l'hôpital	24
Figure 6	Représentation des relations de pouvoir et d'influence entre les acteurs hospitaliers	26
Figure 7	Représentation du pouvoir réel	27
Figure 8	Carte d'empathie	31
Figure 9	Serpent de mer	35-36
Figure 10	Nuage de mots des compétences transversales des professionnels de santé	47
Figure 11	Listing des idées par thématiques	53
Figure 12	Mind map des idées	56
Figure 13	Quatre types de management	62
Figure 14	Matrice 2x2 des idées	64
Schéma 1	Etat d'esprit du Design Thinking résumé par IDEO	7
Schéma 2	Phase de divergence et de convergence au sein d'un Diamant	7

**« Demain ne sera pas comme hier.
Il sera nouveau et il dépendra de nous.
Il est moins à découvrir qu'à inventer. »**

In La phénoménologie du temps et prospective.

Gaston Berger

SOMMAIRE



Avant-propos **V**
Remerciements **VII**
Liste des figures **IX**
Listes des schémas et tableaux **XI**

Introduction **1**
Etat D'esprit Design Thinking **5**

1 – Bilan de santé de l'hôpital 12

A - Sens au travail et pouvoir d'agir : clés essentielles pour les professionnels de Santé **13** **21**
B - L'hôpital : un système complexe avec ses codes et ses jeux de pouvoir
C - Témoignages des professionnels de santé **29**

2 – L'hôpital est en souffrance 38

A - Les origines du mal être sont multiples **39**
B - Comment y répondre ? **48**

3 - Les idées amènent à une solution 51

A - Les témoignages donnent de nombreuses pistes **52**
B - S'inspirer permet de nourrir les idées **57**
C - La formation au Design Thinking, enrichie par les soft skills, est la solution retenue **63**

4 – Prototypage et bêta-test d'un atelier dédié aux soft skills 70

A – Prototypage de l'atelier **71**
B – Beta test **74**

Analyse critique **78**
Conclusion **80**
Glossaire **82**
Bibliographie **84**

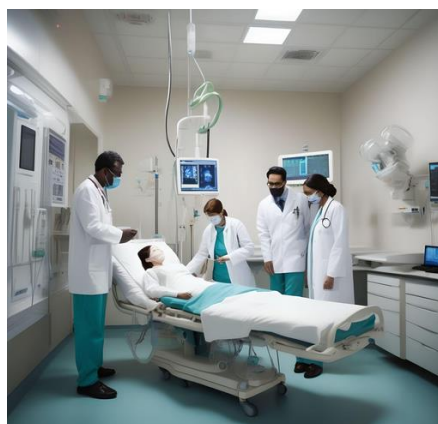
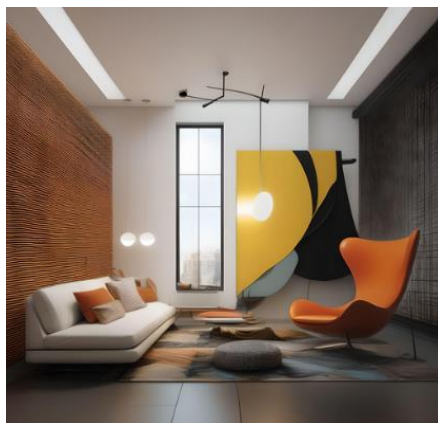
INTRODUCTION

En tant que discipline, le design et le monde de la santé semblent initialement éloignés, voire opposés.

Afin d'avoir un avis neutre, j'ai demandé à l'Intelligence Artificielle Chat GPT sa définition du design et de la santé. Voici sa réponse : « *Le design est axé sur l'esthétique, la créativité et l'innovation. Tandis que la santé vise la recherche de la meilleure prise en charge du patient avec une efficacité technique et thérapeutique* ». Les images, ci-dessous, produites par l'intelligence artificielle incarnent cette définition en mettant en contraste les couleurs, les formes courbes, ainsi que la présence ou l'absence de l'homme.³

Pourtant, le design va au-delà de la simple esthétique et de la fonctionnalité. Il englobe l'art de trouver un équilibre entre la forme et la fonction, tout en anticipant les évolutions futures. Il permet de communiquer, d'exprimer des idées et de susciter des émotions. Tandis que le champ de la santé englobe, en plus des soins techniques, des soins empathiques et éthiques. Son objectif est de permettre à tout individu d'être dans « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »⁴

Au-delà de ces oppositions de surface, les deux champs, au contraire, se superposent. Ils recherchent l'amélioration de l'expérience de l'utilisateur, anticipent le futur pour améliorer le quotidien, et sont pourvoyeur d'innovation.



Images générées par IA

Malheureusement, et malgré ces convergences, le design éprouve des difficultés à s'intégrer dans le milieu hospitalier. Les barrières culturelles, les strates hiérarchiques et les problématiques organisationnelles paraissent ériger des barrières infranchissables. Néanmoins, par-delà les défis, de nombreuses initiatives réussies illustrent un intérêt croissant pour une collaboration entre ces deux mondes. C'est dans ce contexte, entre l'évidence de la collaboration et les défis de leur mise en

³ Prompts demandés : pour le design « Image qui représente le design » ; pour la santé « Image qui représente le monde de la santé »

⁴ Définition de la santé selon de l'Organisation Mondiale de la Santé

œuvre, que se dessine le sujet de cette thèse professionnelle.

L'hôpital est en crise. Ce constat n'est pas nouveau. Pendant longtemps, les réformes ont tenté d'éviter un naufrage. Elles ont donné une réponse bureaucratique, économique et organisationnelle, mais on le sait pour peu d'efficacité.

Pourquoi ? La réponse la plus simple est que peut-être, on a oublié l'élément essentiel : **le facteur humain**. Quelles personnes, sinon ces femmes et ces hommes qui sont directement engagés sur le terrain, peuvent discerner les mesures nécessaires pour améliorer le quotidien, favoriser les parcours de soins de qualité, et organiser le temps de manière avec efficacité ? car le sujet est crucial. Le mal-être des soignants est endémique. Ils expriment ne pas être entendus, ni consultés et « être des pions. »

Dans ce contexte, en qualité de soignante et d'apprentie designer, je souhaite devoir m'interroger sur comment contrer ces sentiments en recherchant des leviers d'actions. La question fondamentale qui sera le fil rouge de cette thèse professionnelle est la suivante :

Comment redonner du pouvoir d'agir aux professionnels de santé afin de retrouver un sens au travail ?

Pour répondre à cette question épineuse et complexe, j'ai choisi d'utiliser la méthodologie du Design Thinking (DT) avec cinq grandes parties. En amont de celles-ci, je ferai un rappel théorique de la démarche.

La première partie, appuyée par la phase **EMPATHIE**, se déploiera en trois chapitres, tous complémentaires les uns aux autres. Le premier définira les concepts de « sens au travail » et de « pouvoir d'agir ». Il convient de les définir dès le départ pour comprendre les « ressentis » des professionnels de santé. Le second permettra d'appréhender la complexité de l'environnement hospitalier, et de manière globale le système de santé. Le dernier chapitre, quant à lui, sera une photographie de ces onze entretiens réalisés donnant la voix aux professionnels de santé (souvent négligés), tout en mettant en lumière les défis concrets auxquels ils font face.

Dans **une seconde partie, DEFINIR**, les informations et les observations recueillies permettront de mettre en avant que nous ne prenons pas soin de nos soignants et que ceux-ci ont des compétences non valorisées. La problématique suivante sera formulée suite à ces constats « Comment pouvons-nous favoriser le pouvoir d'agir des professionnels de santé dans leur quotidien afin qu'il retrouve du sens au travail ? »

La troisième partie, IMAGINER, se situe dans la recherche de solutions par les professionnels de santé interrogés, en lien avec cette problématique. Les idées seront triées, catégorisées, et enrichies par des expériences françaises et internationales dans ce domaine. La

solution choisie répondra à deux indicateurs fondamentaux : la notion de faisabilité et d'impact.

La quatrième partie, PROTOTYPER et TESTER, sera consacrée à réfléchir et construire un atelier dédié aux soft skills avec un bêta-test et une analyse critique de celui-ci.

Cette thèse professionnelle aspire à impacter durablement et positivement le quotidien des soignants, en offrant une voie vers la réappropriation de leur pouvoir d'agir et la redécouverte du sens profond de leur engagement professionnel. En parallèle, elle se propose de mettre à l'épreuve le concept du design thinking, explorant ainsi ses diverses dimensions pour acquérir une compréhension experte et concrète de cette approche.

ETAT D'ESPRIT DU DESIGN THINKING

Histoire et évolution du Design Thinking

L'histoire du DT est intrinsèquement liée à l'histoire du design. En voici un bref résumé. À partir des années 50, le publicitaire américain, Alex Osborn, met au point la technique du brainstorming, qui sensibilise et démocratise pour la première fois le monde de l'entreprise à la notion de « *pensée créative* » souvent réservé aux designers. En 1969, dans son livre « *The Science of Artificial* », l'économiste Herbert A. Simon, considère le design « *comme une nouvelle façon de penser* ». ⁵ Il pose les premières bases d'un mode de résolution de problème conciliant ingénierie et créativité. Celles-ci vont s'étoffer jusqu'à faire apparaître, pour la première fois, le terme de DT en 1987, par Peter G. Rowe, professeur à Harvard. Mais c'est seulement dans les années 1990, qu'il devient populaire grâce à des institutions comme Stanford et IDEO. La démarche s'étend à tous les domaines du design.

Au fil des décennies, le DT évolue et devient un art créatif. L'approche favorise l'empathie, l'intelligence collective et l'expérimentation pour développer des solutions innovantes qui répondent véritablement aux besoins des utilisateurs. Elle remet en question les hypothèses, réexamine les problèmes de manière globale, et adopte une posture itérative pour parvenir à des résultats efficaces.

Définition

Il n'existe pas vraiment une définition qui fait consensus tant l'approche diffère selon son angle de vue. Je vais m'arrêter sur celle de Tim Brown, cofondateur de l'agence IDEO dans son ouvrage « *Change by design* » et ce, pour deux raisons.

La première est qu'elle résume assez simplement cette approche. « *Le design thinking est une discipline qui utilise la sensibilité, les outils, et les méthodes des designers pour permettre à des équipes multidisciplinaires d'innover en mettant en correspondance attente des utilisateurs, faisabilité et viabilité économique* ». ⁶

La seconde est que cette définition se complète avec « *l'état d'esprit* » ⁷ que met en avant Tim Brown dans son ouvrage. En effet, cette discipline n'est pas une boîte à outil qui permet de résoudre tous les grands problèmes rencontrés. Elle est avant tout un mode de pensée. Pour le posséder, l'utilisateur doit démontrer un certains nombres de valeurs et de qualités illustrées ci-dessus.

- Empathie : capacité de passer de la posture d'expert à celle de débutant et à solliciter sa sensibilité afin de déceler des informations qui pourraient échapper autrement.
- Optimisme : capacité de dépasser les moments d'incertitude en étant convaincu qu'une solution au problème existe.

⁵ Simon, Herbert A. « *The sciences of the artificial*, 1969 ». Massachusetts Institute of Technology, 1981

⁶ *L'esprit design*, Brown Tim, 2019, p. 22

⁷ *L'esprit design*, Brown Tim, 2019

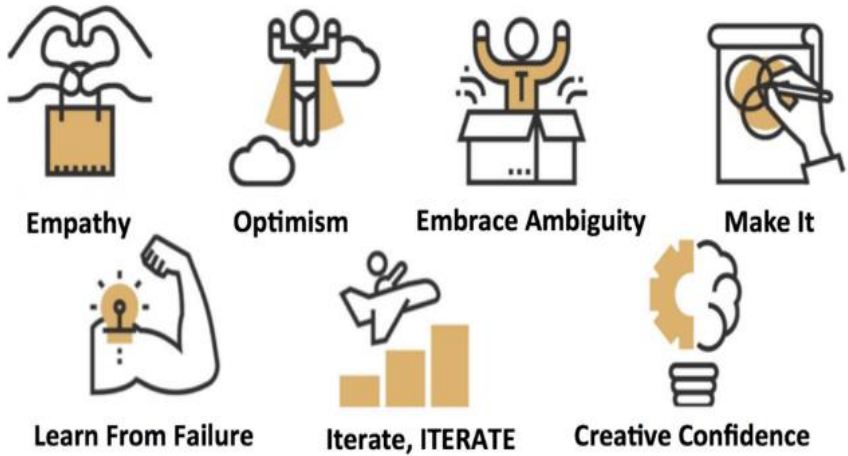


Schéma 1 : état d'esprit du DT résumé par IDEO

- Accepter l'ambiguïté : capacité d'accepter l'inconfort de l'incertitude face à la résolution d'un problème, afin de favoriser l'émergence d'idées créatives et de solutions inattendues.
- Faire : conviction que réaliser du concret permet de comprendre et de penser.
- Apprendre de l'échec : capacité d'accepter les échecs, d'apprendre et d'améliorer ses pratiques face à ceux-ci.
- Itérer, itérer, itérer : conviction que revenir régulièrement vers l'utilisateur permet d'affiner la solution.
- Faire confiance à sa créativité : capacité d'avoir foi en ses idées, en son instinct pour trouver de vraies solutions aux problèmes des utilisateurs.

Le double diamant

Cette analogie visuelle sert à illustrer les phases itératives du design thinking, qui impliquent à la fois l'expansion et la contraction à chaque étape de la réflexion. Comme le démontre ce schéma,⁸ la démarche n'est pas une réflexion linéaire.

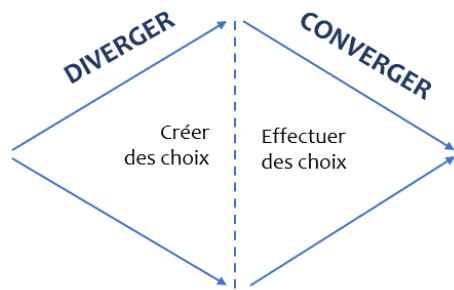


Schéma 2 : phase de divergence et de convergence au sein d'un diamant

⁸ L'esprit design, Brown Tim, 2019, p.64

- La phase de divergence permet d'explorer les champs et de s'immerger, évitant ainsi les idées pré-conçues.
- La phase de convergence contraint d'affiner et de décider l'orientation à prendre selon les besoins des utilisateurs.

ouvre la voie à des solutions intégrées et durables.

Le schéma ci-dessous représente d'une manière visuelle la démarche du double diamant du design thinking.

Cette logique s'applique aux deux diamants, tant à celui du problème qu'à celui de la solution. Il est à noter que bien que les étapes soient clairement définies, les objectifs, voire les intentions, peuvent fluctuer en fonction des découvertes en cours de route. La pensée design n'impose pas de séquençage. Au contraire, elle valorise l'intuition et la curiosité.

Innovation centrée sur l'humain

Elle constitue le socle fondamental d'une démarche efficace en matière de conception. En plaçant les besoins, les expériences et les préoccupations des utilisateurs au cœur du processus, la démarche assure la pertinence et l'impact des solutions proposées, car elle permet de créer des produits, services ou expériences qui répondent authentiquement aux attentes et aux aspirations des individus concernés.

Collaboration et multidisciplinarité

Réunir des expertises variées au sein d'une équipe favorise l'émergence d'idées novatrices puisque les différentes perspectives, compétences et connaissances complémentaires s'entrecroisent pour résoudre des problèmes de manière holistique. Cette approche collaborative enrichit la créativité, stimule la pensée critique et

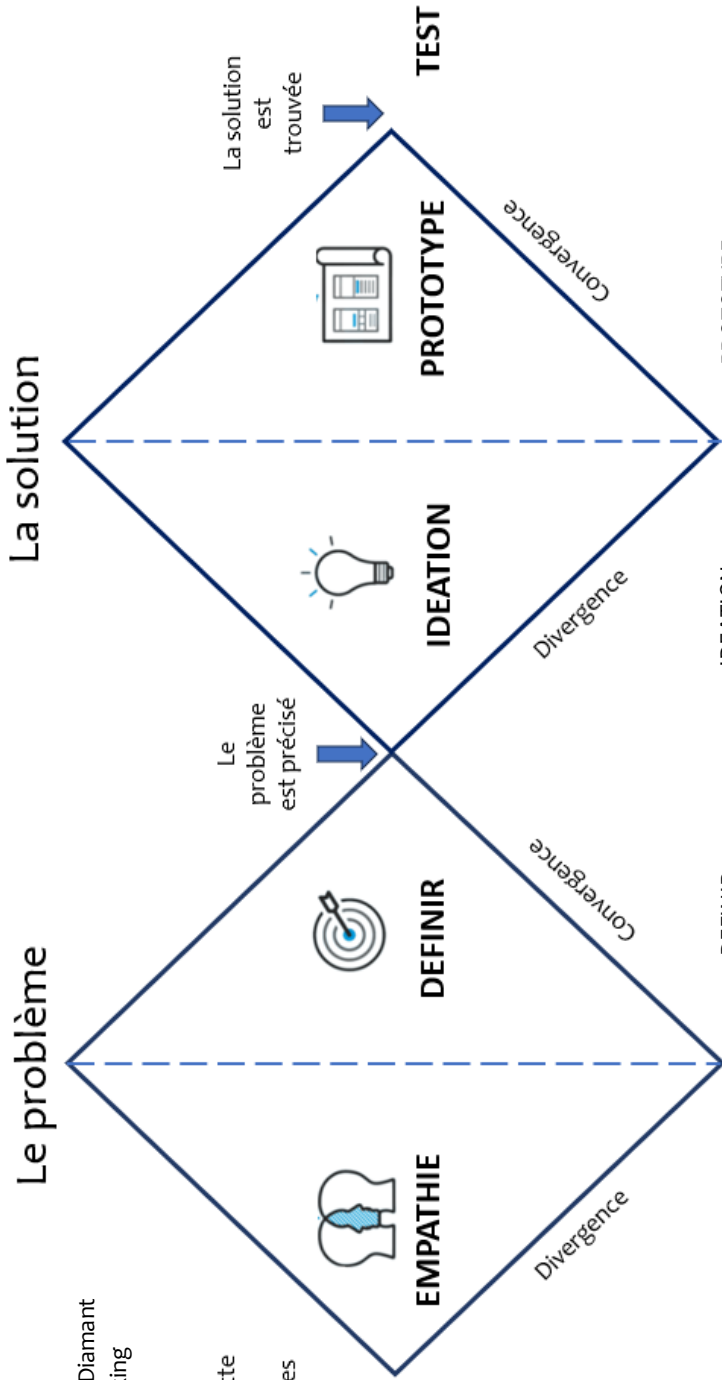


Figure 1 : Double Diamant
Design Thinking

EMPATHIE

Découverte des utilisateurs afin de comprendre leurs besoins. Il s'agit de se mettre à sa place pour collecter des informations sensibles sur son mode de vie, ses ressentis, et ses motivations.

DEFINIR

Reformuler et définir clairement le problème à résoudre, en se basant sur les informations recueillies.

IDEATION

Générer une multitude d'idées créatives pour résoudre le problème identifié. Il n'y a pas de limite à la créativité à ce stade, et l'accent est mis sur la quantité plutôt que sur la qualité des idées.

PROTOTYPE

Création de représentations visuelles de l'idée, plus ou moins élaborées. Le prototype doit permettre d'évaluer le potentiel de la solution. Il doit être simple et peu coûteux.

TEST

La solution envisagée est confrontée à la réalité des usages. Ce processus itératif est continu jusqu'à ce qu'une solution satisfaisante soit atteinte.

Le Design Thinking et le monde hospitalier : un état d'esprit similaire

Les professionnels de santé doivent sans cesse innover pour répondre aux besoins des patients et aux leurs. Néanmoins, dans la pratique, les idées sont souvent conçues en interne, sans consulter les utilisateurs finaux. Cela engendre fréquemment un décalage entre les outils ou les organisations mises en place et les besoins réels, se traduisant par des solutions souvent inappropriées ou négligées dans le quotidien.

Le DT offre un moyen de combler cet écart, car l'état d'esprit de cette démarche est en résonance directe dans le domaine sanitaire. Tout d'abord, l'empathie, pierre angulaire de l'approche, se trouve être une valeur clé du monde de la santé. Les professionnels, souvent confrontés à des situations sensibles l'utilisent pour comprendre profondément les émotions, les attentes et les préoccupations de patients, et pour saisir les opportunités de solutions.

Ensuite, la phase d'idéation et de conception sont tous aussi pertinents dans cet environnement hospitalier. L'engagement actif des équipes de soins multidisciplinaires et des patients, permet d'identifier des idées et des solutions novatrices. Cette démarche participative renforce la transparence et la communication, éléments essentiels pour bâtir une relation de confiance entre les usagers du système de santé (patients et professionnels de la santé). En dernier lieu, je rajouterai que participer à un projet de design thinking revient à accepter de sortir de sa zone de confort. Le cheminement entre le problème posé et la solution est long et sinueux avec des moments de profonde incertitude. Les activités sont autant cérébrales que manuelles ou sensorielles. Et les pistes d'innovations peuvent sortir des domaines d'expertise des participants. Par conséquent, le design thinking fait aussi bien appel à des ressources comportementales et personnelles qu'à l'expertise technique. Ressources que possèdent les professionnels de santé tant ils doivent s'adapter face à l'instabilité de leur quotidien.



Limites

Je vais tout de même nuancer cet enthousiasme, car même si la démarche apporte des bénéfices, elle présente cependant des limites. Natasha Jen's (designer à Pentagram) a critiqué son efficacité, lors de son intervention dans la conférence d'Adobe 99U, intitulée « Design Thinking Is Bullshit. »

Elle met en lumière les défauts de cette approche, avec un peu d'humour :

- Le design s'aligne sur l'intuition humaine. Certaines solutions élaborées à travers le processus de design thinking se sont révélées coûteuses malgré leur évidence.
- Le design manque de critique. La créativité est favorisée quand on laisse libre court à son imagination or, Natasha Jen's, considère que la critique est indispensable afin d'éclairer les participants sur les détails à rectifier ou améliorer dans leur travail.

En lien direct avec le monde de la santé, en 2018, le CDC (Centers for Disease Control and Prevention) a analysé 24 études pour déterminer la place du DT à l'hôpital. Il a été conclu que certaines étapes ne sont pas toujours mises en œuvre comme « *le brainstorming* » ou « *le prototypage* » au vu « *des risques encourus pour des raisons de faisabilité, normes et sécurités.* » Par ailleurs, il semble que « *le processus itératif propre au design thinking, ainsi que la sollicitation du personnel soignant et/ou des patients pour conduire des entretiens demandent beaucoup d'énergie à*

des personnes fragiles et/ou surmenées. »⁹

Effet de mode ou effet pérenne

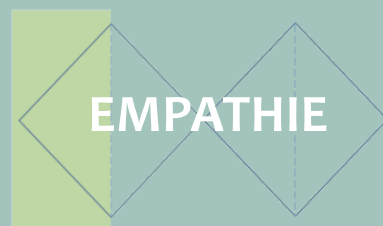
Il est indéniable que le DT offre de réels bénéfices, car il crée de la valeur et de l'innovation. Mais il nécessite une réflexion en amont pour ne pas provoquer des déceptions et un rejet total de cette discipline. Certaines personnes comme Bruce Nussbaum, professeur d'innovation et de design, parle d'une « expérience ratée ». Il annonce carrément la mort du design thinking. Selon lui, il faut changer de paradigme, car la démarche est devenue sclérosante. A trop vouloir en faire, on le fait mal.

Quel est son avenir à l'hôpital ?

Je terminerai cette partie théorique par une note positive et engagée. Le système de santé, souvent caractérisé par son inertie et sa résistance au changement, peut tirer d'énormes bénéfices de cette approche. Le Design Thinking offre une des clés pour travailler autrement.

Ainsi, bien que certains puissent prédire la fin du design thinking, son potentiel transformateur à l'hôpital s'affirme comme une nécessité. L'hôpital a besoin de se faire entendre, de comprendre les véritables besoins de ses parties prenantes, et le design thinking peut-être un vecteur de ce changement.

9 Altman, M., Huang T. T.K. et Breland J. Y. (2018). « Design Thinking in Health care », Preventing Chronic Disease, https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0128.htm



1 - BILAN DE SANTÉ DE L'HÔPITAL

À l'hôpital se croisent des destinées singulières, des histoires ordinaires et des vies parfois bouleversantes. Plus que du soin ou un travail, on vient y trouver du sens. Car oui, on ne choisit pas ce domaine par hasard. Chaque professionnel de la santé, en tant qu'acteur, porte en lui une motivation, qu'elle soit consciente ou inconsciente, le guidant sur cette voie.

Dans cette première partie, je définirai les concepts de sens au travail et de pouvoir d'agi afin d'appréhender pourquoi ils ont tant d'importance et d'impacts dans le domaine de la santé. Ensuite, je décrirai l'organisation hospitalière pour comprendre la complexité de cet environnement. Enfin, je donnerai la voix aux professionnels de santé au travers de onze entretiens. Ils ont permis de mettre en exergue, au-delà des clichés, la réalité de leur quotidien et leurs compétences sous exploitées.

A - Sens au travail et pouvoir d'agir : clés essentielles pour les professionnels de Santé

De nos jours, le travail ne se résume plus à une simple source de revenus, mais revêt une dimension plus complexe, où l'accomplissement personnel et professionnel se mêle à l'aspiration à donner un véritable sens à nos actions. En parallèle, le pouvoir d'agir permet de façonner notre environnement professionnel et contribuer activement à notre propre épanouissement. Dans ce chapitre, je tenterai de disséquer ces deux notions afin de prendre conscience de leur importance à l'hôpital où elles sont sans cesse remises en question. Pour ce faire, la première partie abordera la notion de « sens » et de « travail » pouvant être, pour certains, une quête idéologique. Et la seconde partie s'attardera sur le pouvoir d'agir comme levier incontournable.

1 - Avoir du « sens au travail » est une aspiration légitime

Le sens que l'on donne au travail est lié historiquement à notre perception du « travail ».

Pour bien comprendre son histoire, en voici un bref résumé :

Dans la culture judéo-chrétienne, il représente la punition de Dieu en lui infligeant de « *gagner son pain à la sueur de son front* ». Au siècle des lumières, il est vu comme « *le devoir de l'homme social* »¹⁰ qui met en évidence que la richesse est essentiellement produite par le travail. L'ère industrielle et le libéralisme qui s'en suit, apportent une vision dualistique : le peuple acquiert des libertés individuelles et s'épanouit, mais l'égalité n'est pas encore là. L'homme est broyé, perdu dans une

organisation absurde et mécanique comme le montre cette affiche du film, ci-dessous, « Les temps modernes », en 1936, avec l'acteur Charlie Chaplin.



Source : France TV

¹⁰Du contrat social », Jean-Jacques Rousseau, 1762, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61325137/f12.item>

Après la Seconde Guerre mondiale, le rapport au travail des travailleurs change. « L'effort de guerre se transforme en effort républicain. Le travail est ainsi devenu un engagement citoyen ».¹¹ Mai 68, autre période, autre sens du travail. Les jeunes générations scandent qu'il faut « cesser de perdre sa vie à la gagner ».¹² Ils contestent la société de consommation dans laquelle la France a basculé et refusent le monde du travail qui les attend. 1973, choc pétrolier. Apparition de la notion du « syndrome d'épuisement professionnel ». La mondialisation et le capitalisme à outrance ont mis le coup de grâce avec une frénésie de productivité au détriment des rapports humains. « La mondialisation a eu pour effet de désincarner le propriétaire de l'entreprise. Quand celle-ci est détenue par un fonds de pension américain ou

japonais, sait-on encore vraiment pour qui et pour quoi on travaille ?¹³ C'est à cette période qu'un référentiel du travail a été défini par Vincent de Gaulejac, sociologue clinicien, pour poser la notion du travail. Il fait consensus aujourd'hui. Il est composé de trois notions « l'Avoir », « l'Être », et « le Faire ». J'ai tenté, ici, de les représenter de manière visuelle et synthétique. Parfois contradictoires, ces différents registres sont pourtant souvent complémentaires, et reflètent toujours la complexité humaine.

Le sens au travail se définit par la fierté individuelle et collective du « travail bien fait ».

Dans son livre « Donner du sens au travail », caroline Arnoux-Nicolas développe très précisément ce concept. Je vais en résumer une partie. Elle explique qu'il est essentiel de comprendre que le sens au travail est une « notion complexe et fluide ». Le travail n'est qu'une « valeur marchande, pas une valeur morale ». Il est conscient ou inconscient. Il passe par des phases d'idéalisation, de désillusion, d'ajustement et d'élaboration collective. Bref, le sens au travail se construit au quotidien pour « atteindre le Graal qu'est le bonheur au travail ! »¹⁴

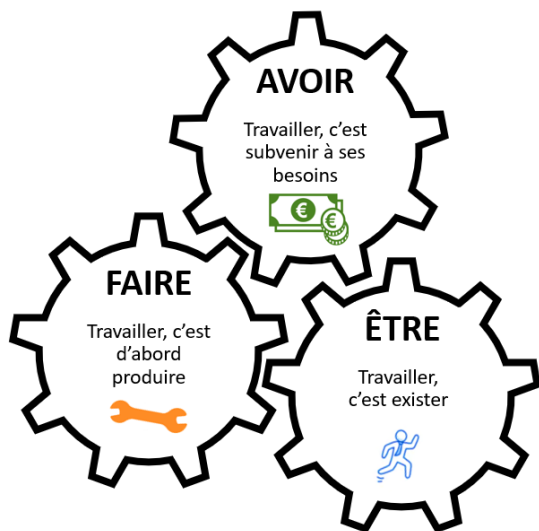


Figure 2 : les registres du travail

11 « Histoire et travail : quelques repères et une perspective », Georges Hanne, 2006, <https://journals.openedition.org/framespa/61>

12 Ibid.

13 François Dupuy, sociologue, <https://www.observatoire-ocm.com/interviews/francois-dupuy/>

14 Arnoux-Nicolas, caroline. « Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ? », *Donner un sens au travail. Pratiques et outils pour l'entreprise*, sous la direction de Arnoux-Nicolas caroline. Dunod, 2019, pp. 3-58.

La question est de savoir si cette quête est d'ordre purement individuel ou collective.

Selon Christophe Dejours, docteur en psychologie, et psychanalyste, l'individu doit se responsabiliser et s'engager dans des démarches proactives au sein de l'entreprise. « *C'est à chacun de donner du sens à son travail en se dépassant pour réaliser un travail de qualité, en entretenant des relations constructives avec ses collègues, en se donnant les moyens d'évoluer* ». ¹⁵

Pour d'autres comme Marie Pezé, docteur en psychologie et psychanalyste, spécialiste dans la souffrance au travail, c'est le collectif qui donne du sens. Dans son livre, ¹⁶ elle relate une réalité effrayante sur la place de l'individu au sein d'une entreprise et de sa non-maîtrise de son destin. Chacun tente de garder la tête hors de l'eau, mais à quel prix ?

À mon sens, les deux idées sont indissociables, car chacun se nourrit de l'autre. Si l'individu doit être proactif, le collectif doit être bienveillant. Comment ? En favorisant le soutien mutuel, la collaboration, le partage de la technicité du geste, la créativité et l'innovation... D'où l'utilité de ménager les temps formels et informels où peut se construire le sens entre pairs et dans les équipes. Avec cette force, on créera une intelligence au singulier et une intelligence plurielle.

Le sentiment d'utilité au travail est plus vaste qu'un choix de métier.

David Graeber, anthropologue anarchiste, le revendique. Il révèle dans son

livre « *Bullshit jobs* » en 2018 qu'aux yeux de nombreux salariés leurs emplois sont dénués de sens. Il existe d'un côté les métiers indispensables qui servent véritablement à quelque chose comme les métiers de bouche, de la santé, de la collecte des ordures ménagères ; et de l'autre, les métiers non-indispensables qui « *servent uniquement à nous occuper* » ¹⁷ notamment dans le secteur tertiaire (management, RH, conseil, communication, ...). Sa vision est plus que radicale, car on peut se sentir utile dans son travail dès que l'on a une vision claire de son rôle et sa contribution au sein de l'entreprise.

Florence Osty, sociologue, explique que l'utilité au travail peut se trouver par le salaire, mais surtout par une qualité de tissu relationnel, de la camaraderie au travail, ou encore un intérêt pour le contenu même du travail. Le sentiment d'utilité au travail est donc plus vaste qu'un choix de métier. Il est un facteur clé du bien-être professionnel. Cela renforce la motivation des travailleurs, leur engagement et leur satisfaction, les incitant à donner le meilleur d'eux-mêmes.

Le management est-il une pierre angulaire pour donner du sens à son travail ?

Il est reconnu que le rôle des dirigeants et plus particulièrement des managers est absolument clé dans cette démarche. De par leur position, on n'attend pas d'eux « *celui qui sait tout et dit aux autres quoi faire, mais plutôt celui qui est au clair sur le sens de sa vie, le sens de la vie de ses collaborateurs et*

¹⁵ « Travail vivant », Christophe Dejours, 2012, p. 22

¹⁶ « Il ne mourrait pas tous mais tous étaient frappés », Marie Pezé, 2010

¹⁷ « Comment la société produit des métiers inutiles », Article du Figaro, septembre 2013

comment ces sens peuvent être mis au service du bien commun et de la finalité de l'entreprise »¹⁸. Un management moins hiérarchique favorise aussi la participation de chacun dans les projets communs. « Si les leaders se montrent exemplaires, s'ils adoptent cette posture à la fois humaniste, visionnaire et inspirante, alors ils seront suivis par l'ensemble des managers et des collaborateurs qui initieront des démarches similaires, au bénéfice de l'expression de leur plein potentiel et de l'entreprise dans son ensemble »¹⁹. Mais la réalité est complexe voire, pour certains, à l'opposé de cette recherche de sens. Certains responsables adoptent un comportement nocif, comme illustré dans cette photo, en réaction à une série de suicides chez France Télécom en 2009, attribués à des pratiques managériales abusives.

Pourquoi cette maltraitance ? La réponse n'est pas si simple, car si le manager doit être un leader, un porteur

de sens, il est avant tout un individu dans un collectif. L'organisation pyramidale que l'on connaît aujourd'hui, place le manager de proximité dans un étau : injonctions paradoxales, performance... ,mais les contraintes humaines, opérationnelles et techniques limitent sa latitude d'action, en particulier lors de grands changements.²⁰ Face à cette pression, le manager de proximité va mettre en place des réactions défensives généralement inconscientes qui ont pour objectif d'échapper aux effets perturbateurs des paradoxes : défiance, management par le chiffre, la contrainte, la peur voire le harcèlement moral. Ainsi, le leader vit et subit les affres de la quête de sens tout comme ses pairs et subordonnés. Il convient donc de l'accompagner tout autant que tout autre travailleur dans cette quête.

La quête de sens est pour tous sans distinction de castes ou de générations.



Source : France TV

¹⁸ The Heart of Business: Leadership Principles for the Next Era of Capitalism ? Hubert Joly, 2021, p. 132

¹⁹ <https://www.forbes.fr/management/il-est-temps-de-revolutionner-le-sens-au-travail/>

²⁰ Les stratégies de gestion des paradoxes par les managers de proximité, Gilles Bollecker, 2016

Post COVID, de nombreux reportages et ouvrages ont mis en lumière les reconversions des cadres supérieures en quête de sens. Ces individus, persuadés de leur superfluité et d'une sous-utilisation de leurs compétences ont fait le choix de se tourner vers un métier qui pour eux a du sens et de l'utilité sociale. Seulement, voilà, une étude de Thomas Coutrot de la Dares et Coralie Perez, ingénieure à la Sorbonne, prouve que la recherche d'un sens dans son travail n'est pas réservée aux plus diplômés ou aux plus qualifiés : « Les professions ayant les plus hauts scores de sens du travail sont les assistantes maternelles et plus généralement des professions du care (aides à domicile, agents d'entretiens, aide-soignantes, médecins...). »²¹ Cette idée reçue provient du fait que la reconversion des plus aisées est simplement plus visible.

Concernant les jeunes générations, un stéréotype perdure malgré de

nombreux contre-exemples. Les jeunes ne seraient plus ou pas motivés pour aller travailler. Faux. Les jeunes générations n'ont simplement pas la même attente que leurs aînés. Le sociologue François Dupuy, le constate « aujourd'hui, les nouveaux entrants ont une pratique beaucoup plus instrumentale du travail : ils viennent y chercher les ressources, financières notamment, pour vivre la vie qu'ils désirent en dehors du travail, au sein de communautés qu'ils se choisissent ». ²² Ainsi donc le travail n'occupe plus la place centrale qu'il occupait jadis dans la vie de ces jeunes et il est apparenté à un moyen d'atteindre un épanouissement individuel.

En résumé, le sens au travail est une quête individuelle nourrie par le collectif. Il concerne tout le monde sans distinction, mais surtout il évolue au fil de ses expériences et de ses aspirations. Il est impalpable, mais il régit notre vision du travail aujourd'hui.

2 - Pouvoir d'agir : levier incontournable

Dès le début de cette partie, je souhaite dissiper toute confusion concernant le choix d'alterner entre un

anglicisme et une francisation. Lors de mes recherches, la littérature me renvoie à l'international avec le terme



Source : Site éducation populaire – Comment devient-on féministe ?

²¹ <https://usbeketrica.com/fr/article/quete-de-sens-au-travail-une-preoccupation-elitiste>

²² Ibid.



Source : Vidéo YouTube « Quand on veut, on peut 2013 »

« empowerment ». Il m'est donc impossible de ne pas aborder en premier lieu l'histoire de ce terme, genèse de la traduction française.

L'histoire de l'empowerment est liée à l'émancipation et aux mouvements collectifs.

Son histoire remonte au XVII^{ème} siècle en Angleterre. Le verbe « to empower » évoque le pouvoir ou l'autorité d'une puissance divine, mais ce n'est qu'au milieu du XIX^{ème} siècle que le mot empowerment se complète avec la notion d'état et d'action. Il faut attendre les années 1970 suite aux travaux « Pédagogie des opprimés » du brésilien Paulo Freire²³ sur la « conscientisation » pour que l'empowerment prenne son essor et soit démocratisé. Les premières à s'emparer de ce processus sont le mouvement des femmes battues aux Etats Unis. Elles ont une volonté d'exprimer une critique sociale, féministe voire philosophique afin que chacune prenne socialement conscience qu'il est nécessaire de développer un « pouvoir intérieur » et de s'émanciper comme le montre cette

photo lors d'une manifestation. Rapidement, cette idée se dissémine auprès d'un public plus large, car elle traduit les frustrations quotidiennes. Au fur et à mesure, cette idée se transforme en un concept : celui de valoriser les principes de participation collective et d'autonomisation.

À partir des années 1990, tout bascule. Sous couvert de luttes contre les inégalités, les grandes organisations internationales détournent le concept. On passe d'un principe noble d'émancipation collective défini par Augusto Boal²⁴ comme un « Processus qui invite à se libérer des dominations que l'on a intégrées et qui nous poussent à nous auto-censurer et nous auto-limiter, et de façon inséparable à agir pour transformer la société parce que les barrières ne sont pas avant tout dans notre tête, ,mais objectivement et structurellement présentes dans les rapports sociaux » à une responsabilité individuelle forte qui peut dans certaines situations fragiliser et culpabiliser si on n'y arrive pas. Comme l'expliquent Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener²⁵, le concept d'empowerment est censé être pensé

23 Pédagogue brésilien. (1921-1997). Connu pour ses efforts d'alphabétisation visant les personnes adultes de milieux pauvres conçue comme un moyen de lutter contre l'oppression.

24 Ecrivain, dramaturge, homme politique (1931-2009)

25 Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, L'empowerment, une pratique émancipatrice, La Découverte, 2013

pour soi, or ces institutions l'opposent aux personnes et aux groupes sociaux. En France, cela se traduit concrètement par une hiérarchie descendante, des structures rigides où les décisions sont prises par quelques-uns pour le bien de tous et de la complexité législative. L'expression individuelle et collective ont donc peu de place dans cet environnement contraint.

Initialement centré sur l'émancipation des femmes et la promotion de l'égalité, l'empowerment s'étend désormais à des populations plus vastes avec un degré de lecture différent selon son environnement et ses convictions. Mais malgré cela, le concept garde tout de même une unicité : celle de la dévolution du pouvoir de réduire les inégalités sociales. L'idée est que chaque individu et collectifs devraient non seulement être consultés, mais également jouer un rôle actif dans les décisions qui les affectent.

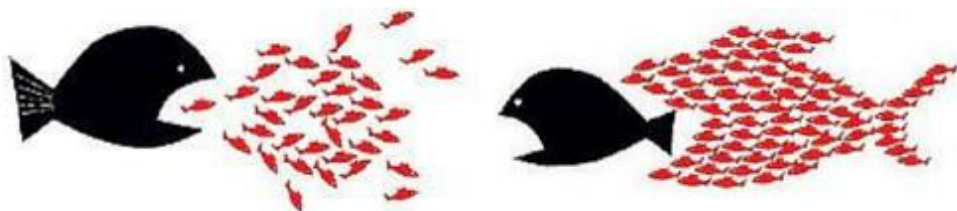
Le pouvoir d'agir lutte contre le sentiment d'impuissance.

Le pouvoir d'agir est en quelque sorte la branche « action » de l'empowerment qui pourrait être vu comme plus technique. Cette vision plutôt pédagogique et sociale a été théorisée par Yann Le Bossé²⁶ dans le cadre de ses

travaux. Il considère que le pouvoir d'agir « restaure le statut d'acteur » voire, si on le regarde avec un œil philosophique, développe la notion de « *sujet capable* » telle que Paul Ricoeur²⁷ le décrit. Il s'agit d'accompagner les personnes et les collectifs à surmonter un sentiment d'impuissance en leur permettant d'encourager une prise de responsabilité et une implication progressive. Chaque étape accomplie doit être un succès afin que ces petites victoires permettent à l'individu et au groupe social de reprendre confiance et avancer dans son parcours vers l'autonomie.

Comment ? Il faut les inciter à agir et assumer les responsabilités selon leurs capacités afin qu'elles réussissent par leurs propres moyens. Il est important par la suite de valoriser ces réussites afin de les conscientiser « *on ne convainc pas quelqu'un en lui disant qu'il peut réussir : on ne peut que s'en convaincre soi-même, en faisant l'expérience* ». ²⁸ Cette démarche a en commun de considérer l'action à la fois comme un moyen pour faire évoluer une situation et/ou obtenir une transformation et un objectif.

L'apprentissage par « le faire » permet, en finalité, d'être un processus d'éducation, d'émancipation et de libération



Source : site éducation populaire

²⁶ Professeur titulaire au département des Fondements et pratiques en éducation de l'université Laval à Québec

²⁷ 1913-2005. Philosophe français

²⁸ <http://www.education-populaire.fr/empowerment-pouvoir-dagir-et-participation/>

des individus et des collectifs tout comme le concept d'empowerment. Mais attention, si l'idée du pouvoir d'agir et le passage à l'action peut constituer un outil stimulant et conserver un potentiel émancipateur, c'est à la condition d'attaquer de front à la notion des rapports sociaux. L'équilibre se construit grâce à la démocratie qui lutte contre les oppressions et régule les intérêts de chacun, mais aussi grâce à l'arrêt de la domination qui engendre une impuissance et un manque de pouvoir des groupes. J'aime cette illustration des poissons qui montre à gauche le symbole de la domination du « gros poisson » sur les petits et à droite, la situation s'inverse. Lorsque que les individus se forment en collectif, l'action est plus puissante et peut « libérer des oppressions ».

Dans ce cadre, « *il s'agit non pas uniquement de développer sa puissance d'agir individuelle et collective, mais de décoloniser son imaginaire, de décrypter les rapports de domination, de prendre conscience de la place que l'on occupe dans la société.* »²⁹ Cela implique, pour ceux qui cherchent à encourager ces processus, de ne pas considérer leurs interlocuteurs ni comme des consommateurs (en les soumettant, par exemple, à des questionnaires sur leurs "besoins" ou leur satisfaction) ni comme des individus dépendants (où l'on explique tout, prévoit tout, et les protège en permanence).

L'empowerment et le pouvoir d'agir reposent sur l'idée que chaque individu et les groupes auxquels ils appartiennent doivent non seulement être

consultés, mais aussi jouer un rôle actif dans les décisions qui les concernent. Nous ne pouvons pas décider pour autrui. Les conditions de réussite sont la confiance, la responsabilité, l'apprentissage à travers les échecs, et être ouvert à la critique, sans tolérer la maltraitance.

En conclusion de ce chapitre, j'ai exploré deux concepts essentiels qui jouent un rôle crucial dans le monde du travail : le sens au travail et le pouvoir d'agir. Le sens au travail représente l'attente d'un bien-être, d'une réalisation personnelle et d'une reconnaissance d'autrui. D'autre part, l'empowerment ou le pouvoir d'agir se réfère à notre capacité individuelle et collective d'influencer notre environnement, à prendre des décisions et contribuer à forger son propre destin professionnel. Les deux notions sont évidemment interdépendantes. Le sens au travail trouve en le pouvoir d'agir un allié de taille. Ce dernier se révèle être le mécanisme qui permet aux individus de donner forme à cette signification de sens. Cette relation symbiotique permet aux travailleurs de s'investir pleinement dans leur métier et de persévérer face aux défis.

29 Ibid.

B - L'hôpital : un système complexe avec ses codes et ses jeux de pouvoirs

Si j'organise un micro trottoir sur le sujet de l'hôpital, chaque personne interviewée aura un avis parce que l'hôpital occupe tout simplement une place centrale dans la vie des citoyens. Il est le recours ultime pour toute personne malade, joue le rôle de lien social, et il est fondé sur une valeur très ancienne qui a pour nom aujourd'hui « la solidarité ». Valeur poussée à son paroxysme lors de la pandémie COVID 19. Mais ses missions ne sauraient masquer les importantes difficultés que subit aujourd'hui cette institution. Afin que vous lecteur, compreniez mieux dans quel univers je vous emmène, il est important de vous détailler son cœur.

1 - Strates et verticalité à tous les niveaux

L'univers hospitalier demeure complexe pour les néophytes, et paradoxalement aussi, pour les initiés. La première étape essentielle pour plonger dans ce milieu exige de débiter par une appréhension macroscopique du système de santé, puis de procéder à un zoom progressif. Dans ce cadre, j'ai élaboré une cartographie du système de santé, car il n'existe pas de cartographie existante. Dans un souci de clarté et de facilité de lecture, j'ai identifié les instances les plus prépondérantes, ayant un impact direct à l'échelle nationale, régionale et locale. Il convient de conserver à l'esprit qu'il existe de nombreuses autres entités qui sont moins en lien avec notre sujet.

Constats

- Mille-feuille d'acteurs.

L'accumulation d'entités diverses, particulièrement au niveau national, engendre une intrication complexe des relations, compliquant davantage la prise de décisions. Ce qui amène fréquemment une grande déconnexion par rapport à la réalité sur le terrain. Inès, directrice d'hôpital et qui a travaillé au Ministère, peut en attester « Il y a une déconnexion du terrain très colossale. Déjà, quand on est directeur, on nous reproche d'être déconnecté alors au Ministère c'est encore plus ». Il n'est pas donc étonnant que tout ce mille-feuille engendre un sentiment de malaise et d'inaction.

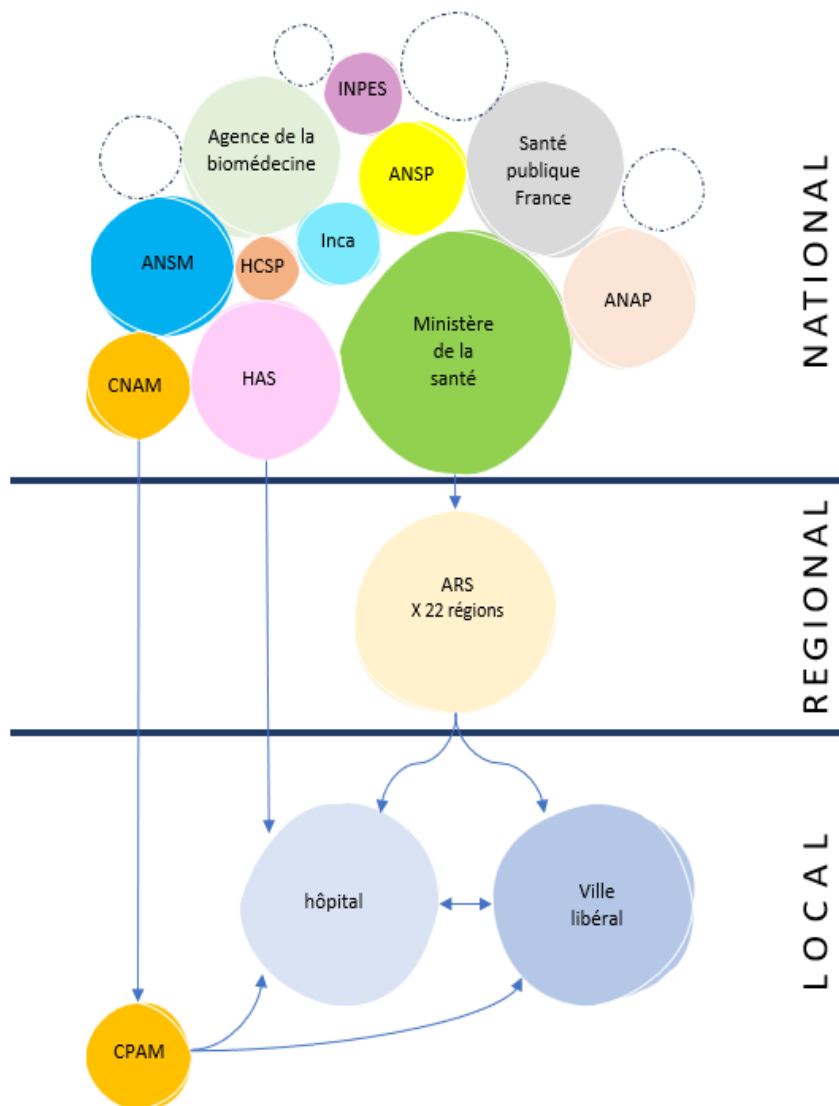


Figure 3 : cartographie du système de santé français

- La décentralisation.

Le pouvoir est transféré à des entités administratives distinctes ou les établissements de soins. Cette décentralisation s'est renforcée au fil des temps notamment avec la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) en 2009 qui a créé les ARS. L'avantage est que cela entraîne une plus grande indépendance des terrains dans la prise de décisions. L'inconvénient est une potentielle incohérence et de coordination entre les parties prenantes pouvant entraîner des inégalités en termes d'accès aux soins et de qualité des services de santé, en fonction des ressources disponibles et des priorités prises par chaque entité. Cette délégation de pouvoir entraîne inévitablement une structure hiérarchique importante à tous les niveaux de la chaîne spécifiques qu'ils assument. L'organisation humaine est tout autant diversifiée en métiers. Il serait complexe de tous les citer ici, mais le ministère de la santé et de la prévention recense « 200 professions pouvant être exercées à l'hôpital

et en EHPAD, regroupés en 9 familles de métiers et 46 sous-familles associées ».³⁰

Les maillons de cette chaîne, constituée de médecins, d'infirmiers, de personnels administratifs, et d'autres acteurs dédiés à la santé, convergent vers une réalité multidimensionnelle, régie par des logiques parfois divergente

Qu'en est-il au sein d'un hôpital ?

Il serait aisé de croire que lorsque l'on change d'échelle, la compréhension de l'environnement est plus simple. L'hôpital est en réalité une métastructure. Dans son histoire, il était généralement coupé du reste de la ville obligeant une autonomie quasi-totale sur tous les postes comme la blanchisserie et la boulangerie, et une coordination chirurgicale. Aujourd'hui, l'hôpital a délocalisé tous ces services, mais il garde les stigmates dans son organisation. Si bien que cela puisse rendre ardue la tâche de reconnaissance des acteurs-

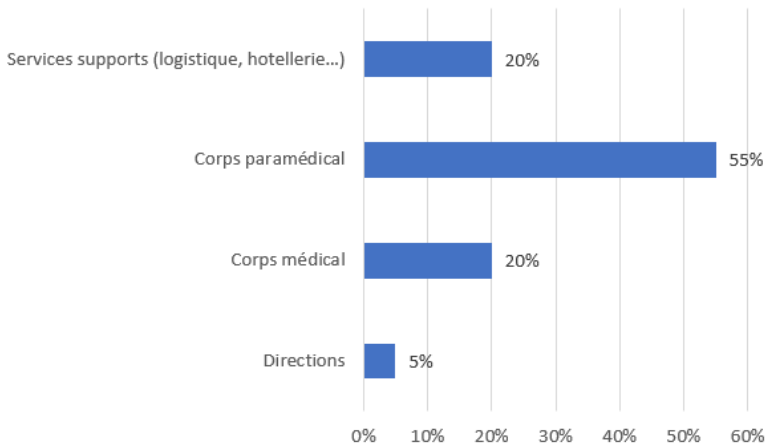


Figure 4 : représentation en pourcentage de la répartition des métiers à l'hôpital

³⁰<https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/>

clés, de compréhension de leurs rôles, et de distillation des missions

Afin de faciliter les repères, la figure 4 ci-dessous représente schématiquement un hôpital avec la répartition, en pourcentage, des corps principaux³¹ :

- Les directions regroupent le directeur et les différentes directions et leurs organisations (direction des ressources humaines, des soins, de la qualité, des affaires financières...)
- Les paramédicaux qui regroupent 14 métiers³²
- Le corps médical qui regroupe les internes, chef de clinique, chef de service, praticien hospitalier, praticien universitaire, pharmacien ...
- Les services supports (logistique, hôtellerie)

Il est observable dans cette répartition que le corps paramédical est majoritaire par rapport aux autres professions. Les services supports occupent aussi un chiffre important, car ils

regroupent des postes clés. Le corps médical représente aussi 20 % de la population hospitalière. Cela peut paraître peu, au vu de l'importance de leurs missions, mais ils agissent en collaboration avec le corps paramédical. Quant aux directions, elles représentent une partie infime sur cette totalité.

La figure 5, représente, quant à elle la ligne hiérarchique en place dans un hôpital. Elle est similaire à toute entreprise globale ayant un fonctionnement hiérarchique descendant (représenté ici avec la flèche rouge). La forme triangulaire permet de renforcer ce pouvoir hiérarchique. Le corps médical est volontairement mis sur le côté, car il ne possède pas de statut hiérarchique vis-à-vis de ses collaborateurs, mais un statut fonctionnel.

Dans ces figures, je n'ai pas représenté la place du patient, car il n'est pas le sujet de cette thèse professionnelle, mais il est évident qu'il est un acteur majeur à l'hôpital.

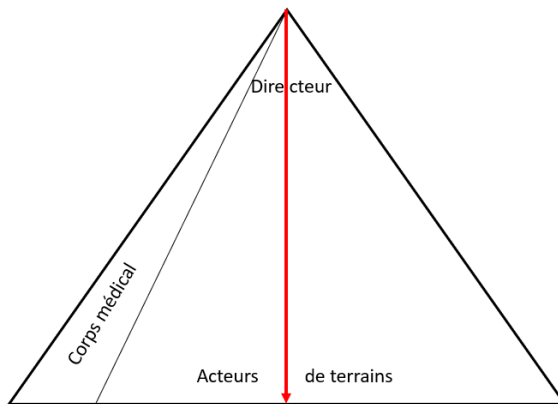


Figure 5 : représentation du pouvoir hiérarchique à l'hôpital

³¹ Il est à noter que cette répartition peut être modulable selon plusieurs critères comme la taille de l'établissement, son activité de soins (chirurgie, soins de longue durée...). J'ai représenté ici, un hôpital de taille moyenne avec une activité mixte de chirurgie et de médecine. Les chiffres présentés sont une moyenne. Ce ne sont donc pas des chiffres officiels.

³² Ibid.

2 - Le triangle du pouvoir³³ : entre hiérarchie, interaction et jeux d'influence

L'hôpital, est comme d'autres environnements, le théâtre de jeux de pouvoir. Pour définir ce mot, je vais m'intéresser à celle qu'en donne Robert Dahl, professeur de sciences politiques. Il définit le pouvoir comme « *la capacité d'une personne A d'obtenir qu'une personne B fasse quelque chose qu'elle n'aurait pas fait sans l'intervention de A.* » Il fait dès lors référence à une relation asymétrique entre deux agents (ou groupes, classes sociales, institutions) dont l'un revendique une capacité à donner à l'autre un ordre suivi d'actions. On est assez loin de la notion précédente du pouvoir d'agir. Ici, le pouvoir est représenté comme descendant, et potentiellement perçu, comme dominateur. Mais le pouvoir ne se résume pas qu'à une notion hiérarchique. Il est une dynamique plus complexe, car il vient s'insinuer dans les échanges, les jeux d'influence et les interactions entre les acteurs. Ces facteurs sont à prendre en compte dans la relation à autrui et dans sa capacité d'accepter de laisser l'autre « agir ».

Qui sont les principaux acteurs ?³⁴

- Les directions
Elles jouent un rôle crucial dans le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier, assurant ainsi la continuité

des services pour garantir une prise en charge optimale des populations. Leur responsabilité s'étend à l'ensemble de l'hôpital en raison du pouvoir hiérarchique qui leur est conféré. Outre la structure formelle, les interactions sont affectées par des jeux de pouvoir informels joués par les acteurs de terrain. Ceux-ci servent à influencer subtilement les décisions stratégiques, et à créer des réseaux qui favorisent leurs intérêts professionnels. Ils offrent également une capacité de s'adapter rapidement aux changements à venir en ayant accès à l'information en amont. Les directions peuvent également recourir à ces stratégies informelles pour influencer les dynamiques organisationnelles en fonction de leurs objectifs.

- Le médecin

Il occupe une place prépondérante au sein de l'hôpital. Son histoire, intimement liée à la religion, le positionne comme le sachant et lui confère un fort pouvoir d'influence tant à l'hôpital que dans la société elle-même malgré la démocratisation de la médecine et la disparition de la doctrine religieuse. Cette place pourrait donner l'impression d'un positionnement hiérarchique au sein de l'hôpital, et plus particulièrement, auprès des professionnels de

³³ Du latin « potere » : tu peux, il peut.

³⁴ Dans un souci de simplification, je n'étudierai que trois acteurs du monde hospitalier.

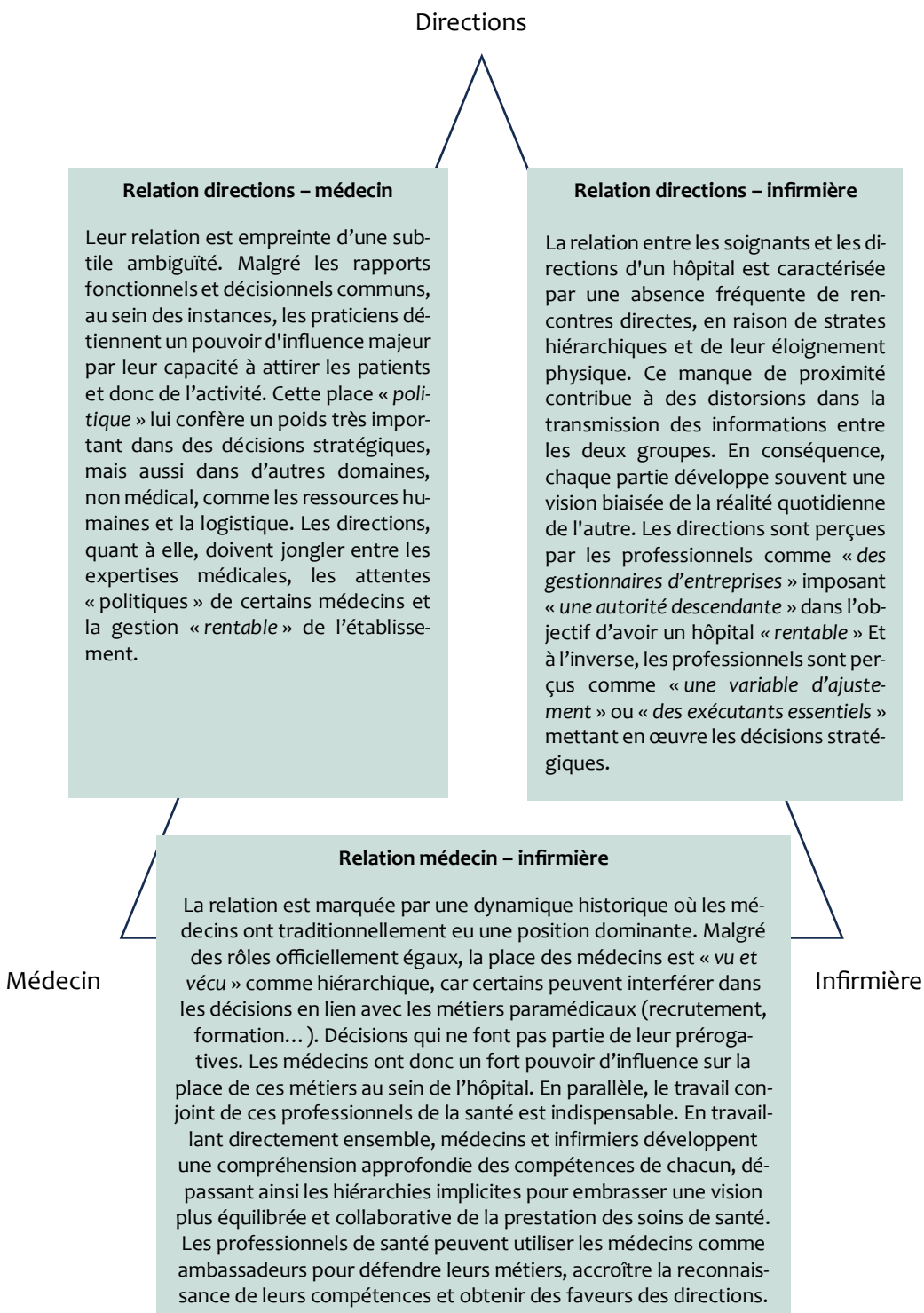


Figure 6 : représentation des relations de pouvoir et d'influence entre les acteurs

santé. Cependant, il est important de souligner que sa position, officiellement, demeure strictement fonctionnelle.

- L'infirmier³⁵

Malgré sa prédominance numérique et le soutien évident de la population, elle demeure étonnamment confinée à des rôles exécutifs. L'une des principales raisons est le poids historique. La religion, la hiérarchie médicale ancrée dans la culture hospitalière et majoritairement masculine, ont relégué les paramédicaux, majoritairement des femmes, à des positions subalternes. Au fur et à mesure de l'histoire, le métier tend à s'émanciper de la domination médicale au vu de l'augmentation de la demande en soins et de la technicisation. Elles peuvent maintenant prendre leurs propres décisions et être capable d'élaborer une démarche clinique. Mais malgré tout, aujourd'hui, le sociologue

Kevin Toffel, estime encore que « *le rapport d'autorité demeure toujours traditionnel* ». ³⁶ Pour sortir de cette vision, il estime qu'il sera nécessaire de valoriser les collaborations médecins-infirmiers et le reconnaître dans la législation.

Les relations de pouvoir et d'influence entre les acteurs

Le schéma ci-dessous met en évidence les relations entre les acteurs. Les descriptions pourront paraître caricaturales et simplistes, mais elles reflètent de nombreux verbatims des professionnels interrogés.

Finalement, le pouvoir se partage

Après cette analyse, les enjeux de pouvoir réels sont plus perceptibles. Chaque acteur de par sa position, son

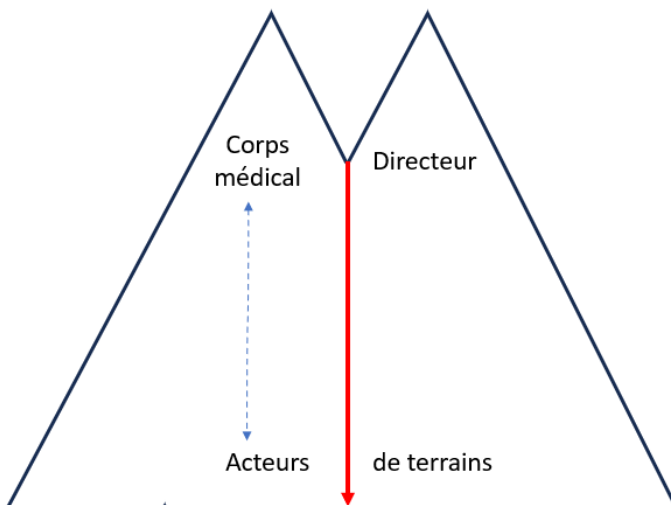


Figure 7 : Représentation du pouvoir réel à l'hôpital

³⁵Dans cette sous partie, j'analyserai principalement le métier d'infirmier, car cette profession est souvent la plus évoquée lorsque l'on parle de l'hôpital.

³⁶ <https://revuehemispheres.ch/entre-medecins-et-infirmiers-une-hierarchie-tenace/>

histoire et sa capacité à influencer l'autre, joue un rôle dans cette dynamique.

J'ai tenté par ce schéma, de reproduire la perception du pouvoir par les acteurs eux-mêmes et non, la répartition officielle. Là où le pouvoir hiérarchique n'était que dans les mains des directions, il est observable que le poids du corps médical est puissant. On se retrouve ainsi avec une pyramide à deux têtes.

Le médecin occupe une place hiérarchique vis-à-vis des acteurs de terrains au même niveau que les directions. Son avis et ses décisions influencent les projets et les stratégies au-delà de ses compétences médicales.

A contrario, le pouvoir « hiérarchique » des professionnels de santé paramédicaux ne bouge pas. Mais par influence et partage de valeurs identiques (représentés par cette flèche bleue), les professionnels de santé peuvent transmettre leurs attentes, leurs envies et leurs projets au travers des médecins.

En résumé, les relations paraissant simples en première lecture, sont plus complexes dans la réalité. Le pouvoir se joue sur plusieurs tableaux : le pouvoir hiérarchique qu'il est nécessaire de respecter, les interactions entre les acteurs qu'il est nécessaire de développer et les jeux d'influences qu'il est nécessaire de d'appréhender. C'est avec cette compréhension approfondie que réside la base du pouvoir d'agir, permettant aux acteurs, peut important qui, de naviguer habilement au sein des différentes sphères du pouvoir.

C - Témoignages des professionnels de santé

Après avoir plongé au cœur de l'environnement hospitalier et examiné les subtilités des relations, je vais me tourner désormais vers les acteurs essentiels de ce système : les professionnels de la santé. Cette approche empathique est cruciale, car elle offre une opportunité de leur donner la parole. C'est dans cette optique que j'ai réalisé une série de onze entretiens. Les critères de choix ont été la diversité des métiers en lien avec le chapitre précédent, la diversité géographique et la diversité d'expérience. Il y a cependant deux biais que je reconnais dès le départ. Les interviewés exercent tous dans des établissements publics et j'ai exclu le patient, car le mémoire concerne uniquement les professionnels de santé et leur environnement de travail. Ce chapitre se découpera en deux parties. La première sera l'utilisation de cartes d'empathie pour favoriser l'analyse des verbatims. Et la seconde mettra en lumière le regard « amer » mais réaliste des professionnels de santé sur la réalité de l'hôpital.

1 - Carte d'empathie : outil d'écoute et de visualisation

La carte d'empathie est un outil de cartographie qui permet de représenter la vision d'un utilisateur, comprendre ses motivations, ses préoccupations et son expérience. La création de cette méthode, simple et efficace, est généralement attribuée au designer UX/UI, Dave Gray, fondateur de l'entreprise Xplane.

Le fait d'utiliser l'empathie comme moyen d'analyse permet, non seulement d'écartier la subjectivité qui pourrait influencer la formulation du besoin, mais aussi de capturer les besoins dont l'utilisateur n'est même pas conscient.

À l'aide d'une carte d'empathie, l'utilisateur ou « persona » est représenté à travers :

- Ce qu'elle dit : son attitude, ses paroles et son comportement
- Ce qu'elle voit : son environnement
- Ce qu'elle pense et ressent : ses préoccupations, ses besoins, ses peurs
- Ce qu'elle entend : qu'elle est sa source d'information, et qui l'influence.

Pour mes besoins d'analyse, j'ai rajouté deux autres items qui ne sont pas toujours associés systématiquement aux cartes d'empathie :

- Les douleurs avec les obstacles et les frustrations
- Les gains avec ses motivations et ses succès

A la suite des entretiens, j'ai donc réalisé onze cartes d'empathie qui m'ont permis de mettre en lumière les paroles des professionnels.

Voici un exemple avec Gaëlle, infirmière.

Source : Dessin Elise Gravel

C'EST QUOI, L'EMPATHIE?

L'empathie, c'est la capacité de ressentir les émotions des autres.



Elle nous permet de mieux comprendre, soutenir et aider les autres.

Je ressens ta peine et je suis là pour toi.



Ça n'est pas toujours facile d'avoir de l'empathie. Ça prend de la force et du courage pour ressentir les émotions des autres en plus des nôtres.

Ça fait beaucoup d'émotions!



Au fond, l'empathie, c'est un **SUPER POUVOIR** qui nous permet de mieux vivre ensemble.



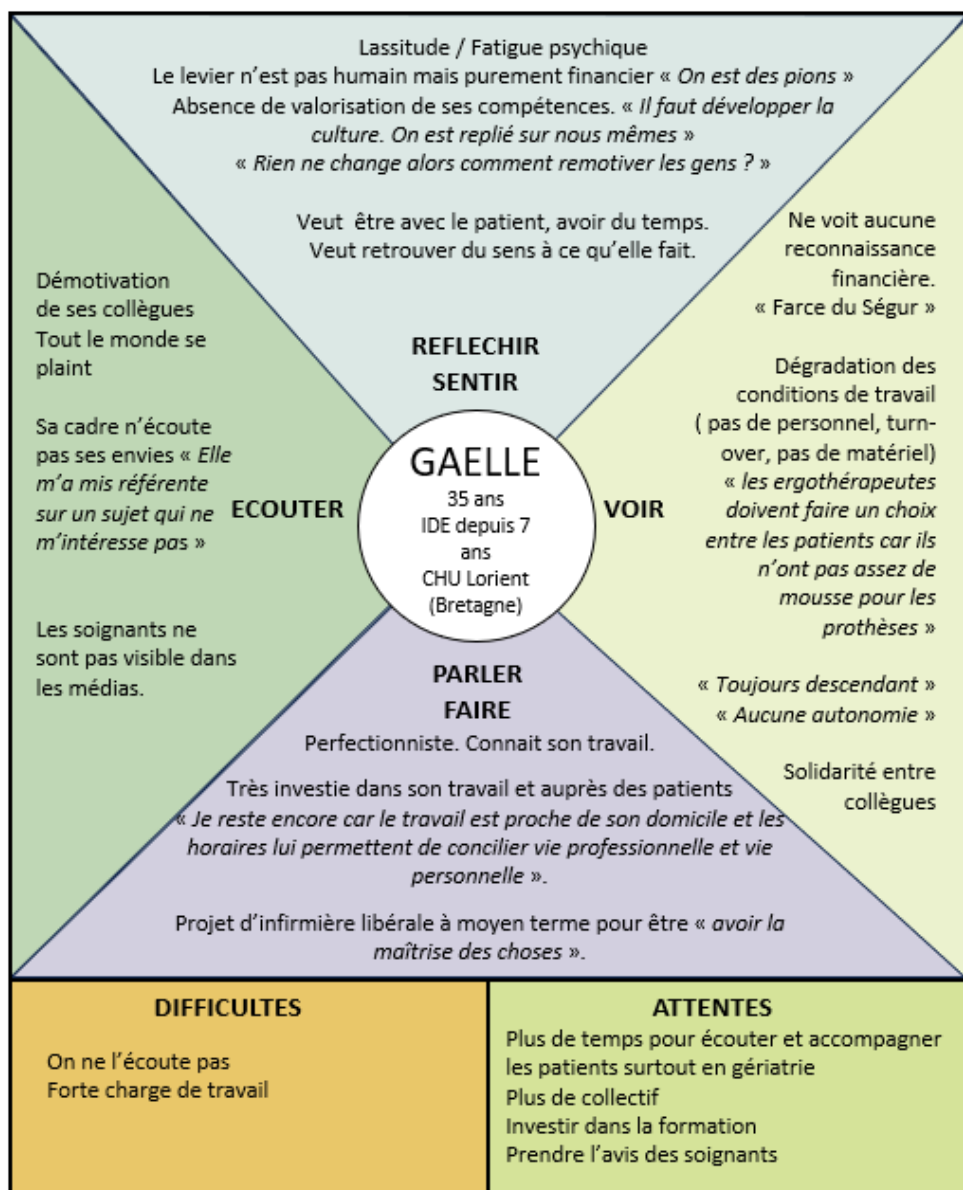


Figure 8 : carte d'empathie de Gaëlle, infirmière

2 - Les raisons de la souffrance sont multifactorielles

Comme dit en introduction de ce chapitre, la diversité des profils confère une perspective inestimable sur les rouages internes de l'hôpital. Les témoignages ont permis de mettre en lumière de nombreux consensus que je vais ici détailler.

Le premier est l'instabilité créée par les nombreuses réformes successives. Elles n'ont pas été directement citées, mais on le perçoit très facilement par leurs verbatims : « réduction personnel », « Hôpital=entreprise », « complexité administrative », « T2A », etc. Dans les années 1980-90, date de début des premières grandes réformes, le désir des politiques était de réguler les dépenses afin d'assurer une gestion responsable. Sauf que, selon Maud Gelly, doctorante en sociologie, la transition d'un état où l'on dépensait sans compter à une culture du tout-comptable représente un changement drastique.³⁷ De la valeur originelle et sacrée de soigner, on est passé à une autre réalité : la valeur entreprise de la rentabilité.

« La gestion de l'hôpital est sur le mode de la gestion de l'entreprise. Cela a été déshumanisé. Il y eut un décentrage progressif du fait d'un financement à l'activité, de la pression sur la finance publique, de l'explosion de la demande en soins et des enjeux de pouvoir au détriment d'une certaine qualité. » Inès, directrice d'hôpital

Sur ce sujet, le constat global des personnes interrogées est que l'hôpital a perdu une part de son âme dans cette course effrénée. Les médecins se retrouvent à jongler entre impératifs de rentabilité et éthique médicale. Les infirmiers se voient démunis devant les obstacles du quotidien qui ont un effet boule de neige. Face à des ratios de personnel insuffisants, la charge de travail augmente. Elle engendre une fatigue des corps et des esprits qui provoquent une diminution de la qualité des soins. Et en bout de chaîne, la génération d'une perte de sens globale.

« J'ai l'impression qu'il y a beaucoup moins de personnel pour les patients. Ce manque de personnel va mettre de la fatigue sur ceux qui travaillent ici. Et la fatigue entraîne des gestes qui sont un peu ... un peu maltraitant » Jordan, APA

« Pour être honnête, aujourd'hui, j'en ai marre. La pression est constante, car on a de moins en moins de collègues ou alors ils ne restent pas longtemps. » Françoise, AS

Le deuxième consensus est sur l'importance du poids hiérarchique et de la « verticalité » engendrés historiquement par les réformes. La représentation la plus visible est le métier de cadre de santé. De nombreuses générations ont mis et mettent en place un

³⁷ Gelly, Maud, et Alexis Spire. « L'encastrement du privé dans l'hôpital public », *Sociétés contemporaines*, vol. 126, no. 2, 2022, p.8

management « directif » pour avoir un pouvoir d'autorité sur leur environnement. À leur décharge, leur formation initiale est basée sur la culture du contrôle des agents et non sur la confiance. Rien que l'histoire du nom du métier en dit long sur la représentation de la fonction (initialement surveillante, aujourd'hui cadre et, seulement récemment, la notion de manager en santé apparaît). Le changement de paradigme est donc en cours, mais il reste encore de nombreux freins identitaires comme le témoigne ce verbatim :

« Souvent, il faut lâcher ce pouvoir et pour certains ce n'est pas tolérable. Pour exemple, après une intervention dans une formation, une cadre est venue me voir. Elle m'a dit « je viens de me rendre compte que je ne suis pas prête à lâcher en fait. Mon rôle est de contrôler et de corriger si besoin. Là, vous me demandez de me situer dans une position de facilitatrice et non de cadre. Donc je ne sers à rien ! » Mathieu, Article 51 ARS

Pourtant, nous avons la preuve que le changement est possible. Les barrières hiérarchiques ont vacillé durant la pandémie. L'heure n'était plus au contrôle, mais à l'urgence de prendre en charge le maximum de patient pour leur donner une chance de survie. Ces portes ouvertes ont permis aux soignants de démontrer qu'ils n'ont nul besoin d'être contrôlés. En tant qu'experts, ils savent exactement où et comment agir. Cette émancipation a apporté un souffle nouveau bénéfique pour les soignants. Mais qu'en est-il pour les managers ? Certains ont rebondi et ont

encouragé toutes ces initiatives ; D'autres ont été « effrayés » par cette prise d'autonomie.

« Je pense qu'il y en a qui avaient perdu leur pouvoir ou leur façon d'agir et que ça leur a fait peur de se dire ... qu'en fait, ils arrivent (les soignants) à déplacer des montagnes et que du coup c'étaient ceux d'en bas qui faisaient le monde. Et que maintenant, ils ont ré inversé, car encore plus, on veut tout maîtriser ». Valérie C., cadre supérieure de santé.

Christophe Dejours, docteur en psychologie et psychanalyste, explique que cette peur d'émancipation ébranle les fondements du pouvoir traditionnel établis de longue date. Dans cette situation, les décideurs ont eu le sentiment de se retrouver « à égalité » dans les prises de décision. « Dans la délibération collective, le chef s'implique comme ses subordonnées et s'expose aux risques de dédifférenciation, c'est-à-dire de devenir une voie comme les autres, des égaux. Pour être en position d'arbitrer, la voix du chef a alors besoin d'une augmentation qui lui confère un statut différent, un supplément qui fasse de cette voix, une voix supérieure. Ce supplément est l'autorité. »³⁸ Se rajoute à cette notion tout le poids de l'histoire hospitalière qui n'est pas près d'être balayé même après ce tsunami :

« Aujourd'hui, l'écosystème sanitaire ne donne pas la capacité ni le pouvoir d'être et d'agir aux paramédicaux, car on est encore dans une culture très médico-centrée avec ce paternalisme vis-à-

38 Travail vivant, Dejours, 2012, p.86

vis des paramédicaux. » Alexis, mission ministérielle

Le troisième consensus est « un salaire jugé trop bas » :

« Le Ségur n'a pas permis cette reconnaissance... On nous a applaudi. On nous a regardé et à la fin, on a eu quoi. Pour certains, comme toi, rien : 0,00 euros de plus et moi, 24 euros de plus. Bah, c'est ça la reconnaissance. Quelle déception. C'est fini. » Valérie C., cadre supérieure de santé.

La revendication d'une revalorisation salariale perdue depuis longtemps. L'initiative du « Ségur de la santé »³⁹ a conduit à une augmentation, mais la question demeure : est-elle suffisante ? Pour beaucoup, moi inclus, la réponse est négative. D'autres estiment que ce n'est pas une préoccupation majeure, privilégiant plutôt de bonnes conditions de travail. En fin de compte, malgré une reconnaissance financière limitée, l'abondance d'offres d'emploi, associée à des écarts de salaires significatifs entre le secteur public et privé, permet à chacun de trouver l'équilibre optimal en fonction de ses exigences.

Pour résumer ce chapitre et vous faire comprendre les ressentis des interviewés, j'ai souhaité représenter visuellement certains mots à forts impacts. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser le symbole du serpent de mer. Dans l'histoire, le serpent associé au caducée représente la connaissance médicale et la sagesse nécessaire pour pratiquer la médecine de manière éthique et efficace. La couleur verte est une des couleurs

phares, avec le bleu et le blanc, dans le domaine de la santé.

Elle évoque l'espoir, la confiance, ou encore la sécurité. La symbolique du serpent de mer démontre les intrications et les chemins complexes qui se rejoignent sans cesse sans en déterminer le début de la fin.

Ceci n'est qu'une simple représentation. Elle ne me permet pas de montrer tous les constats évoqués dans les entretiens. Mais elle symbolise efficacement les origines et les conséquences du dysfonctionnement hospitalier.

39 Il a débouché sur un accord sur les salaires et 33 mesures pour accélérer la transformation du système de santé.

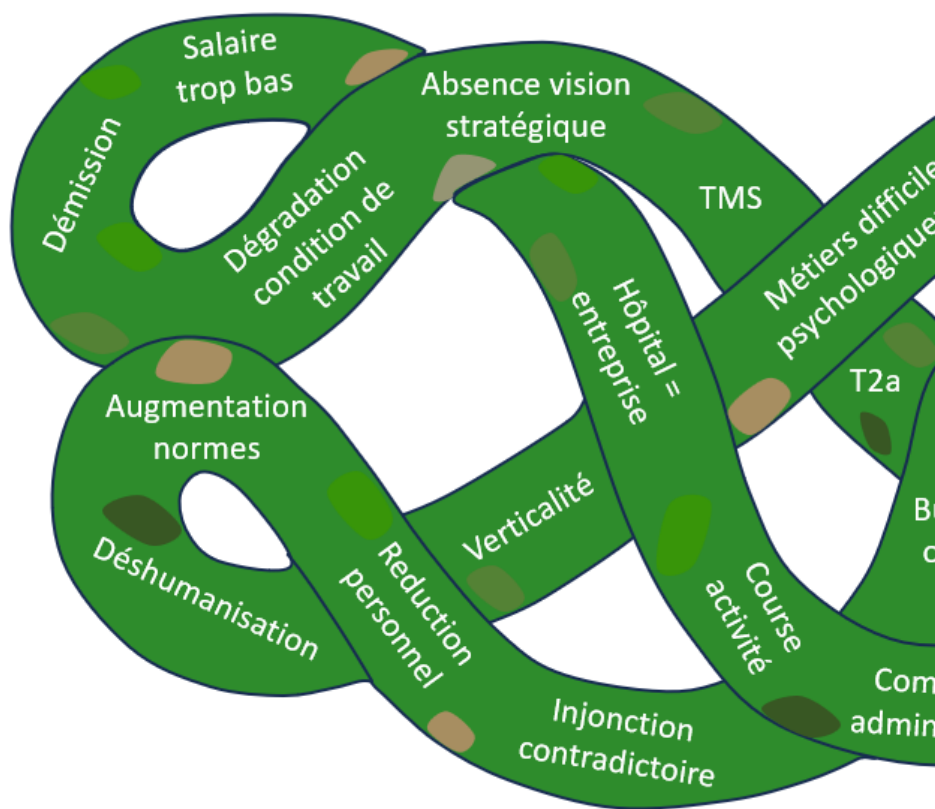
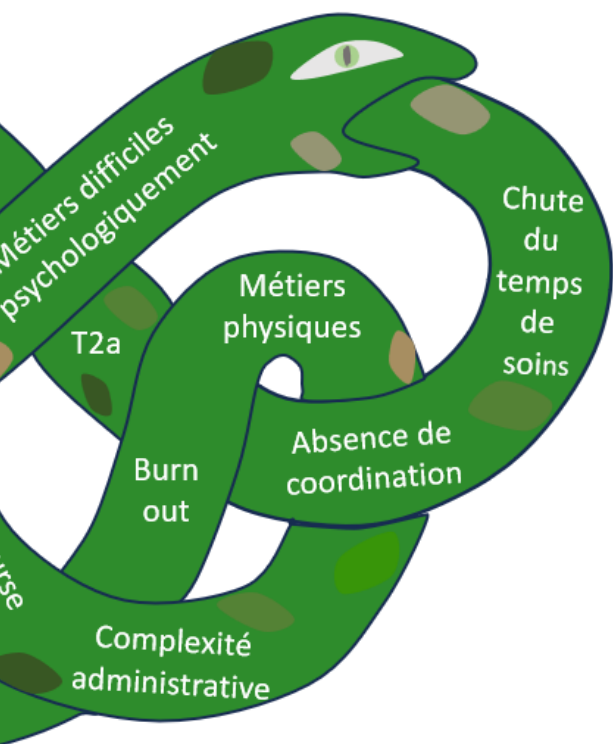


Figure 9 : serpent de mer



Définition de certains termes :

Augmentation des normes : les objectifs sont d'uniformiser les pratiques et de déresponsabiliser au maximum les individus. Le temps d'écriture a donc plus que doublé au détriment du temps passé auprès du patient.

Injonction contradictoire : situation dans laquelle une personne est soumise à deux contraintes ou pressions contradictoires incompatibles. Elle peut se produire dans toute relation humaine comportant un rapport de domination. Ex : participer à des groupes de travail, mais il faut rester auprès des patients.

T2A ou Tarification A l'Activité) : mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités.

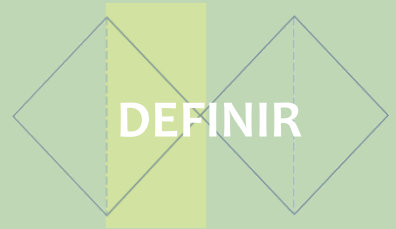
TMS ou Troubles Musculo Squelettique : maladie qui touche les articulations des membres supérieurs (épaule, coude, main, poignet et doigts) ainsi que le bas du dos. L'activité professionnelle peut jouer un rôle dans leur apparition, leur durée ou leur aggravation.

FIN DE LA PREMIERE PARTIE : EMPATHIE

Cette première étape d'ouverture, m'a amené à définir les concepts de sens au travail et de pouvoir d'agir, comprendre l'environnement hospitalier et échanger avec les professionnels de terrain. Le poids de l'histoire, l'organisation figée et complexe, les jeux de pouvoirs, pourraient aisément susciter un sentiment de résignation.

Aujourd'hui, les professionnels de santé aspirent à plus qu'un métier d'utilité sociale. Ils veulent un changement d'environnement où leurs valeurs sont respectées, où leur expertise est reconnue et où ils ont la possibilité d'exercer leur métier avec un véritable impact. La recherche de sens au travail est devenue une nécessité impérieuse pour préserver leur santé physique et émotionnelle.

La prochaine étape consistera à faire converger tous les éléments recueillis vers des constats concrets, et d'identifier la problématique qui répondra à ces nombreux défis.



2 — L'HÔPITAL EST EN SOUFFRANCE

Depuis longtemps, l'hôpital souffre du déficit de prise en soins de cette institution. Malgré les multiples appels à son sauvetage, les efforts demeurent vains. La crise sanitaire a agi comme un point de rupture, entraînant des conséquences à doubles tranchants : d'une part, elle a mis en lumière l'engagement sans faille des professionnels de santé, prêts à tout pour assurer une prise en charge optimale des patients ; d'autre part, elle a épuisé les plus résilients et démobilisé les plus motivés.

Cette seconde partie vise à approfondir ma compréhension des racines du malaise en s'appuyant sur les données précédemment recueillies. Ce processus analytique agira comme un entonnoir, permettant l'émergence d'une problématique précise offrant ainsi une perspective de surmonter les défis actuels de l'institution hospitalière.

A - Les origines du mal être sont multiples

La phase convergente du design thinking marque une étape cruciale dans le processus de résolution créative de problèmes. Après avoir exploré largement le système de santé et ses acteurs, c'est dans cette phase que vient le moment de réunir les informations et de les synthétiser. Elle exige une analyse critique, la consolidation des meilleurs concepts, et la création d'une vision cohérente qui orientera la suite du processus.

1 - Les principaux intéressés ne sont pas écoutés

Depuis de nombreuses années, le monde de la santé tire la sonnette d'alarme concernant leurs conditions de travail précaire, et met en garde contre les conséquences néfastes que cela peut avoir sur la qualité de la prise en charge des patients. Il y a eu des manifestations, des pétitions, des actions symboliques telles que des minutes de silence, et des tribunes dans de grands journaux comme cette « Une » du journal Libération en janvier 2020. Elle montre une prise de position forte (accentuée par cette couleur rouge) de la part des chefs de service hospitalier, et impose un chantage si rien ne bouge. Je ne peux que saluer toutes les initiatives qui vont dans le sens d'amélioration du système de santé.

Mais quelque chose me dérange ! Au commencement de cette thèse professionnelle, j'ai présenté les représentations numériques des professionnels de santé au sein d'un hôpital. Pourquoi les médecins semblent-ils être les seuls à prendre la parole alors qu'ils ne sont pas majoritaires numériquement à

l'hôpital ? La réponse est le poids de l'histoire.

Pour les médecins, elle leur confère une reconnaissance forte. Ce sont eux qui apportent de l'activité à l'hôpital et donc de la rentabilité. Et ils ont cette capacité à parler d'une même voix.

Pour les professionnels de santé, elle leur confère un rôle d'exécutants et ils ne rapportent pas d'activité. Concernant la prise de parole, les personnes interrogées témoignent de leur perception d'une sensation de négligence de la part des dirigeants. Ils estiment que leurs voix ne sont pas seulement ignorées, mais également, que lorsqu'elles sont entendues, elles ne sont pas suffisamment prises au sérieux. Ils se sentent frustrés face à ce qu'ils perçoivent comme un manque de prise en compte de leurs compétences et de leur légitimité.

Pour surmonter ces barrières, il est impératif que les dirigeants du système de santé prennent en compte leurs préoccupations et qu'ils favorisent une culture où la voix de chacun est

2 – Le manque de confiance envers les professionnels de santé suscite leur indignation

Les personnes interrogées dénoncent aussi une autre réalité : le manque de confiance que l'on porte aux professionnels de santé⁴⁰. Lorsqu'ils expriment leurs opinions, il semble exister un « scepticisme » quant à la crédibilité de leurs retours et/ou expertise. Ce déficit de confiance ne se manifeste pas seulement au niveau des directions, mais il est également présent à tous les échelons, que ce soit entre les différentes strates hiérarchiques ou entre collègues.

Mais qu'est-ce que la confiance ?

Pour l'Académie française, il existe deux définitions : l'une qui concerne ses propres capacités à faire confiance à autrui « *Espérance ferme que l'on place en quelqu'un, en quelque chose, certitude de la loyauté d'autrui* » et, l'autre qui concerne la confiance qu'autrui nous donne « *Espérance ferme que les autres placent en vous ; conviction qu'ils peuvent avoir de votre sincérité, de votre dévouement, de votre honnêteté.* »⁴¹

Voici un exemple anecdotique, mais tellement parlant, que j'ai vécu il y a peu de temps lorsque que j'accompagnais l'animation d'un atelier dans un grand hôpital parisien sur la thématique de « la prime d'engagement collective. »⁴²

Afin de réguler les arrivées, je me suis installé dans l'encadrement de la porte d'entrée de la salle de réunion. Chacun s'installe au fur et à mesure. Arrive un homme auquel je demande la nature de son projet pour l'installer à la bonne table. Celui-ci me regarde « de haut en bas », en me disant « *Savez-vous qui je suis ?* ». Ma réponse est évidemment non, car je ne travaille pas dans cet hôpital. Il attrape son badge et me rétorque qu'il est « *cadre supérieur hiérarchique* » et qu'il vient pour « *contrôler ses cadres* » afin de savoir si « *elles sont bien présentes* » comme il l'avait demandé, et comme la direction lui avait demandée. Et, heureusement (pour elles), elles étaient toutes là. Le chef est ressorti « satisfait ».

C'est avec une pointe d'ironie que je partage cette histoire, car derrière cette anecdote, se dessine clairement un manque évident de confiance, voire un désir manifeste de domination sur son équipe. Si le supérieur ne fait pas confiance à ses cadres pour une simple réunion, le fera-t-il pour des sujets plus stratégiques ? « *La confiance est fondamentale, car sans elle, il serait difficile d'envisager l'existence même des relations humaines et des rapports de travail. Sans confiance, on ne pourrait même pas envisager l'avenir et chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps.* »⁴³

40 Pour rappel, cela concerne les professionnels qui prennent en charge les patients comme les médecins, infirmiers, aides-soignants...

41 <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C3500>

42 Dispositif ayant pour objet de favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs décidés au niveau des équipes et de valoriser l'engagement collectif dans ces démarches.

43 Marzano, Michela. « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, vol. 412, no. 1, 2010, p. 59

Cette situation m'amène à m'interroger de manière plus large sur le quotidien de ces cadres de santé, qui doivent vivre dans un contrôle permanent les empêchant peut-être d'oser s'exprimer et donc d'être écouté devant une

personnalité si clivante. Sont-ils même soutenus et valorisés ? Pour le savoir et ne pas rester sur ce sentiment négatif, il faudrait partager du temps avec les cadres et les écouter.

3 - Perte de sens jusqu'à l'épuisement

Un autre sujet que je voudrais aborder dans cette analyse est la perte de sens largement détaillée au début de cette thèse professionnelle.

Lorsque le temps manque, l'empathie peut s'effriter, et la qualité des soins en pâtir. Les professionnels de santé, engagés dans une course contre la montre, se retrouvent parfois démunis face à l'impossibilité de répondre aux besoins émotionnels des patients. Et de fil en aiguille, tous ces facteurs diminuent la perception d'un travail dit « *bien fait* » (au sens accomplissement et satisfaction de soi) au profit d'un travail dit « *mécanique*. »⁴⁴

Ces illustrations humoristiques dépeignent de manière amusante la réalité vécue par les infirmières. Bien que cette triste réalité puisse arracher un sourire aux principaux intéressés, interrogez une infirmière sur ces situations, et la réponse sera un oui catégorique à 100 %.

La nature altruiste des professionnels de santé, fait que pour certains, ils vont

se surinvestir physiquement et psychologiquement au détriment de leur santé. Mais malgré leurs efforts, l'écart entre l'idéalisation du métier et la désillusion en résultant, peuvent conduire jusqu'à l'extrême : le burn-out.

De nombreuses études (AMADEUS : Améliorer l'adaptation à l'emploi pour limiter la souffrance des soignants en 2021⁴⁵; Initiative santé en 2018⁴⁶, l'INRS⁴⁷ en 2017...) confirment que les professionnels de santé sont les plus touchés par l'épuisement professionnel et le burn out. Et la tendance est inquiétante, car les déclarations augmentent d'années en années, particulièrement depuis la crise COVID-19. Il est donc grand temps de s'occuper d'eux à toutes les étapes. Bien évidemment lorsqu'ils « craquent » pour les accompagner vers un rétablissement psychique et physique, mais surtout, en amont, pour qu'ils n'arrivent pas à cet état d'épuisement.

44 <https://theconversation.com/bonnes-feuilles-le-travail-bien-fait-cle-du-bien-etre-au-travail-159353>

45 <https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2022/04/25/souffrance-des-soignants-ce-que-dit-letude-amadeus/>

46 <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/os262018.pdf>

47 <https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>



Source : Passion infirmière
Dessinateur 1^{ère} image : Vadot
Dessinateur 2^{ème} image : Miss Lilou

4 – Leurs compétences multiples ne sont pas assez reconnues

Lors de l'analyse des interviews que j'ai conduites, une évidence est apparue : les compétences des professionnels interrogés sont multiples et plus larges que celles que l'on attribue classiquement comme l'empathie, le don de soi, l'accompagnement, la technicité... Ce constat est surtout valable pour les soignants paramédicaux (aide-soignante, infirmière, cadre de santé).

Dans cette partie, je vais mettre en lumière deux compétences pour prouver

mes propos : la résilience et la communication.

La résilience

La résilience est « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévère ». ⁴⁸



Source : Hospitalia

⁴⁸Manciaux, Michel. « La résilience. Un regard qui fait vivre », *Études*, vol. 395, no. 10, 2001, p. 321

J'estime qu'elle est une de leurs principales forces, car, malgré les épreuves, les interviewés ne se résignent pas.

Au contraire, ils sont solidaires. Qu'ils évoluent dans des grands CHU ou petits établissements, qu'ils soient jeunes ou âgés, ils ressentent ensemble les échos de ces difficultés et avancent malgré tout comme le confirme Christophe Dejourn, docteur en psychologie et psychanalyste. « *La solidarité face à l'adversité est aussi une manière d'honorer la vie qui prend cette fois la forme de résistance collective et de l'assistance mutuelle, pour empêcher que la vie ne soit expulsée du travail.* »⁴⁹

Ils n'ont pas attendu la crise du COVID-19 pour la mettre en place. D'autres crises comme celle du SIDA et le H1N1 (pour ne citer que les plus récentes) ont déstabilisé le système sans jamais le faire tomber. À travers cette image, Hospitalia, revue de l'innovation hospitalière, célèbre la force et le courage des soignants au plus fort de la crise COVID. Vêtu de sa tenue de combat, le soignant arbore une cape rouge. D'un geste assuré, il assène un coup de poing puissant, repoussant le virus avec une énergie contagieuse. Cet instant capturé symbolise la résilience et la détermination des professionnels de la santé, plongés dans un combat quotidien contre les menaces invisibles.

Il ne sert donc à rien de se poser la question s'il y avait une nouvelle crise, comment ferait-on ? Les professionnels, forts de leurs valeurs intrinsèques et de leur remarquable capacité de résilience, seront là. Cependant, la

question cruciale ne réside pas simplement dans leur présence, mais plutôt à quel prix humain. La vague de désertion qui a suivi la crise de la COVID-19 a mis en évidence que même la résilience a ses limites. Les professionnels de la santé peuvent endurer beaucoup, mais la surcharge, le stress chronique et les défis persistants peuvent éroder même les esprits les plus résilients. Ainsi, agir dès maintenant devient impératif, non seulement pour assurer leur présence lors de crises futures, mais aussi pour créer des environnements de travail durables et souteneurs qui préservent la santé mentale et physique de ces héros du quotidien.

La communication

Face aux patients, les professionnels mettent en place des techniques d'écoute active afin « *de créer un climat propice à l'expression du patient sur son ressenti.* »⁵⁰ Dans ce paragraphe, je voudrais mettre en lumière une autre facette de la communication. Celle de représenter la voix des professionnels auprès du grand public et de ses pairs.

Ce type de démarche est encore trop peu développée et mérite de monter en puissance comme en témoigne Alexis, infirmier et participant à la mission ministérielle « Soignons les soignants », « *Peu de paramédicaux sont sur les réseaux sociaux, et quand ils y sont, c'est plutôt du côté tik tok insta et non du côté LinkedIn et académique. On les voit peu. Quand les soignants paramédicaux s'expriment, on est plutôt de l'ordre « cui cui les petits oiseaux » que*

49 Travail vivant, Dejourn, 2012, p.133

50 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

des écrits universitaires, académiques avec des conférences, et une posture professionnelle et technique à la différence des médecins. »

C'est donc par cette voie que, potentiellement, les professionnels de santé auront une reconnaissance de leur légitimité et, peut-être, une écoute attentive des dirigeants du système de santé.

Dans le nuage de mot ci-dessous, j'ai inscrit toutes les compétences qui émergeaient lors des entretiens. Cet éventail de compétences est impressionnant. Leurs aptitudes, acquises au fil d'années d'expérience, révèlent une richesse de savoir-faire parfaitement transposables à d'autres métiers hors soins comme le monde des affaires (avec la capacité de gestion du stress), les ressources humaines (avec le leadership et la communication), la gestion de projet (avec le travail en équipe et la persévérance) ... Il reste maintenant à croire en eux et en leurs forces.



Figure 10 : nuage de mot des compétences transversales des professionnels de santé interrogés

B - Comment y répondre ?

L'émergence de multiples besoins souligne l'importance cruciale de la réflexion dans la rédaction de la problématique. Sa délimitation claire est un maillon essentiel, pour guider les recherches, vers des réponses créatives et innovantes.

Complexité du système

Le poids de l'histoire et des réformes a modelé la représentation et le sens que l'on peut donner à son travail. Dans le domaine de la santé, le sens est souvent lié à la mission de prendre en soins les patients dans leur globalité. Cependant, la complexité croissante du système avec ses procédures, ses problématiques de ressources humaines, et ses exigences administratives, peut entraîner une perte de sens en créant des barrières qui éloignent les professionnels du sentiment d'accomplissement et de satisfaction professionnelle. Par effet, boule de neige, le pouvoir d'agir s'en trouve aussi affecté par la perception de ne pas avoir d'impact sur leurs actions engagées.

Les principaux intéressés ne sont pas écoutés

Les professionnels de santé possèdent une expertise unique et une connaissance approfondie des réalités auxquelles ils font face. En ne les écoutant pas, nous ne pouvons pas appréhender les nuances de leur quotidien, comprendre leurs motivations, et leurs aspirations. En agissant ainsi, l'environnement de travail n'est pas serein. Certains professionnels de santé peuvent se sentir dévalorisés et incompetents,

renforçant ainsi leur inaction ou leur fatalisme face à leur quotidien.

Il existe un manque de confiance

Accorder une confiance significative aux professionnels de santé revêt une importance capitale, ayant des répercussions profondes sur le sens au travail et le pouvoir d'agir. L'absence de confiance empêche de bâtir un socle solide pour plusieurs raisons. Tout d'abord, si les directions, les managers, et même les pairs ne croient pas en leurs compétences, cela renforce le sentiment de non reconnaissance et de valeur. Ensuite, elle établit un climat de méfiance envers les pairs engendrant des réactions individuelles nocives. Enfin, l'absence de confiance enlève le sentiment d'être soutenu dans les décisions. Dans ce cadre, les professionnels de santé peuvent, dans certaines situations, ne plus être moteur de crainte de ne pas être écouté.

L'épuisement professionnel

L'épuisement est une réalité préoccupante qui affecte profondément les professionnels de la santé.

Et la perte de sens est souvent un compagnon indissociable. Ils peuvent ressentir une déconnexion entre leurs actions quotidiennes et la mission plus large de fournir des soins de santé de qualité.

La complexité du système de santé agit également comme un modulateur significatif du pouvoir d'agir des professionnels épuisés. L'épuisement peut affaiblir leur motivation intrinsèque et leur capacité à influencer positivement le système. Les professionnels épuisés peuvent ressentir un sentiment d'impuissance, réduisant ainsi leur pouvoir d'agir dans la prise de décisions et la mise en œuvre de changements bénéfiques.

Leurs compétences multiples ne sont pas assez reconnues

Lorsque les compétences multiples des professionnels de la santé ne sont pas pleinement reconnues, cela peut entraîner un sentiment de dévalorisation et de frustration. Ils peuvent alors ressentir un décalage entre leurs capacités réelles et la valorisation institutionnelle, impactant ainsi négativement leur sens au travail. Leur motivation intrinsèque peut aussi diminuer, impactant ainsi leur volonté de prendre des initiatives et de contribuer activement à l'amélioration du système.

En conclusion, tous ces constats confirment mon intuition qu'agir sur le sens au travail et le pouvoir d'agir est une piste de solution. Au départ, les concepts me paraissaient large, mais, à ce stade de la recherche, j'estime qu'il est trop restrictif de les resserrer tant les sujets des constats convergent tous vers eux.

C'est pourquoi je formule ma problématique dans ce sens :

Comment aider les professionnels de santé à développer leur pouvoir d'agir dans l'objectif de leur redonner du sens au travail ?



3 - LES IDÉES AMÈNENT À UNE SOLUTION

Les professionnels de santé conjuguent au quotidien leur expertise avec une pensée ingénieuse, pour offrir des solutions innovantes. L'élaboration de dispositifs médicaux, de parcours patients ou l'aménagement d'espaces de soins en sont des exemples. Pour cela, ils se nourrissent, consciemment ou inconsciemment de l'expérience des utilisateurs, de leurs propres expériences (réussies ou échouées), et du collectif. Leur créativité se manifeste dans la recherche de solutions pratiques, durables et humaines, remodelant ainsi l'avenir des soins de santé.

Cette troisième partie est la phase divergente du deuxième diamant. L'objectif est de développer une solution pour répondre aux besoins des professionnels de santé par les professionnels de santé. Pour y arriver, trois étapes seront nécessaires. La première : lister les idées et les réunir dans une mind map pour faciliter leur compréhension. La seconde : enrichir les idées par des expériences françaises et internationales. La dernière : choisir la solution qui ait le plus d'impact et de faisabilité.

A - Les témoignages donnent de nombreuses pistes

« Comment pourrions-nous aider les professionnels de santé à développer leur pouvoir d’agir dans l’objectif de leur redonner du sens au travail ? »

Au cours des 11 entretiens professionnels, j’ai pu recueillir leurs idées afin de répondre au plus près à leurs attentes. Les pistes proposées ont été recensées de manière exhaustive, puis structurées à l’aide d’une mind map.

1 - Listing des idées proposées

Dans le cadre de cette thèse professionnelle, la diversité des profils des personnes interviewées est un réel atout, car les pistes proposées ne sont pas enfermées avec un prisme spécifique lié au métier et/ou à l’expérience professionnelle, et/ou à l’âge.

Les cartes d’empathie ont révélé que les professionnels interrogés ne sont, en aucun, cas passifs. Ils regorgent d’idées visant à améliorer leur quotidien et, de manière plus étendue, le système de santé.

Voici la méthodologie que j’ai adoptée : j’ai examiné méticuleusement chaque carte d’empathie et extrait les idées qui y étaient suggérées. En cas de doute ou de nécessité de les comprendre plus profondément, sans interprétation, j’ai relu les entretiens et, pour deux d’entre eux, j’ai recontacté les personnes pour être sûr de ne pas interpréter leurs propos. Ensuite, j’ai regroupé et classé ces idées en fonction de thématiques spécifiques, afin de mieux cerner les tendances et les domaines prioritaires d’amélioration.

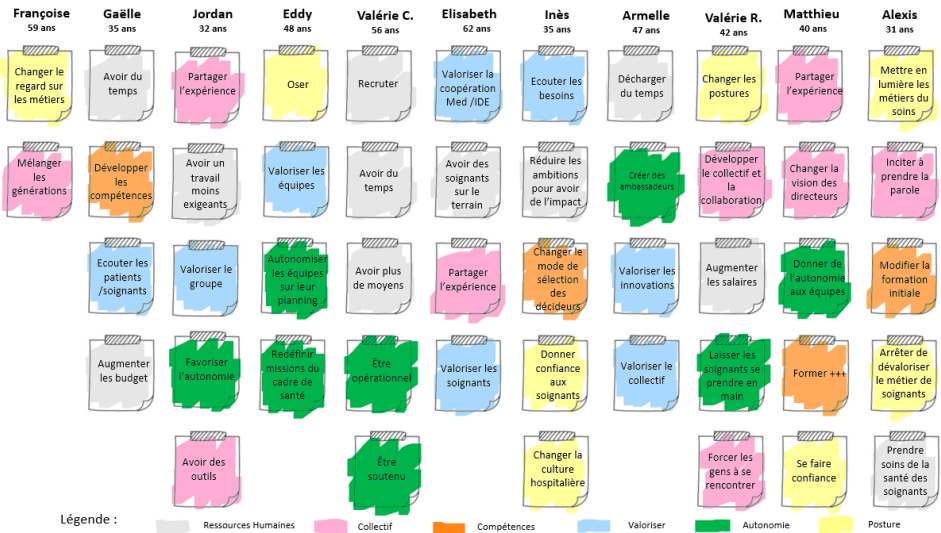
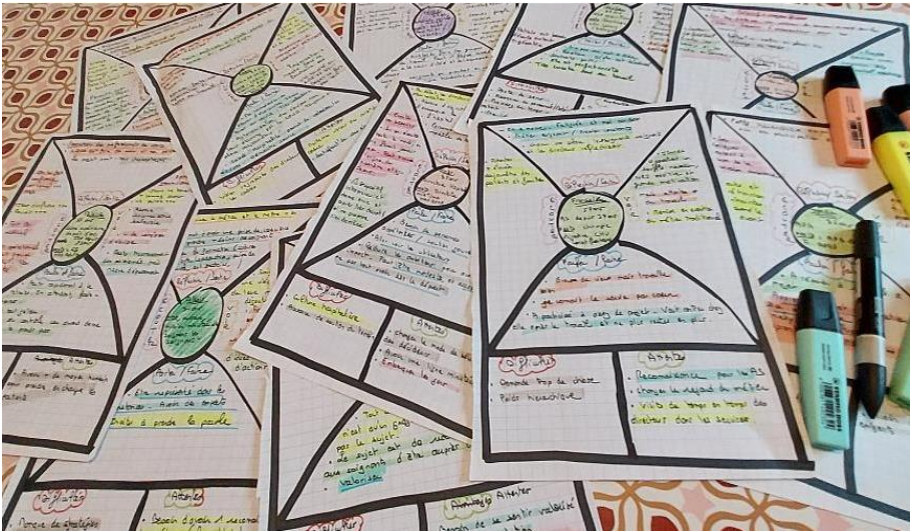


Figure 11 : Listing des idées par thématiques

2 - Réalisation d'une mind map pour synthétiser

Une mind map, est un guide visuel largement utilisé dans divers domaines tels que l'éducation, la gestion de projet, la cartographie de l'information et le design. Sa représentation graphique permet d'organiser de manière logique les idées, de visualiser les relations, les hiérarchies et les concepts, stimulant ainsi la pensée non linéaire et favorisant la connexion entre des éléments apparemment disparates.

Les idées émanant des professionnels de santé interrogés ont donné naissance à plusieurs thématiques liées au pouvoir d'agir et au sens au travail. L'utilisation de cet outil a permis d'affiner davantage ces thématiques en extrayant des sous-thématiques. Afin de mieux les comprendre, voici une analyse approfondie de chacune d'entre elles.

Ressources Humaines :

- Le désir d'une rémunération plus élevée est une attente forte depuis de nombreuses années et ce, malgré la revalorisation du Ségur de la santé. Les personnes interrogées mettent en avant le besoin de reconnaissance et de rétribution équitable en lien avec leurs compétences et engagements ;
- Afin d'assurer des soins de qualité, la présence d'un personnel en nombre suffisant est un postulat. Mais pas seulement. Le processus de recrutement doit être plus investi et répondre aux attentes d'un équilibre vie privée et vie

professionnelle. Ce levier permettra de fidéliser ;

- Les professionnels souhaitent participer aux projets en cours et à venir. Les projets doivent être plus en phase avec la réalité du terrain ;
- Prévention des risques de TMS et promotion de la santé : des programmes de prévention efficaces contribuent à la création d'un environnement de travail sain, en minimisant les obstacles liés au quotidien.

Dimension collective

- La nécessité de construire collectivement met en lumière l'importance de la cocréation et d'un besoin de participation active dans la prise de décisions ;
- Dans la même idée, les professionnels de santé souhaitent identifier les personnes travaillant sur les sujets similaires sans distinction de métier ou de position hiérarchique permettant aux individus d'apprendre les uns des autres, de partager leurs compétences et d'atteindre des objectifs communs de manière plus efficace ;
- Pour concrétiser les projets et aider au quotidien, il est essentiel d'outiller les individus (check list, procédure, formation à divers logiciels informatiques, grille d'entretien...)

Posture

- Les personnes interrogées ont exprimé le désir d'un changement de vision, d'une évolution des

perceptions traditionnelles des métiers de la santé. Il s'agit de dépasser les stéréotypes et les préjugés qui peuvent parfois entourer ces professions. Les professionnels aspirent à être perçus non seulement comme des soignants, mais aussi comme des experts dotés d'une expertise unique et précieuse ;

- Ils soulignent l'importance de reconnaître la complexité et l'étendue des compétences nécessaires pour exercer leurs professions. Cela inclut non seulement les compétences techniques, mais aussi les compétences relationnelles, émotionnelles et décisionnelles. La valorisation de ces aspects contribuerait à renforcer l'attrait des métiers.

Valorisation

- La prise en compte de la parole est une idée souvent citée. Ils souhaitent une écoute attentive de leurs besoins et de leurs suggestions pour instaurer une reconnaissance de leur voix et de leurs compétences ;
- En lien, la valorisation de leurs initiatives peut, leur conférer de la légitimité et les stimuler pour agir encore plus.

Autonomie

- Les professionnels de santé souhaitent des ressources nécessaires, tant sur le plan matériel que psychosocial, pour qu'ils puissent exercer leurs compétences de manière optimale ;
- Autogestion : de même, ils aspirent à s'impliquer activement dans la gestion de leurs activités quotidiennes, à avoir un contrôle sur leur organisation du travail, et à pouvoir influencer les et leurs décisions.

Compétences

- Apporter des compétences autres comme les sciences politiques, la recherche... lors de la formation initiale permettrait d'avoir une vision plus élargie du domaine de la santé ;
- Les professionnels de la santé aspirent à des opportunités régulières de formation pour actualiser leurs connaissances, acquérir de nouvelles compétences et rester au fait des avancées dans leur domaine ;
- Mise en avant des talents individuels : c'est une composante essentielle du développement des compétences. Cela implique la reconnaissance et la valorisation des forces de chacun.

Dans la mind map résultant de l'exploration des idées des professionnels de santé, deux observations évidentes émergent : la diversité et la complémentarité des sujets abordés.

Diversité, car chaque branche représente une thématique distincte, mettant en lumière la richesse des propositions faites par les professionnels interrogés. Complémentarité, car ces différentes thématiques ne se présentent pas de manière isolée, mais plutôt en interconnexion. Elle suggère une interdépendance entre la recherche de sens au travail et le pouvoir d'agir, soulignant l'impossibilité de considérer ces éléments de manière séparés.

En examinant ces relations, je mesure la complexité et la diversité des besoins validant mon idée qu'il est nécessaire d'agir et de trouver des solutions.

B - S'inspirer permet de nourrir les idées

L'exploration des pratiques innovantes, dans d'autres contextes, est une source précieuse d'inspiration pour les sujets du sens au travail et du pouvoir d'agir. Elle donne l'opportunité de prendre du recul sur nos propres besoins et de découvrir des solutions déjà éprouvées. Dans cette perspective, j'ai choisi d'explorer trois modèles tous complémentaires : le concept du « Magnet Hospital », mettant en avant la bienveillance et la reconnaissance collective, le modèle « Burrtzorg » qui promeut l'autonomie, et le modèle du « management participatif » en France, encourageant l'expression individuelle au sein des projets en cours.

1 – A l'international, l'exemple des « Magnet Hospitals » américains

Depuis plusieurs décennies, les Américains se penchent sur les enjeux de l'attractivité et de la fidélisation des infirmières, détenant ainsi une avance précieuse. Aujourd'hui, alors que la France est au cœur de ces sujets, il est judicieux de s'inspirer de leur expérience pour façonner notre propre approche et répondre à mon questionnement sur les solutions à apporter pour redonner du pouvoir d'agir aux professionnels de santé.

Leur recherche a permis de mettre en place un nouveau modèle labellisé dit « Magnet Hospitals » ou hôpital aimant en français qui réconcilie qualité de vie au travail, performance organisationnelle et qualité des soins. Dans les années 1980, un groupe de chercheurs en soins infirmiers a interrogé les professionnels de santé pour déterminer

leurs besoins et les raisons qui favorisent la fidélisation. Le concept est précurseur, car il a été construit par et pour les soignants. Quarante ans plus tard, les actions mises en place, ont généré de la satisfaction et une diminution du turn-over.

Caractéristiques de l'hôpital aimant

Les expérimentations ont fait évoluer le concept au fil du temps. Cependant, certains principes restent immuables tant ils sont dans son ADN. En voici un extrait que j'estime être en lien avec mon sujet de recherche, tiré de l'article « *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* »⁵¹:

- Ils sont « valorisés » et « encouragés à suivre/donner des cours » afin

⁵¹Brunelle, Yvon. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, no. 1, 2009, p. 45

d'éviter une routine et une déqualification progressive ;

- Ils ont une reconnaissance de statut du « nursing » par une place dans les instances décisionnelles ;
- Ils sont autonomes, dans leur sphère de décision clinique. Cela se caractérise par la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et par la capacité d'innover ;
- La gestion des effectifs est adéquate et adaptée à la charge de travail et aux besoins des patients ;

Pour quels résultats ?

Voici les conclusions de Lydwine Vaillant, consultante indépendante en innovation en santé, dans son livre intitulé "Réinventons le secteur de la santé".⁵² Il synthétise les attributs de

l'hôpital magnétique et met en lumière ses résultats impactant sur les attitudes au travail, les performances en ressources humaines, ainsi que la performance organisationnelle globale. Il est frappant de constater que des aspects négatifs tels que l'épuisement professionnel et le turn-over ont été complètement écartés pour des éléments positifs tels que la satisfaction au travail et l'attractivité des postes.

Ce que j'en retiens

En s'inscrivant dans une démarche positive, les « Magnet Hospitals » offrent des solutions à leurs professionnels de santé l'opportunité de s'épanouir professionnellement et de ressentir du sens au travail.



Source : Livre « Réinventons le secteur de la santé »

52 « Réinventons le secteur de la santé. Ils l'ont fait, découvrez leurs clés ! », Lydwine Vaillant, 2019, p.13

J'observe qu'en comparant les idées émises et le modèle des « Magnet Hospitals », le lien est manifeste entre les attentes des professionnels de santé interrogés et les réponses proposées par le modèle. La reconnaissance de chaque acteur, la mise en avant des compétences individuelles, la possibilité de s'exprimer librement et de contribuer aux processus décisionnels sont autant de thèmes récurrents dans les discussions. Cela démontre que les enjeux liés au sens au travail et au pouvoir d'agir des professionnels de santé ne sont pas confinés à des réalités

spécifiques, mais transcendent les frontières. Ainsi, le modèle des « Magnet Hospitals » apparaît comme une réponse universelle aux préoccupations partagées par les acteurs du domaine, mettant en lumière l'importance de ces valeurs dans l'amélioration globale du secteur de la santé.

En somme, le modèle des « Magnet Hospitals » constitue un ensemble de leviers concrets pour agir sur le sens au travail et le pouvoir d'agir des professionnels de santé.

2 – Au Pays-Bas, l'exemple du modèle « Burrtzorg »

Lors de l'idéation, le terme « autonomie » a été de nombreuses fois cité. Il est donc intéressant de s'inspirer du modèle « Burrtzorg » au Pays-Bas (« Soins de proximité » en français) qui pousse à l'extrême cette notion afin de savoir si les solutions mises en place peuvent être transposables pour répondre au besoin d'agir et de retrouver du sens au travail, même si le modèle est axé sur les soins à domicile et non le monde hospitalier.

En pratique

Lancé en 2006 par Jos de Blok, infirmier puis cadre de santé, ce concept vise à favoriser le lien social par la proximité et la confiance entre le personnel et le patient, tout en

responsabilisant les infirmières. Le modèle, dit « Burrtzorg Onion Model »⁵³, fonctionne par couches successives. Au centre, se situe le patient qui est pris en charge par des équipes d'infirmières autonomes sans responsable hiérarchique. Chaque équipe a pour gestion une zone géographique déterminée. En interne, les infirmières ont chacune un rôle établi pour assurer la gestion du groupe. Ces rôles peuvent être fixes, ou attribués sur une certaine durée. S'il y a une moindre difficulté, les équipes « Burrtzorg team » et « Formal networks » viennent les soutenir.

Bénéfices

- « Recréer du lien social et de la confiance »⁵⁴ grâce à la proximité et au nombre restreint d'interlocuteurs ;

53 https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.docx.pdf

54 https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_synthese_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.docx.pdf

- Les infirmières sont en autonomie dans leur équipe. La communication y est très forte.
- « *Centralisation de la logistique* » par l'utilisation d'une plateforme unique
- « *Réduction des coûts* » suite à une diminution des frais de déplacement (zone géographique réduite), des ressources humaines (les managers ne sont plus sur le terrain), et par effet mécanique, diminution de la tarification des consultations.

Limites

- « *Le facteur humain* ». Dans de telles structures, la nécessité de compétences spécifiques telles que l'adaptabilité, l'autonomie, la flexibilité, la médiation et la communication exclut certains professionnels de santé.
- « *La sectorisation de proximité* » est difficile à mettre en œuvre si le secteur est prédéfini par les autorités de tutelle.

Ce que j'en retiens

En France, le modèle est expérimenté depuis 2016 au travers de l'association « Soignons Humain ». ⁵⁵ La démarche a été immédiatement soutenue par les Pays-Bas, mais en France, les défis ont été nombreux (critique du modèle, complexité administrative...). Ce n'est qu'avec l'avènement de l'article 51 ⁵⁶, de 2019 à 2022, que l'initiative

« Equilibre 51 » a pu être testée à plus grande échelle.

Aujourd'hui, le bilan de l'expérimentation retient quatre idées fortes : « *Il faut au préalable transformer les croyances, les représentations collectives et les pratiques des instances de contrôle et de régulation ; Nourrir la réforme en cours des services à domicile (SAAD et SSIAD) par l'approche Equilibres-Burrtzorg ; Accepter que la qualité des soins soit une affaire de motivation intrinsèque et de compétences, pas de tarif ou de rémunérations sur objectifs ; Et favoriser une culture de la rencontre avec des relations de qualité entre pairs et les partenaires du soin.* » ⁵⁷

Bien que le modèle « Burrtzorg » soit axé sur les prises en charge à domicile, il souligne avec succès que l'autonomie fonctionne de manière optimale lorsque l'organisation et la culture le permettent. Dans le contexte hospitalier actuel, la transposition intégrale de ce modèle, semble peu réaliste à court terme ⁵⁸ et ne me paraît pas être une réponse immédiate à mon questionnaire.

Toutefois, à moyen et long terme, le modèle demeure une source d'inspiration pour les stratégies visant à transformer la culture et les représentations, tout en favorisant les échanges entre professionnels lors de réunions, de formations ou de congrès par exemple.

⁵⁵ <https://www.soignonshumain.com/>

⁵⁶ L'article 51, intégré à la Loi de Finances de la Sécurité Sociale de 2018, constitue un cadre expérimental majeur favorisant le déploiement rapide de nouvelles organisations et de modes de financement novateurs dans le domaine de la santé. Il offre la possibilité de déroger à diverses dispositions législatives et établit le fonds d'innovation en santé (FISS) pour soutenir financièrement ces expérimentations.

⁵⁷ <https://www.article51-equilibres.org/article-51>

⁵⁸ Pour modérer mes propos, certaines hospitalisations à domicile le mettent en place, car les HAD ont un lien très fort avec les acteurs de ville.

3 – En France, l'exemple du « management participatif »

Lors de mes recherches bibliographiques sur le sens au travail et le pouvoir d'agir, il en est ressorti que le manager avait une forte responsabilité sur ces deux concepts. Cet exemple me permettra d'évaluer si le management participatif mis en place dans ce CHU, écartant les autres types de management décrits dans le schéma ci-dessous, répond aux besoins d'agir des professionnels de santé.

En pratique

Dans l'article « Comment mieux manager pour mieux soigner ? »⁵⁹ le Professeur Philippe COLOMBAT présente la démarche participative mise en place, dès 1992, dans son service d'oncologie médicale au CHRU de Tours. C'était de manière pour lui et ses équipes de répondre à « *la déshumanisation des soins et à l'épuisement des soignants* ». ⁶⁰ Cette démarche se base sur le déploiement de nombreux espaces obligeant les échanges et sur la mise en place d'une démarche projet :

- Les espaces d'échanges
 - Les staffs pluriprofessionnels. Au cours de ces réunions sont présents tous les professionnels s'occupant des patients dans le service sans distinction ;
 - Les formations internes. Elles se distinguent des formations organisées dans l'établissement ou à l'extérieur, car elles impliquent toutes les catégories

socio-professionnelles. Elles ont pour objectif de renforcer la cohésion au sein des équipes, de favoriser une meilleure connaissance mutuelle et de permettre des échanges sur l'expérience de la thématique au sein du service.

- Les staffs de débriefing. Ils sont animés par un psychologue extérieur au service dans les 72 heures post situation difficile (conflit, accompagnement ou fin de vie difficile, décès à répétition, demande d'euthanasie...). Non obligatoire, ils offrent aux soignants un espace de parole.
- Enfin, les échanges réguliers entre les managers et les médecins du service, notamment lors des prises de décisions organisationnelles de top management, sont essentielles au succès du modèle.

- La démarche projet

Cette démarche consiste, à partir d'un dysfonctionnement ou d'une volonté d'amélioration, à mettre en place des groupes de travail, afin de dégager des propositions qui seront discutées. La pluriprofessionnalité des groupes de travail, la qualité des échanges et de la communication, et la tenue d'un planning de réunions régulières sont les garants de la réussite de la démarche.

59 « Réinventons le secteur de la santé. Ils l'ont fait, découvrez leurs clés ! », Lydwine Vaillant, 2019, p.18

60 https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/08/28/a-l-hopital-les-services-s-en-sortent-mieux-quand-les-managers-font-confiance-a-leurs-equipes-pour-construire-le-soin_6092640_1650684.html

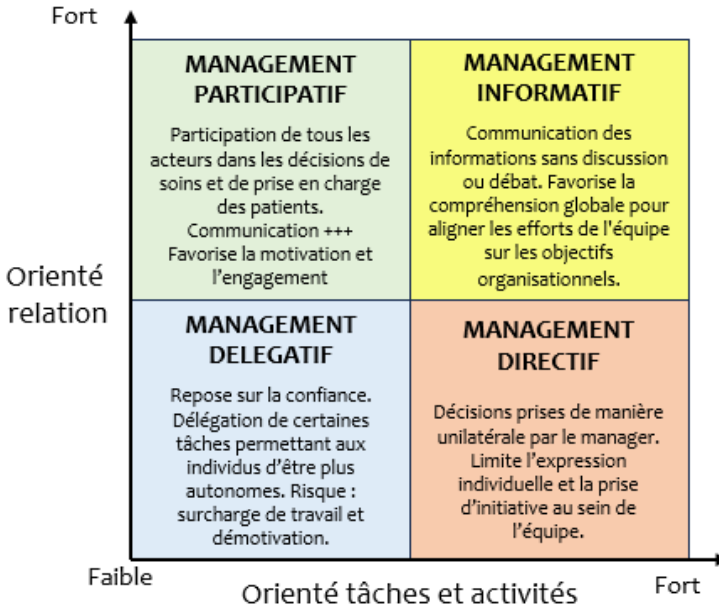


Figure 13 : quatre types de manage-

Bénéfices⁶¹

- Meilleure qualité de vie au travail ;
- Meilleur engagement ;
- Renforcement du sentiment d'appartenance au service ;
- Amélioration de la performance au travail.
- Satisfaction des patients, car la qualité des soins se sont améliorée.

Ce que j'en retiens

Porté par la conviction que le management participatif devrait être instauré à travers tous les services et hôpitaux de France, le chemin parcouru depuis 2009 est indéniable. Ce concept a non seulement été approuvé, mais également validé, témoignant de son impact

positif. En tant que manager, je revisiterai les schémas traditionnels de gestion pour souligner que bien que le management participatif ait prouvé son efficacité, il ne constitue pas une panacée.

Pour répondre à mon sujet, l'élément important n'est pas forcément le type de management mis en place, mais l'organisation d'espaces de rencontres qui favorisent les échanges, les expériences et incitent les décisions collectives.

⁶¹<https://www.afsos.org/actualites-evenements/comment-mieux-manager-pour-mieux-soigner-le-professeur-philippe-colombat-presente-la-demarche-participative/>

C – La formation au design thinking, enrichie par les soft skills, est la solution retenue

La dernière étape du processus de conception implique l'identification de la solution optimale parmi les idées générées et les inspirations provenant de diverses sources. La solution retenue résulte de cette synthèse. Elle s'incarne dans une formation au design thinking enrichie par les softs skills. Elle est à l'intention des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des patients.

1 – Analyse des besoins

Pour savoir quelle solution était la plus optimale pour redonner du pouvoir d'agir et favoriser le sens au travail, j'ai choisi d'utiliser la matrice 2 x 2, également connue sous le nom de « Matrice Impact Effort », car « c'est un cadre de hiérarchisation visuelle destiné à identifier les idées pour lancer un processus de prototypage ».⁶²

Elle se présente avec deux axes et quatre quadrants.

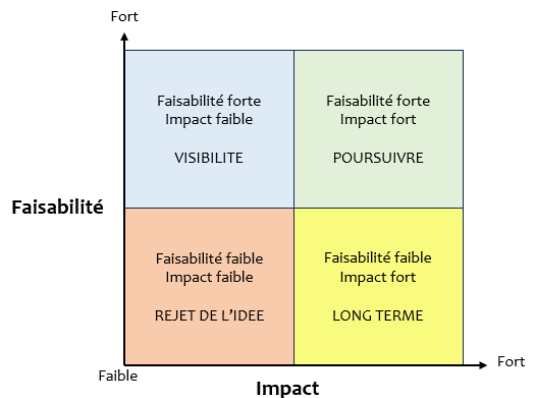
Concernant les axes, j'ai défini les indicateurs de faisabilité générale comme les ressources disponibles, les contraintes, et la faisabilité technique et, d'impact sur les professionnels de santé.

Concernant les quadrants, ils délimitent les idées :

- Faisabilité forte, Impact fort (en vert) : ces sont les idées qu'il faut retenir et prototyper au vu de leurs potentiels.
- Faisabilité forte et impact faible (en bleu) : ces idées toucheront peu de

personnes, mais leurs réalisations demanderont peu d'effort. Opter pour cette catégorie est possible dans un contexte stratégique de visibilité des projets.

- Faisabilité faible et impact fort (en jaune) : ces idées englobent un vaste public, mais leur mise en œuvre nécessitera des efforts substantiels. Sélectionner ce quadrant



Source : Le kit du Design Thinking

62 "Le kit du Design Thinking", p. 155

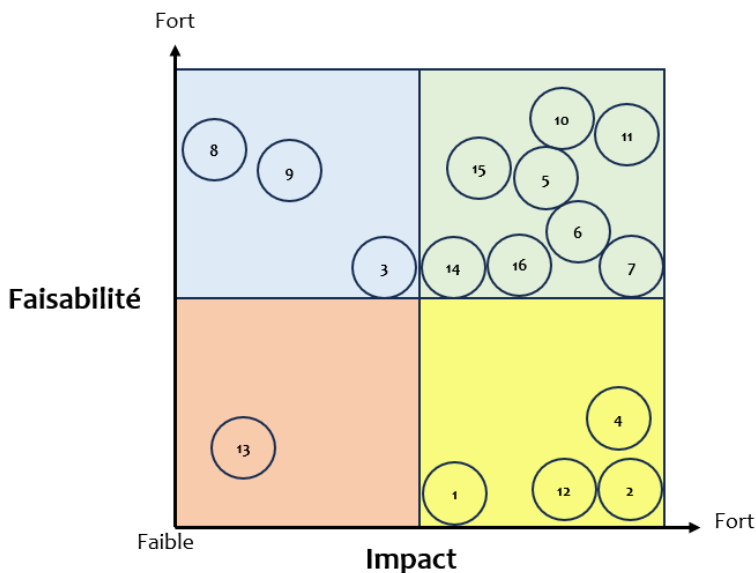


Figure 14 : Matrice 2x2 des choix de solution

est envisageable, mais il est important de noter que les projets peuvent s'étendre sur une période prolongée en raison de sa complexité.

- Faisabilité faible et impact faible (en orange) : les idées ne sont pas nécessairement mauvaises, mais elles ne sont pas applicables dans ce contexte.

Mise en place des idées

La matrice résume les idées exprimées par les professionnels de la santé interrogés. Le choix de placement repose sur plusieurs indicateurs liés à ma recherche : la bibliographie, les échanges, ainsi que sur l'ensemble des concepts démontrés, mais aussi sur mes critères de faisabilité à mon échelle.

Rappel des idées :

Ressources humaines

1. Rémunérer
2. Recruter
3. Projets (adapter le budget et la temporalité, diminuer la taille des projets)
4. Prévenir (accompagner les soignants dans leur quotidien et développer la médecine du travail)

Collectif

5. Outiller (procédures, guide, logiciel informatique...)
6. Construire les idées ensemble
7. Regrouper les professionnels qui ont les mêmes envies

Posture

8. Changer de vision

9. Avoir une meilleure image des métiers

Valorisation

10. Valoriser la parole
11. Valoriser les initiatives des professionnels

Autonomie

12. Installer un environnement capacitant

13. Autogestion

Compétences

14. Enseigner d'autres domaines
15. Développer les compétences
16. Formation continue

Comme dit précédemment, les idées dans le quadrant vert doivent être poursuivies :

- Construire les idées ensemble
- Regrouper les professionnels qui ont les mêmes envies
- Valoriser la parole
- Valoriser les initiatives des professionnels
- Enseigner d'autres domaines
- Développer les compétences
- Formation continue
- Outiller (procédures, guide, logiciel informatique...)

Une observation attentive révèle que les professionnels ont un besoin fort de collaboration, de reconnaissance et de développement des compétences, signe qu'ils recherchent à contribuer et influencer, de manière significative, leur environnement direct. Ces actions

contribuent non seulement à l'épanouissement individuel, mais également à la création d'un climat de travail serein, favorisant ainsi un cercle vertueux pour retrouver du sens dans son travail.

Dans cette perspective, la solution choisie se matérialisera sous la forme d'une formation au design thinking dédiée aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients. Cette approche de formation non seulement intègre les impératifs soulignés, mais les transcende également en fournissant un cadre méthodologique concret et novateur pour stimuler la collaboration, reconnaître les compétences individuelles, encourager les initiatives, et favoriser le développement continu des compétences au sein de l'environnement de soins.

2 - Pourquoi choisir une formation sur le design thinking ?

Petit retour en arrière

Depuis longtemps, j'ai toujours eu la conviction que les professionnels de santé n'étaient pas assez valorisés. Mon parcours varié et mon expertise dans le domaine hospitalier ont souligné un manque de considération, y compris pour moi-même, de leurs paroles et de leurs actions. Travailler sur l'empowerment des professionnels de santé a donc été un fil rouge durant ma carrière. En tant qu'ancienne formatrice, je crois fermement en l'importance de la formation comme solution

pour doter les professionnels d'outils pertinents. C'est souvent à cette étape qu'il faut instiller des bases et des valeurs solides.

Mon stage au sein de Lowpital® a constitué une opportunité. En effet, les valeurs de l'agence, axées sur l'expression des professionnels de la santé et leurs actions, à travers, entre autres, une formation en design thinking, étaient en parfait accord avec ce que je voulais explorer. C'était une occasion de confirmer la validité de mon intuition, tout en cherchant à acquérir une

connaissance approfondie sur le design appliqué à la santé, ce qui a rendu ce stage d'autant plus attractif. Au cours de ce stage, j'ai eu l'opportunité d'explorer la littérature, de rencontrer des professionnels de la santé, de débattre sur le sujet de « Comment redonner du pouvoir d'agir aux professionnels de santé afin de retrouver un sens au travail ? » et d'analyser les données recueillies, une liberté que je n'aurais jamais eue en tant que salarié. Les résultats de ma recherche confirment ma conviction : la formation s'avère être un levier efficace pour redonner du sens et du pouvoir d'agir aux professionnels de la santé. En effet, la formation, qu'elle soit initiale ou continue, offre la possibilité d'acquérir et de renforcer ses compétences, renforce la confiance en soi, favorise l'autonomie et les rencontres et stimule la créativité.

La formation au design thinking, confirmée par mes recherches, est la solution.

Premièrement, la démarche de construction collective prend tout son sens lorsqu'elle réunit des individus partageant des appétences communes. En valorisant l'expression individuelle, en encourageant les initiatives et en fournissant les outils adéquats, le DT renforce cette cohésion d'équipe et stimule la créativité, contribuant à l'épanouissement des professionnels de santé.

Deuxièmement, en mettant l'accent sur l'inclusivité, cette approche favorise un sentiment d'égalité entre les acteurs du domaine de la santé que l'on soit médecin, infirmier, directeur, ou occupant tout autre rôle au sein de l'hôpital. En complément, son accessibilité intellectuelle facilite

l'engagement de chacun, permettant une compréhension aisée des concepts et une application pratique dans le cadre des responsabilités professionnelles de chacun.

Troisièmement, en communiquant sur les projets issus du DT, les professionnels de santé seront valorisés et reconnus pour leurs travaux. Pour les directions, mettre en avant ces projets par une communication forte et assumée, démontre qu'elles ont une ouverture d'esprit et une envie d'innover. Cette stratégie peut créer un levier de forte attractivité et de fidélisation pour l'établissement.

En raison de contrainte de calendrier, je n'ai pu assister à la formation au design thinking délivrée chez Lowpital® mais j'ai consulté la documentation pédagogique et échangé en profondeur avec Aude Nyadanu sur l'origine de la formation et ses convictions. Bien que mes recherches confirment ses convictions, j'estime que la formation qu'elle propose n'est pas complète.

3 - Pourquoi enrichir la formation avec les soft skills ?

C'est quoi les soft skills ?

Pour décrire, cette partie théorique, je m'appuierai essentiellement sur un article « *Les soft skills pour innover et transformer les organisations* »⁶³ publié en mai 2022 de Brieuc du Roscoät⁶⁴, Romaric Servajeau-Hilst⁶⁵, Sébastien Bauvet⁶⁶ et Rémi Lallement⁶⁷.

L'introduction du terme "soft skills" (compétences douces, transversales) remonte aux années 1970, lorsqu'il a été adopté par l'armée américaine dans le but d'optimiser les performances de ses soldats. À partir de cette période, une distinction nette a été établie entre les "soft skills" et les "hard skills". Les compétences ne sont nullement opposées. Au contraire, elles se complètent. Là où les soft skills sont des compétences humaines et relationnelles, les hard skills sont des compétences techniques plutôt apprises en formation et/ou par l'expérience.

L'article donne une définition très détaillée « *Ensemble dynamique et interlié de compétences engagées vers le développement de la capacité individuelle et collective de l'humain à se situer, à interagir et à configurer un environnement dans une optique de transformation. Elles sont constituées de différents processus qui permettent à*

l'humain d'agir dans un contexte incertain et sur une situation nouvelle. »

Dans le schéma ci-dessous, les auteurs listent un portrait des soft skills selon cinq grandes familles. Celles-ci n'étant pas innées, il est possible de les développer tout au long de sa vie.

Les auteurs appuient sur le fait que les "soft skills" sont un atout majeur pour l'individu et le collectif. Elles facilitent la compréhension mutuelle, renforcent la coopération, et favorisent un climat propice à l'innovation. En outre, elles sont cruciales pour s'adapter aux évolutions rapides du marché du travail. Elles transcendent les domaines spécifiques de compétences et offrent une flexibilité professionnelle, permettant aux individus de naviguer avec aisance dans des contextes variés. Dans un environnement où la technologie évolue rapidement, la valeur des "soft skills" ne cesse de croître.

Lien avec la formation

Dans le domaine de la santé, les professionnels portent souvent le poids de l'histoire hospitalière, perçue comme un fardeau, comme décrit dans la première partie de la thèse professionnelle. Ce sentiment se traduit de manière caricaturale par une impression injustifiée d'être de simples

63 https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-dt-soft_skills-mai.pdf

64 Président de l'Institut pour la Transformation et l'Innovation

65 Enseignant-chercheur (HDR) en stratégie à KEDGE Business School

66 Docteur en sociologie

67 Chef de projet à France Stratégie

exécutants, privés de la légitimité nécessaire pour s'exprimer en public et obtenir une visibilité appropriée.

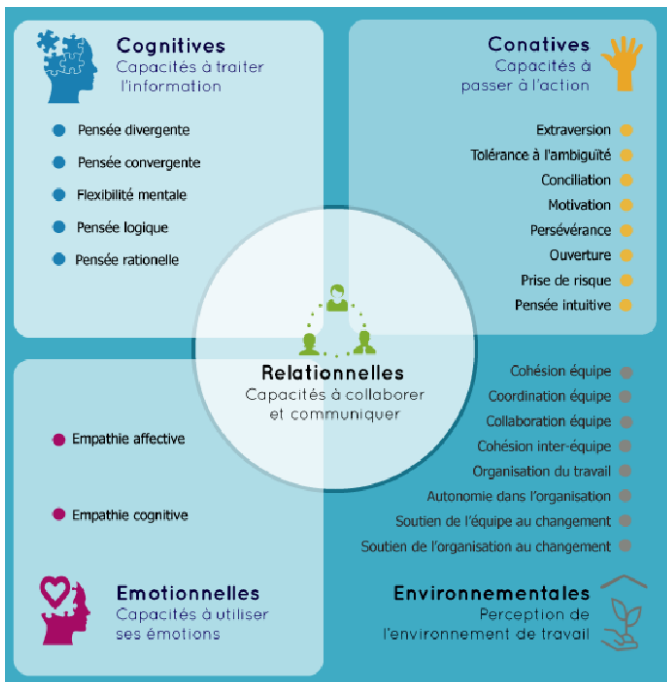
Lors de ma recherche, j'ai été surprise de constater du besoin intense de reconnaissance des compétences des professionnels de santé et de la prévalence du syndrome de l'imposteur. Cette attente a été exprimée, mais très peu de professionnels de santé ont souligné explicitement qu'ils possédaient des forces, et encore moins ont su les énumérer. En analysant attentivement leurs discours, j'ai pu extraire ces qualités souvent sous-estimées et non verbalisées. Cet aspect est crucial, car même un projet très pertinent, ne peut aboutir si ses auteurs et porteurs ne croient pas en leur potentiel.

En mettant en lumière ces compétences, je modifie la perception

immédiate que les professionnels de santé ont d'eux-mêmes. Cette prise de conscience de leurs forces et de leurs valeurs contribue à développer une confiance en eux et les encourage à s'engager de manière plus affirmée, à prendre des initiatives et à exprimer pleinement leurs idées et compétences, créant ainsi un environnement propice à leur épanouissement professionnel. La confiance renforcée se répercute, également positivement, sur la qualité des soins prodigués élevant le degré de satisfaction des patients.

En résumé, intégrer les professionnels de santé dans les projets via la démarche du DT enrichie par des approches soft skills permet de créer un levier immédiat de satisfaction et de reconnaissance du travail accompli. Cette approche, véritable déclencheur

de changement, établit un équilibre entre la valorisation des compétences individuelles, la collaboration active et l'autonomie au sein de l'organisation de santé pour retrouver le pouvoir d'agir et, par extension, rétablir un sens profond au travail.



Source : Les soft skills pour innover et transformer les organisations

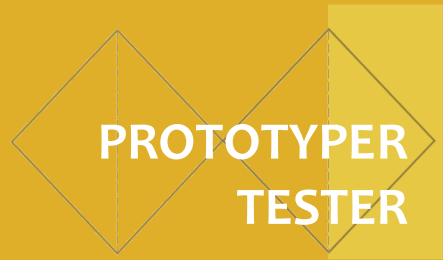
FIN DE LA TROISIEME PARTIE : IMAGINER

Cette troisième partie, phase divergente du deuxième diamant, a démontré que les professionnels de santé ont foisonné d'idées innovantes, témoignant de leur engagement et de leur créativité. Ces idées, couvrant six champs (ressources humaines, compétences, valorisation, posture et autonomie), ont mis en lumière la multiplicité des besoins pour répondre à la question centrale : comment redonner du pouvoir d'agir aux professionnels de la santé pour retrouver du sens au travail ?

Pour enrichir les idées, j'ai analysé trois modèles distincts : les "Magnet Hospitals" aux États-Unis, le modèle "Burrzorg" aux Pays-Bas et le management participatif en France. Parmi les enseignements tirés, la bienveillance, l'écoute, la valorisation, l'autonomie et la collaboration sont identifiées comme des leviers essentiels pour restaurer le pouvoir d'agir et, par conséquent, le sens au travail.

Cette exploration m'a amené à conclure que la clé réside dans la formation des professionnels de santé, englobant le design thinking et renforcée par l'intégration de soft skills. Cette double approche répond aux besoins de collaboration, d'échange, de créativité et de renforcer leur confiance en leurs compétences.

À ce stade, il reste à entamer la dernière phase du design thinking, celle du prototypage et du test de cette formation, visant à valider la pertinence de mon analyse.



4 - PROTOTYPAGE ET BÊTA-TEST D'UN ATELIER DÉDIÉ AUX SOFT SKILLS

Le prototypage, bien qu'il soit la dernière étape du processus du design thinking, occupe une place essentielle, car il matérialise les concepts. Ce processus ne se limite pas à la création d'une manifestation tangible, mais il s'étend également à une phase de test. Dans cette perspective, le prototypage et le test sont interdépendants, se nourrissant mutuellement pour garantir une solution finale solide et adaptée aux besoins spécifiques des professionnels de la santé.

Comme évoqué précédemment, Lowpital® propose une formation axée sur le design thinking spécifiquement conçue pour les professionnels de la santé. Plutôt que de reproduire une formation déjà existante, je vais me concentrer sur le prototypage du tout premier atelier de cette formation qui est axé sur le développement des soft skills. Je considère que cette contribution revêt une importance équivalente à la formation du design thinking elle-même, et elle se distingue par son caractère novateur. Dans cette quatrième et dernière partie du double diamant, je vais donc décrire le prototypage de cet atelier et la réalisation d'un bêta-test pour éprouver son intérêt.

A – Prototypage de l'atelier

La phase de réflexion pédagogique est primordiale dans la construction d'une formation. Dans ce chapitre, je la détaillerai en deux points : le socle pédagogique et son approche visuelle.

1 - Premier point : Créer le socle pédagogique de l'atelier

L'intention pédagogique de l'atelier n'est pas d'entreprendre une introspection profonde ou une psychothérapie des professionnels de santé. Au contraire, elle les conduit à prendre pleinement conscience de leur potentiel, afin de renforcer leur confiance et, par conséquent, leur pouvoir d'agir. Dans cette optique, l'atelier introductif de la formation en design thinking constitue une étape cruciale. Pour y répondre, les professionnels de santé seront en mesure de définir les compétences transversales (soft skills) en opposition avec les compétences techniques (hard skills), d'en reconnaître son importance et d'identifier leurs forces.

Concrètement, l'atelier alterne entre de la théorie et de la pratique. Il offre des séquences à la fois individuelles et

collectives, permettant aux participants d'assimiler les concepts de manière personnalisée tout en favorisant la collaboration et l'échange d'idées.

Afin de saisir pleinement la structure de l'atelier, la capture d'écran ci-dessous présente le programme dans son ensemble.

Dans le souci de maintenir une atmosphère propice à une participation active et à une implication approfondie, la taille des groupes a été délibérément restreinte à un maximum de 12 participants. De plus, pour respecter le cadre temporel du programme global de formation en design thinking, l'atelier a été minutieusement conçu avec une durée de 2 h 30.



Le programme.	
	Introduction 10'
	Ice breaker 15'
	Crazy job 15'
	Un peu de théorie 15'
	Pause 10'
	Cartes des forces 40'
	J'ai déjà, je n'ai jamais 15'
	J'ai une idée 20'
	Conclusion 10'

2 - Deuxième point : créer les templates

La création de templates pour une formation présente des avantages pratiques et pédagogiques.

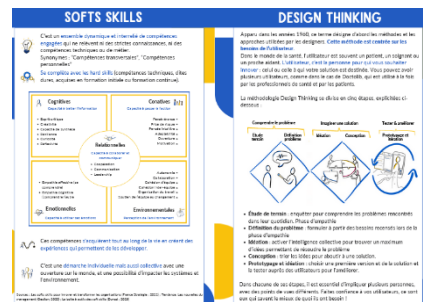
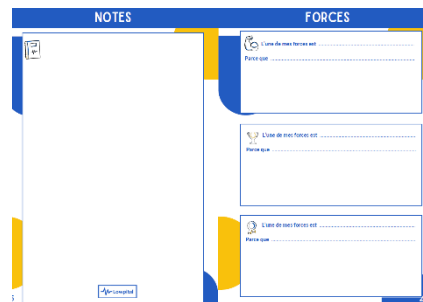
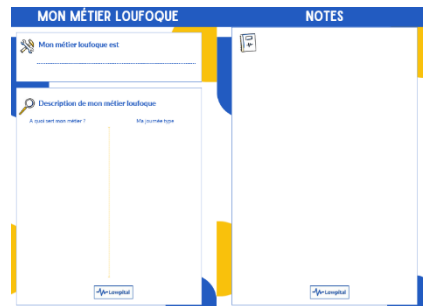
Sur le plan pratique, elle assure une consistance visuelle permettant de répondre aux différentes méthodes d'apprentissages. En effet, tout individu a une appétence pour un mode d'apprentissage spécifique. Il peut être visuel, écrit ou auditif. Dans une formation, il est nécessaire de proposer les trois modes afin de favoriser les acquis. Les templates permettent aussi d'économiser du temps durant la formation et de faciliter les mises à jour.

Du point de vue pédagogique, les templates s'alignent avec les objectifs de la formation, maintiennent la cohérence du message, facilitent l'interaction, et sont adaptables aux besoins spécifiques.

La création de ces templates a été possible grâce aux outils partagés durant le mastère que ce soit en groupe ou lors du fil rouge et aux différents échanges au fil de construction de la formation. Il est important de souligner que ceux-ci ont été peu coûteux

Voici un aperçu des templates avec leur objectif :

1. Livret pédagogique : il reprend toutes les idées de l'atelier et s'utilise au fur et à mesure des séquences. Objectif : outil ludique pour noter et réaliser les exercices.




- Ice breaker : élaboration d'une carte d'identité par trois personnes différentes. Elle allie du dessin et des questions simples. Objectif : se rencontrer et de se détendre.
- Crazy job : expliquer au groupe le métier loufoque que l'on exerce. Objectif : avoir un sentiment d'égalité envers tout le monde.

CARTE D'IDENTITÉ de

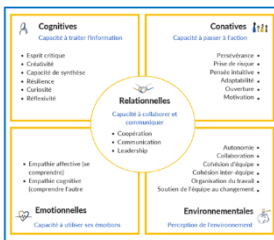
Si tu étais un plat, lequel serais-tu ? _____

Si tu pouvais revêtir le costume d'un super-héros, lequel te ferait rêver ? _____

Si tu n'avais pas choisi ce métier, lequel ferais-tu ? _____



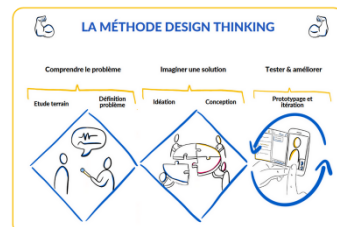

- Théorie : les professionnels notent les compétences qu'ils possèdent sur des post-it. Ils doivent ensuite les trier entre soft skills et hard skills. Nous complétons ensemble si besoin. Objectif : partir de leurs connaissances pour montrer démontrer certaines compétences.
- Cartes des forces : A partir du jeu de cartes de forces créé par Positran®, les professionnels déterminent leurs forces et les partagent. Objectif : savoir reconnaître que l'on a des forces.



- J'ai déjà, je n'ai jamais : se mettre en ligne et aller à droite ou à gauche selon l'affirmation. Objectif : se rendre compte que nous ne sommes pas seul à vivre certaines expériences.
- J'ai une idée : mettre sur le double diamant, les forces que l'on possède. Objectif : identifier qu'on est compétent sur toutes les étapes du processus. Renforce la légitimité.

J'ai un chien ?

Oui | Non

B – Bêta-test de l'atelier

Pour rappel, les étapes du design thinking, représenté par un double diamant, sont l'empathie, la définition du problème, l'idéation et le prototypage. Mais c'est dans la phase test que toute la recherche en amont prend vie. C'est une occasion pour valider les idées, recueillir les retours des utilisateurs et réajuster si nécessaire jusqu'à une solution qui réponde véritablement aux besoins exprimés. La première partie de ce chapitre sera exclusivement documentée par des photos de la réalisation de l'atelier puis, dans la seconde partie, j'en ferai une analyse critique.

1 - Mise en œuvre

En amont du test

Pour réaliser le bêta-test, la promotion de cet événement a été communiquée sur divers réseaux sociaux. Les participants pouvaient s'y inscrire via un

formulaire. En simultanément, j'ai organisé la logistique, englobant la réservation de la salle, la préparation des fournitures de bureau (post-it, crayon...), l'impression des templates, ainsi qu'un peu de nourriture.

Le jour J



Vidéos métier loufoque⁶⁸



⁶⁸ Par souci de respect des droits à l'image les vidéos seront désactivées après l'obtention du Mastère.

2 – Analyse critique du bêta-test

Comme dit en introduction de ce chapitre, le test permet non seulement de vérifier les hypothèses, mais aussi d'être au plus proche des besoins exprimés. Dans ce cadre, il est nécessaire d'avoir un œil critique sur son travail.

Points Positifs

Tout d'abord, l'atmosphère générale de l'atelier était propice à un échange constructif. Les professionnels de santé ont démontré une implication active dans chaque séquence, créant ainsi une ambiance détendue et propice à la confiance mutuelle. Cette dynamique positive a contribué à favoriser un apprentissage collaboratif et une interaction fluide.

Par ailleurs, l'utilisation des templates a été particulièrement appréciée. Les retours positifs, sur ces outils, suggèrent qu'ils ont bien servi leur objectif en facilitant la compréhension et l'application des concepts abordés lors de l'atelier.

Sur le fond, la séquence avec les cartes des forces a été particulièrement saluée. Durant cet atelier, les participants ont exprimé avoir eu l'opportunité de se poser, de prendre du recul et de consacrer un instant à une introspection professionnelle, offrant ainsi la possibilité de prendre la mesure des forces qu'ils possèdent.

Enfin, les professionnels ont souligné l'originalité de l'approche, saluant la

manière dont l'atelier a su rompre avec les méthodes conventionnelles. En effet, il s'axe uniquement sur les points positifs alors que généralement les formations se focalisent sur les points à améliorer. Les professionnels ont estimé que cette pédagogie était beaucoup plus valorisante.

Limites

La principale contrainte réside dans le nombre restreint de participants, ce qui a compromis la possibilité d'obtenir des conclusions catégoriques sur la pertinence de l'atelier. La conséquence est que j'ai dû annuler le premier atelier proposé en soirée. La faible mobilisation ne provient pas du désintérêt pour le sujet au vu des nombreux commentaires et encouragements que j'ai eu lors de ma campagne de communication. Elle provient des horaires en soirée « peu pratiques ». J'ai alors organisé l'atelier en journée, mais même après le changement, des problématiques similaires ont persisté ce qui soulève mes interrogations sur la faisabilité d'organiser des ateliers sur le temps personnel.

En complément, le faible nombre de participant m'a obligé à annuler la séquence "J'ai, je n'ai jamais". Pour rappel, cette séquence avait pour objectif de démontrer la force du collectif et que nous ne sommes pas seuls à vivre certaines expériences.

Une autre limite notable est le biais introduit par ma connaissance préalable des professionnels de santé. Bien que cela ait favorisé une certaine complicité, elle a pu influencer la sincérité des réponses. J'en retiens la nécessité de diversifier le groupe pour obtenir une perspective plus équilibrée.

Enfin, le titre de l'atelier a été confusissant, car j'ai alterné dans mes propos les termes « potentiel » et « pouvoir d'agir ». Il m'a été suggéré d'être plus précise dans mon choix lexical et de plus l'explicitier.

FIN DE LA QUATRIEME PARTIE : PROTOYPER — TESTER

Cette quatrième et ultime étape, dans la démarche du design thinking, a été l'occasion pour moi de concrétiser la création d'un atelier dédié à la thématique des soft skills.

La conception du prototype s'est appuyée sur des fondements pédagogiques, alternant théorie et pratique, et utilisant une diversité d'outils pédagogiques pour enrichir l'expérience et favoriser l'apprentissage. Cependant, la phase de bêta-test a présenté des défis, principalement en raison d'un nombre limité de participants. Bien que le sujet suscite un intérêt avéré, la difficulté d'honorer les horaires en journée ou en soirée a compliqué sa mise en place. Malgré la reconnaissance du bénéfice de prendre du temps pour une introspection professionnelle, la disponibilité des professionnels de santé reste un défi persistant.

Je garde de cette expérience, l'enseignement que l'approche positive est un véritable levier pour valoriser d'une part, et donner confiance d'autre part.

ANALYSE CRITIQUE

Il est temps maintenant de faire un pas de côté pour analyser de manière critique mais constructive mon travail de recherche.

Premièrement, j'estime ne pas avoir assez échangé avec les professionnels de santé tout au long de ma recherche. Malgré un nombre raisonnable d'entretiens, il apparaît qu'une plus grande diversité de témoignages aurait renforcé ou non mes hypothèses et permis d'obtenir des feedbacks plus complets. De plus, l'absence d'une approche plus immersive (observations, accompagnements dans le quotidien...) a pu créer des sentiments d'éloignement des véritables besoins des professionnels de santé. En contrepartie, bien que j'exprime parfois mes convictions, je suis resté neutre vis-à-vis de mes propres perceptions et biais professionnels.

Deuxièmement, j'ai conscience que ma problématique n'était certainement pas assez ciblée puisque, lors de la phase d'idéation, j'ai eu une explosion de propositions sur des sujets très variés. Ce qui m'a conduit à rechercher une solution qui répondait, peut-être, à des besoins trop larges. Néanmoins, j'assume mes choix, et la solution trouvée semble évidente a posteriori, tant elle s'avère juste.

Troisièmement, en termes de méthodologie, j'ai choisi de raccourcir l'étape de la partie idéation en une seule étape pour des simplicités de mise en forme et de compréhension, bien que je sois consciente que cette approche puisse être discutée d'un point de vue théorique.

Enfin, lors de mon stage, des contraintes temporelles ont entraîné des

retards dans certains projets, me poussant à m'adapter et à réajuster ma recherche, parfois au détriment de la clarté de mes réflexions.

CONCLUSION

La question centrale, à la fin de cette thèse professionnelle, demeure : ai-je répondu à ma problématique « Comment redonner du pouvoir d’agir aux professionnels de santé ?

Ma réponse est, sans équivoque, affirmative.

Au fil de cette recherche, j’ai consolidé mon intuition selon laquelle la formation constitue un levier puissant pour modifier les postures et les visions. Il est important de comprendre que la solution proposée ne réside pas simplement dans une formation au design thinking, elle repose sur la nécessité impérative de faire prendre conscience aux professionnels de santé de leurs forces et de leurs compétences variées. La valorisation devient ainsi un moteur subtil qui, en renforçant la confiance individuelle, amène à des initiatives audacieuses et innovantes, que ce soit au travers de projets, d’expériences ou simplement en partageant leurs aspirations et leurs besoins lors d’échanges et de prises de parole. Et, je l’espère, par effet d’entraînement, engagera les autres acteurs dans cette dynamique. La contrainte est d’accepter que la démarche soit lente, car le changement de vision et de culture est un processus complexe qui implique autant l’individu et ses valeurs que la société et son histoire.

Forte de ma conviction, je souhaite poursuivre dans cette direction. Pour y parvenir, la prochaine étape sera de réaliser à plus grande échelle l’atelier sur les soft skills en prenant en compte tous les retours des professionnels de santé, et de le tester lors d’une formation au design thinking. Évaluer à distance l’impact de cet atelier me

permettra aussi de réajuster les apports pour être au plus proche des besoins des professionnels qui évoluent sans cesse dans cet univers contraint et incertain.

Je conclurai en exprimant que, pour moi, travailler dans le monde hospitalier a toujours revêtu un sens profond, celui d’être utile, d’apporter assistance aux personnes et de les accompagner. Réussir à renforcer leur pouvoir d’agir et les aider à retrouver un sens à leur métier représenterait, à mon échelle, une valorisation et une reconnaissance significative de mon travail. C’est donc pour cela que je continuerai à m’investir avec détermination et passion !

GLOSSAIRE

APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AS	Aide-Soignante
APA	Activité Physique Adapté
ARS	Agence Régionale de Santé
CDC	Centers of Disease Control and prevention
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
COVID 19	Coronavirus
DT	Design Thinking
EHPAD	Établissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HPTS	Hôpital Patient Santé Territoire
IA	Intelligence Artificielle
IDE	Infirmière
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
T2A	Tarifcation À l'Activité
TMS	Trouble Musculo Squelettique

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ARNOUX, Nicolas, caroline, « Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ? », *Donner un sens au travail. Pratiques et outils pour l'entreprise*, sous la direction de Arnoux-Nicolas, caroline. Dunod, 2019, 58 pages.

BROWN, Tim, *L'esprit design*, Pearson, 2019, 247 pages.

DEJOURS, Christophe, *Travail vivant, 2 : travail et émancipation*, Payot, 2012, 256 pages.

GUEDJ, Jean-Paul, *Vive le lundi ! L'univers psychologique*, 2008, 219 pages.

HUBERT, Joly, "The Heart of Business: Leadership Principles for the Next Era of Capitalism ?", Ingram Publishers Services, 2021, 304 pages.

LEWRICK, Michael, Link Patrick, et Leifer Larry, *Le guide du design thinking, activez la méthode*, Pearson, 2019, 352 pages.

LEWRICK, Michael, Link Patrick, et Leifer Larry, *Le kit du design thinking*, Pearson, 2021, 309 pages.

Maslach, Christina, « Burn out », *Les Arènes*, 2016, 272 pages.

PEZE, Marie, « Il ne mourrait pas tous, mais tous étaient frappés », *Flammarion*, 2010, 186 pages.

VAILLANT, Lydwine, *Réinventons le secteur de la santé : Ils l'ont fait, découvrez leurs clés*, AFNOR, 2019, 157 pages.

ETUDES STATISTIQUES

Quand le travail perd son sens, Etude de Thomas Coutrot de la Dares et Coralie Perez, 2021, https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/5049867f3c1d899dbc36367fe6410eff/Dares_DE_Quand-le-travail-perd-son-sens_249.pdf

Sens au travail ou sens interdit, Etude Deloitte, 2017, <https://www2.deloitte.com/fr/fr/pages/talents-et-ressources-humaines/articles/etude-sens-au-travail.html>

ARTICLES

ALTMAN, M., HUANG T., « Design Thinking in Health? care », Preventing Chronic Disease, 2018

https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0128.htm

BACQUE, Marie-Hélène, et BIEWENER, carole, « L'empowerment, une pratique émancipatrice ». La découverte, 2013, 175 p., 16 », *Revue Projet*, vol. 336-337, no. 5-6, 2013, pp. 186a-187.

BOLLECKER, Gilles, et Thierry NOBRE. « Les stratégies de gestion des paradoxes par les managers de proximité : une étude de cas », *Recherches en Sciences de Gestion*, vol. 113, no. 2, 2016, pp. 43-62.

BRIERE, Thibaud, JANAND, Anne et, MAIZERAY, Lidwine, « Le philosophe en entreprise, « un rôle d'animal » », Dans *Question(s) de management* 2018/1 (n° 20), pages 15 à 25

BRUNELLE, Yvon. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, no. 1, 2009, pp. 39-48

COTE, Valérie, BELANGER Lynda et GAGNON, caroline, « Le design au service de l'expérience patient », *Sciences du Design*, 2017/2 (n° 6), p. 54-64, <https://www.cairn.info/revue-sciences-du-design-2017-2-page-54.htm>

GELLY, Maud, et SPIRE Alexis. « L'encastrement du privé dans l'hôpital public », *Sociétés contemporaines*, vol. 126, no. 2, 2022, pp. 5-31.

HANNE, Georges, « Histoire et travail : quelques repères et une perspective », 2006, <https://journals.openedition.org/framespa/61>

MANCIAUX, Michel. « La résilience. Un regard qui fait vivre », *Études*, vol. 395, no. 10, 2001, pp. 321-330.

MARZANO, Michela. « Qu'est-ce que la confiance ? », *Études*, vol. 412, no. 1, 2010, pp. 53-63.

PERINEL, Quentin, « Comment la société produit des métiers inutiles », Article du Figaro, septembre 2013

ROUSSEAU, Jean-Jacques, « Du contrat social », 1762, <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61325137/f12.item>

SIMON, HERBERT A. « The sciences of the artificial, 1969 ». Massachusetts Institute of Technology, 1981.

SITE WEB DANS L'ORDRE DE CITATION

<https://www.innovationtraining.org/design-thinking-mindsets/>

<https://www.interaction-design.org/literature/article/5-stages-in-the-design-thinking-process>

<https://www.forbes.fr/management/il-est-temps-de-revolutionner-le-sens-au-travail/>

<https://usbeketrica.com/fr/article/quete-de-sens-au-travail-une-preoccupation-elitiste>

<https://www.cairn.info/revue-le-sociographe-2013-5-page-193.htm>

<http://www.education-populaire.fr/empowerment-pouvoir-dagir-et-participation/>

<https://sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/>

<https://theconversation.com/bonnes-feuilles-le-travail-bien-fait-cle-du-bien-etre-au-travail-159353>

<https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2022/04/25/souffrance-des-soignants-ce-que-dit-letude-amadeus/>

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/os262018.pdf>

<https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/outil_12_ecoute_active.pdf

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sibe_alis_2016_les_hopitaux_magnetiques_en_7_questions.pdf

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_synthese_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.docx.pdf

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.docx.pdf

<https://www.buurtzorg.org.uk/buurtzorg-means-neighbourhood-care-but-what-does-that-mean/>

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ag2r_synthese_revue_de_litterature_sur_le_modele_buurtzorg.docx.pdf

<https://www.soignonshumain.com/>

<https://www.articles51-equilibres.org/article-51>

https://www.lemonde.fr/sciences/article/2021/08/28/a-l-hopital-les-services-s-en-sortent-mieux-quand-les-manageurs-font-confiance-a-leurs-equipes-pour-construire-le-soin_6092640_1650684.html

<https://www.afsos.org/actualites-evenements/comment-mieux-manager-pour-mieux-soigner-le-professeur-philippe-colombat-presente-la-demarche-participative/>

<https://www.lescahiersdelinnovation.com/le-design-thinking-se-rapproche-t-il-du-coeur-des-entreprises/#quelles-sont-les-entreprises-concernees>

<https://www.maformation.fr/formation/recherche?Query=design+thinking&Lieu=&TypeSearch=1>

<https://www.digiforma.com/guide-of/methodes-outils-pedagogiques/>

<https://walter-learning.com/blog/soft-skills/devenir-formateur/comment-creeer-fiche-pedagogique>

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-dt-soft_skills-mai.pdf

AUDIO: DEBAT, FILM, PODCAST ET REPORTAGES

Débat

Débat 1ère séance assemblée nationale "La crise de l'hôpital public", 5 Mai 2023,

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.13349243_6454a6075a464.1ere-seance--debat-sur-le-theme--%EF%BF%BD-la-crise-de-l-hopital-public-%EF%BF%BD--debat-sur-le-theme--%EF%BF%BD-quelles-5-mai-2023

Film

Les temps modernes, Chaplin, Charlie, 1936, 86 minutes.

Podcast

Les transformateurs. Podcast, <https://lowpital.,care/podcast>

Reportages

Ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés.

<https://youtu.be/Ewv9PhkMroQ>

Infirmières, notre histoire, Mathilde Damoiseil, novembre 2023,

<https://www.france.tv/documentaires/histoire/5422140-infirmieres-notre-histoire.html>

Le pouvoir a-t-il un sexe ? Si oui, lequel ? Hélène Risser, novembre 2023,

<https://www.publicsenat.fr/emission/documentaire/le-pouvoir-a-t-il-un-sexe-si-oui-lequel-eo>

L'hôpital public à bout de souffle, Pierre-Louis, CARON, mars 2022,
<https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/crise/temoignages-videos-huit-soignants-medecins-infirmiers-racontent-un-hopital-public-a-bout-de-souffle-je-n-avais-pas-signe-pour-ca.html>

Nous, soignants - À bout de force, Claire Feinstein, Gilles Perez, novembre 2023,
<https://www.france.tv/france-3/nous-soignants/5422125-a-bout-de-force.html>