



Nous sommes — *hospitalières*

13 témoignages de femmes
qui font l'hôpital



*« Agentes administratives, aide-soignante, infirmière, médecin, cadre... elles témoignent.
Députées, sénatrice, anciennes ministres, élues mutualistes, elles échangent.
Pour défendre notre service public à la française, elles proposent et s'engagent. »*



NOUS SOMMES
– HOSPITALIÈRES
13 TÉMOIGNAGES
DE FEMMES
QUI FONT
L'HÔPITAL

– SOMMAIRE

« Donner la parole aux hospitalières », préface du comité éditorial	06
Les membres du comité éditorial	08

13 TÉMOIGNAGES DE FEMMES – QUI FONT L'HÔPITAL

11

10 PORTRAITS ET TÉMOIGNAGES – D'HOSPITALIÈRES ENGAGÉES

13

<i>Isabelle JEAN</i> , Sage-femme, cadre de santé, administratrice MNH	14
— <i>Aubin JEAN</i> , fils d'Isabelle JEAN	22
<i>Carole MOUCHON HENOFF</i> , Assistante médico-administrative en psychiatrie	28
<i>Halima OUNNAHI</i> , Agente des services hospitaliers	36
<i>Kiléane SYLLA</i> , Agente des services hospitaliers, actuellement en formation d'infirmière	44
<i>Dominique SEVIN</i> , Technicienne d'information médicale	54
<i>Fabienne JEGOU</i> , Infirmière en psychiatrie, administratrice MNH	62
<i>Marie-Christina FERNANDES</i> , Gestionnaire RH en charge des recrutements d'IDE	70
<i>Amélie CARIOU</i> , Gynécologue-obstétricienne	78
<i>Nadia MALLET</i> , Éducatrice spécialisée et mandataire judiciaire	88
<i>Magalie FERREIRA NEVES</i> , Aide-soignante en maternité	98

3 PORTRAITS ET TÉMOIGNAGES – DE FEMMES POLITIQUES ENGAGÉES POUR L'HÔPITAL

107

<i>Agnès FIRMIN LE BODO</i> , Députée de Seine-Maritime, ancienne Ministre déléguée auprès du Ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé	108
<i>Laurence ROSSIGNOL</i> , Sénatrice du Val-de-Marne, ancienne Ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes	120
<i>Justine GRUET</i> , Députée du Jura, masseur-kinésithérapeute	128

LE REGARD – DU COMITÉ ÉDITORIAL

137

• Hospitalières : quand la majorité est mise en minorité	138
• La santé des hospitalières, cette priorité oubliée	144
• Tensions et violences, l'hôpital au diapason de la société	150
• Attractivité des métiers : l'hôpital confronté au choc générationnel	154
• L'hôpital a d'ores et déjà entamé sa mue	156

En savoir plus sur la MNH	162
---------------------------------	-----

« DONNER LA PAROLE AUX — HOSPITALIÈRES »

Préface du comité éditorial

—*—

La « souffrance » de l'hôpital semble omniprésente dans les médias. Les experts se succèdent sur les plateaux et aux micros pour livrer leurs analyses, ils écrivent des tribunes dans les journaux pour dresser leur diagnostic adossé à leur inventaire de solutions. En échangeant entre nous, nous avons fait le constat que ces spécialistes de l'hôpital étaient essentiellement des hommes, quand l'hôpital est à 80% composé d'hospitalières. Alors, un peu sur le ton du défi, nous nous sommes dit « *Et si nous donnions la parole aux hospitalières ?* ». L'idée était au départ de proposer des échanges libres, sans interdit mais avec la puissance du vécu. Nous nous interrogeons : « *Serions-nous à la hauteur de ce projet ambitieux ?* ». Pour être tout à fait honnêtes, nous craignons une forme de désillusion, un flot de témoignages négatifs et redondants sur cet hôpital et ses dysfonctionnements si souvent décriés. Bref, une image dégradée du service hospitalier. Ces 10 rencontres d'hospitalières constituent en réalité un vent de fraîcheur, un souffle de passion, un formidable espoir pour l'hôpital public et ses professionnels.

En relisant ces paroles de vies, toutes différentes, nous sommes heureuses du résultat. Tous les sujets sont abordés, sans fard et avec franchise. Ces 10 hospitalières se tiennent éloignées des discours défaitistes. Elles préfèrent parler avec passion du service public hospitalier, de ces valeurs communes qui les animent, au service des autres. Certes, elles pointent ici et là des difficultés, des hauts et des bas, mais elles préfèrent se concentrer sur le bonheur qu'elles ont chaque jour à « prendre soin ». Nous tenons à remercier la Présidence, le Conseil d'administration, les directions, générale et des Affaires publiques, de la MNH qui ont dit un grand oui sans condition à cette démarche iconoclaste et un peu risquée. Trois femmes politiques, ministre, ancienne ministre, sénatrice et députées, femmes du soin pour certaines, toutes femmes d'engagement, ont également accepté de répondre à nos questions, toujours en toute liberté. Cet ouvrage, *Nous sommes hospitalières*, nous en sommes fières. Fières d'elles toutes. Fières des hospitalières.

Leonie Donnet
Nathalie Houot
Gisèle Ciupa

DE GAUCHE À DROITE :
LEONIE DONNET
NATHALIE HOUOT
GISELE CIUPA



LES MEMBRES — DU COMITÉ ÉDITORIAL



UNE VRAIE CONVAINCUE — DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET DU MUTUALISME

Gisèle Ciupa

Infirmière au Centre Hospitalier
de Libourne

— GIRONDE

Gisèle est hospitalière, jusqu'au bout des ongles. Infirmière hygiéniste à l'hôpital de Libourne depuis 1986, diplômée en 1982, elle s'est engagée pour défendre les valeurs sociales et solidaires au sein du service public hospitalier tout au long de sa carrière professionnelle, avec toujours la même passion et la même motivation, malgré les difficultés qu'elle a parfois traversées. Gisèle, c'est aussi une Girondine ancrée dans les réalités de son territoire, et engagée à le faire vivre. Motivée par le collectif, attachée aux valeurs de solidarité et d'entraide, c'est tout logiquement qu'elle s'est engagée comme élue mutualiste au sein de la MNH, dès le début des années 2000. Elle aura connu, au fil des années, les différentes fonctions au sein du bureau départemental de la Gironde, jusqu'à en devenir Présidente. Elle occupe désormais également les fonctions de Coordinatrice régionale pour la Nouvelle-Aquitaine, et accompagne ainsi plusieurs dizaines d'élus mutualistes dans l'exercice de leurs fonctions. Une vraie idée de la transmission et de la mise en valeur des autres, qu'elle a souhaité poursuivre en s'engageant dans le comité éditorial de cet ouvrage. Et comme elle aime à le rappeler, « *Être hospitalière et mutualiste, c'est avant tout s'engager pour le bien commun* ».



UNE ATTENTION SINCÈRE — POUR LES FEMMES QUI FONT L'HÔPITAL

Leonie Donnet

Chargée d'affaires publiques
à la Mutuelle Nationale des Hospitaliers

— PARIS

Leonie, c'est d'abord une personnalité attachante, et véritablement curieuse du monde qui l'entoure. Née à Poitiers, dans la Vienne, ces traits de caractère lui ont d'abord été transmis par ses parents, franco-allemands, et se sont construits par la suite tout au long des rencontres et des événements qui ont rythmé sa vie. Très tôt, Leonie s'est forgé une véritable expertise, doublée d'un profond intérêt, sur la place et le rôle des femmes au sein de la société. Dès ses études à l'IEP de Strasbourg, dans le Bas-Rhin, elle leur dédiait ses travaux de recherche et continue encore aujourd'hui à se mobiliser en leur faveur. Passionnée par la chose publique, elle a débuté sa carrière professionnelle comme collaboratrice parlementaire, avant de rejoindre la MNH en août 2022 au sein de la direction des Affaires publiques. Caractère bien trempé tout autant qu'humaniste convaincue, Leonie est avant tout une passionnée des autres, à qui elle dédie du temps et une attention sincère. C'est donc avec un enthousiasme non feint qu'elle s'est plongée dans la rédaction de cet ouvrage et qu'elle a parcouru, pendant plusieurs semaines, les 4 coins de la France, à la rencontre de ces 13 femmes qui représentent le cœur battant de l'hôpital et de notre système de santé.



LA VOLONTÉ QUOTIDIENNE — DE METTRE LES AUTRES EN LUMIÈRE

Nathalie Houot

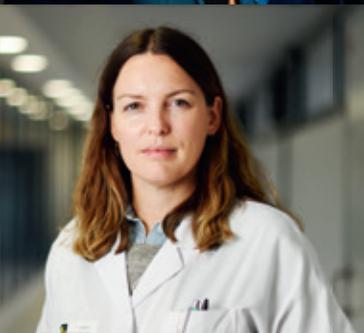
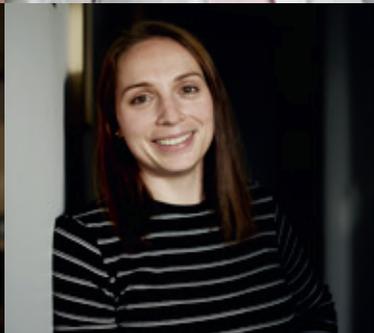
Adjointe administrative et ancienne
responsable de la Communication
et des Affaires culturelles au Centre
Hospitalier d'Épinal

— VOSGES

Nathalie a tout de suite dit « *oui* » pour intégrer le comité éditorial de cet ouvrage. Rien d'étonnant quand on connaît le parcours de cette hospitalière, passionnée de communication, bienveillante, et toujours tournée vers ses collègues. Depuis qu'elle a intégré l'hôpital d'Épinal, en 1988, elle a fait de la mise en lumière des hospitalières et des hospitaliers, et plus largement de l'hôpital public, un vrai engagement professionnel. Elle l'a complété d'un volet culturel et administratif, lequel lui a permis de renforcer un peu plus encore l'ouverture de son hôpital sur la cité, et d'œuvrer à l'entremêlement des mondes de la culture et de la santé. Ses compétences, et sa bonne humeur contagieuse, Nathalie les a mises au service de la MNH en s'y engageant pleinement depuis 2020, d'abord localement en Lorraine, puis désormais comme membre du Conseil d'administration, pour représenter les adhérents et participer de façon proactive à la gouvernance de la mutuelle. Pour elle, cet ouvrage est l'occasion de « *mettre un visage sur celles qui s'occupent de nous quotidiennement* » afin de permettre de « *promouvoir la place des femmes dans le secteur de la santé et reconnaître leur caractère indispensable pour le fonctionnement de notre système de santé* ».



10 PORTRAITS ET
TÉMOIGNAGES
– D'HOSPITALIÈRES
ENGAGÉES



3 PORTRAITS ET
TÉMOIGNAGES
– DE FEMMES
POLITIQUES ENGAGÉES
POUR L'HÔPITAL



*Nous sommes
– hospitalières*



13 TÉMOIGNAGES DE FEMMES – QUI FONT L'HÔPITAL

« Agentes administratives, aide-soignante, infirmière, médecin, cadre... elles témoignent. Députées, sénatrice, anciennes ministres, élues mutualistes, elles échangent. Pour défendre notre service public à la française, elles proposent et s'engagent. »

« ÊTRE HOSPITALIÈRE ET MUTUALISTE, C'EST AVANT TOUT
S'ENGAGER POUR LE BIEN COMMUN. »

Gisèle Cupa

Infirmière au CH de Libourne et membre du comité éditorial

10

10 PORTRAITS ET TÉMOIGNAGES D'HOSPITALIÈRES — ENGAGÉES

Isabelle JEAN

+ Sage-femme, cadre de santé, administratrice MNH
Centre Hospitalier de Niort



« J'AVAIS TELLEMENT
BESOIN DE CE MÉTIER,
J'ADORE MON MÉTIER
– J'ADORE ÊTRE PRÈS DES
FEMMES, D'UN POINT
DE VUE HUMAIN. »



P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Titulaire du baccalauréat très tôt, dès 16 ans, Isabelle Jean se destinait à des études de pharmacienne. Après un échec au concours d'entrée elle s'oriente vers celui de sage-femme. Dans l'entre-deux, elle travaille pendant un an dans une grande surface afin de mûrir son projet professionnel. À l'issue de cette période, plus déterminée que jamais, elle décide d'habiter le week-end chez son grand-père à Niort, pendant la durée de ses études de sage-femme à Poitiers, où elle passe ses semaines. Elle commence sa carrière en Charente-Maritime pendant 15 ans. Puis, elle souhaite s'orienter vers une fonction plus managériale, elle suit les cours à l'école de sage-femme de Dijon, pendant un an. Avec des enfants encore très jeunes, un mari soignant, inutile de préciser que la conciliation entre vie professionnelle et privée relevait alors du défi quotidien. Elle est cadre supérieure sur le pôle femme-mère-enfant du Centre Hospitalier de Niort depuis 2011. Elle est maman de trois enfants – âgés respectivement de 26, 30 et 33 ans. Elle a eu son aîné, Julien, pendant sa quatrième année d'études, Alexandre et Aubin sont nés alors qu'elle était en activité.

Leonie Donnet : Vous étiez enceinte pendant vos études ?

Isabelle Jean : Oui, j'étais enceinte en 3^e année. Un moment qui m'a marquée, c'est à la fin de la 3^e année lors des partiels. Je vais aux examens comme tout le monde mais j'ai eu un malaise durant les examens d'obstétrique : je suis tombée de ma chaise, à un moment j'ai vu un morceau de chocolat, j'ai voulu le récupérer et je suis tombée. La directrice qui surveillait le partiel, à l'époque, m'a dit que j'avais le droit à une demi-heure de plus pour finir l'examen. Je suis donc remontée sur ma chaise et j'ai fini mon partiel – et je l'ai validé même si je n'étais pas très en forme. À l'époque, on faisait des gardes de 24 heures comme étudiantes, donc j'ai fini bien fatiguée. Je pense que c'est aussi pour ça que j'ai perdu les eaux assez tôt, finalement. J'aurais dû accoucher un peu plus tard. J'étais en vacances au moment où j'ai rompu, Julien est né plus tôt que prévu.

L.D. : Avez-vous eu des aménagements de poste durant votre grossesse ou travaillez-vous normalement comme les autres ?

I.J. : Aucun aménagement, je n'ai rien eu de particuliers c'était comme les autres. Cependant, j'ai repris un peu plus tard que mes collègues et j'ai dû rattraper un stage au moment du diplôme d'État, c'est-à-dire qu'on m'a demandé de faire un stage de plus. Donc, j'ai commencé à bosser 3 semaines après les autres. À l'époque, c'était « à la dure ». Elles sont dures, les études de sage-femme, c'est très dense, donc tout mener en même temps, c'est compliqué. Mon fils a été ma bouée pendant mes études, c'était ma manière de me ressourcer alors que le rythme était très intense. En plus, en 4^e année il y avait le mémoire à écrire, mais Julien était là et c'était chouette.



L.D. : Commencer dans la vie professionnelle avec un bébé, cela ne doit pas être simple, si ?

I.J. : Quand Julien est arrivé, on a loué une petite maison pas loin de Poitiers et on avait deux voitures, il n'y avait aucun souci pour aller au travail. Comme mon mari a été diplômé avant moi et que j'étais encore étudiante, il a commencé à travailler en réa', donc c'était compliqué pour s'organiser. Les carrières d'hospitaliers ne sont pas faciles pour les enfants : il y a des nuits, il y a des week-ends, donc il faut trouver des moyens de garde, trouver des personnes en qui tu as confiance, trouver des nounous qui acceptent de garder les enfants pendant la nuit ou à des moments où tu es appelée le week-end.

L.D. : Vous êtes maman de trois enfants, est-ce complexe de concilier une vie professionnelle exigeante avec une vie personnelle riche ?

I.J. : On a toutes les difficultés à concilier vie pro' et vie perso'. On fait des nuits, on fait des week-ends, il n'y a pas de jour de l'An, il n'y a pas de Noël. Ce sont des rythmes très particuliers avec une disponibilité pour les enfants qu'on n'a pas forcément. Je me rappelle mon fils Aubin qui me disait « *maman, tu n'es pas là la nuit* ». Je faisais beaucoup de nuits car cela me permettait d'être présente la journée pour les amener à l'école, d'être plus présente pour Alexandre, qui avait plus de besoins. Je pouvais aller le chercher le midi, et faire en sorte qu'il ne mange pas à la cantine. Et en même temps, j'avais tellement besoin de ce métier, j'adore mon métier, j'adore être près des femmes. D'un point de vue humain, ce que ces femmes peuvent apporter, c'est absolument extraordinaire.

L.D. : Professionnellement, être une hospitalière, est-ce difficile par rapport aux hommes ?

I.J. : On est titulaire de la fonction publique hospitalière, donc il n'y a pas de différence de traitement, on est sur des grilles indiciaires identiques. Quand j'ai commencé, il y avait beaucoup plus d'hommes médecins et on se rend compte que ça change, les métiers se féminisent beaucoup. Moi j'ai connu le monde du « *grand médecin* », du patriarcat, ça existe beaucoup moins, maintenant. On voit qu'il y a de plus en plus d'hommes « *sages-femmes* », et ils tiennent à leur nom de « *sages-femmes-hommes* » et pas maïeuticiens. « *sage-femme* », ça concerne la sagesse, c'est l'idée de « *savoir* » au sens de la philologie, de la connaissance en rapport avec les femmes.



Premières émotions d'hospitalière

« J'ai vécu des moments absolument extraordinaires. J'ai une situation qui me vient en tête : c'est une situation dramatique. J'ai accompagné une femme dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse. Cette femme était toute seule, son mari n'était pas là. Je lui ai demandé si elle voulait voir son bébé, et elle voulait absolument le voir. Je lui ai demandé « *comment* » elle voulait le voir, si elle voulait que je l'habille ou non, elle m'a répondu « *non, j'ai vu les autres tout nus, je veux le voir tout nu aussi* ». Quand elle a pris le petit, mort, dans ses bras, c'était dur. Ce sont des moments de vie, des moments difficiles mais il y a aussi des moments positifs : il y a tellement d'amour dans ces moments-là. Chaque situation est différente, pas une n'est identique. Nous, les sages-femmes, nous sommes des passeuses : on est là pour accompagner un couple à accueillir un enfant. Il faut se faire le plus petit possible pour que ce soit leur moment à eux, leur vécu, leur naissance. C'est ça qui est fort : il faut s'adapter à chaque situation, c'est d'une richesse humaine incroyable, que ce soit dans des moments difficiles ou particulièrement joyeux. »

L.D. : Quelle est votre vision de la place des femmes à l'hôpital ?

I.J. : Les femmes sont essentielles à l'hôpital, avec 80% des effectifs qui sont des femmes. Toutefois, la mixité est importante. Un homme n'apporte pas tout à fait les mêmes choses qu'une femme, la mixité hommes-femmes apporte beaucoup dans une équipe. Dans ma promo de sages-femmes, il y avait 4 hommes sages-femmes. Ils ont fait le choix d'intégrer une promo de sages-femmes, ils ont une écoute particulière, de très bonne qualité. En médecine, il y a beaucoup de femmes médecins, de plus en plus.

L.D. : En quoi consiste votre poste de sage-femme cadre ?

I.J. : Je coordonne les cadres de proximité qui sont eux-mêmes en lien avec les équipes. Il faut que l'on ait systématiquement en tête d'assurer le meilleur soin et de se poser la question de : comment être garant de la qualité et de la sécurité de ces soins ? C'est être à l'écoute des cadres, qui sont à proximité des équipes. Chaque cadre est différent, ils n'ont pas les mêmes besoins. On a tous des difficultés dans tous nos secteurs de ressources humaines. C'est aussi comment travailler les projets en lien avec la direction pour qu'elle puisse comprendre ce que l'on souhaite mettre en place, et répondre aux besoins. Tout ça dans l'idée de répondre à des soucis de prise en charge de qualité des patients, tout est centré autour du patient. Si les équipes vont bien, les patients vont bien.

L.D. : Vous consacrez donc un temps important aux enjeux de ressources humaines ?

I.J. : On a d'énormes soucis de ressources humaines, c'est une problématique très prégnante. Alors les projets que l'on mène en parallèle, ce sont des projets qui font du bien. Comme on est très impactés par les problèmes de RH, les arrêts maladie, les gens qui partent – on a des difficultés de recrutement parce que l'hôpital public n'attire plus facilement – c'est très compliqué. Avec la difficulté de trouver des remplaçants, on sait que l'on va fonctionner en mode « dégradé », donc on prend des responsabilités. Et ce n'est pas forcément compris par les équipes. Tout cela n'est pas simple à gérer, tu repars avec des problématiques que tu n'as pas réglées. Bien entendu, les hospitaliers sont rappelés parce qu'il y a des arrêts. Le fait de rappeler régulièrement quelqu'un, cela ne fait pas plaisir, on aimerait pouvoir s'en passer et ne parler que de projet, ce serait vraiment idéal.

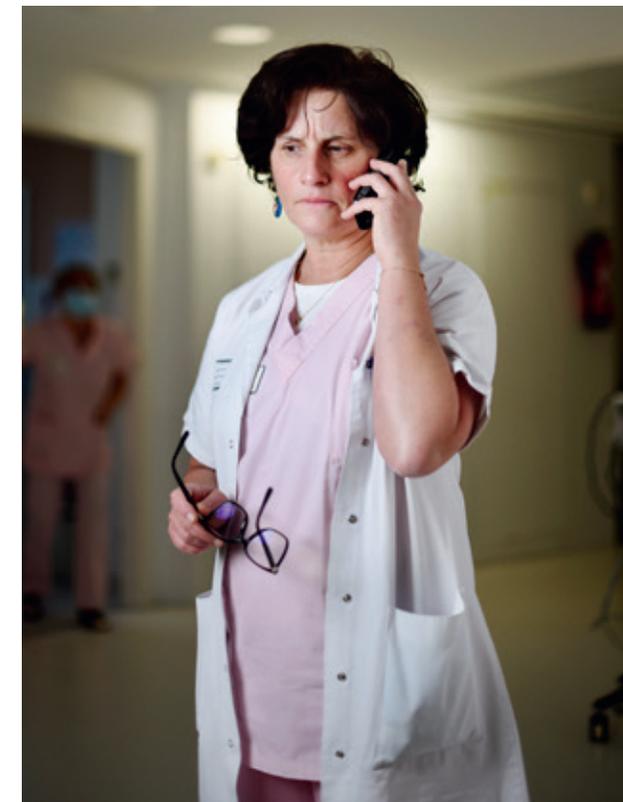


*Histoires de femmes :
« serai-je capable
d'aimer cet enfant non
désiré ? »*

« Je faisais beaucoup de nuits en tant que sage-femme clinicienne parce que ça me permettait d'être plus présente pour mes enfants. J'aimais cette ambiance de nuit, car tu n'as pas cette effervescence, tu peux être proche des gens, il y a un lien privilégié dans le rapport avec les gens. Un jour, j'étais à Saintes en salle de naissance, j'avais entendu parler d'une femme qui était suivie, j'avais entendu d'elle qu'elle était difficile. Et elle est arrivée sur ma garde. Cette femme ne se dilatait pas. Il s'est créé de la confiance entre nous. Elle a fini par se livrer et m'a dit qu'elle était enceinte contre sa volonté. Elle avait été mariée de force et, finalement, cet enfant elle ne l'avait pas voulu. Elle ne savait pas si elle était capable d'aimer cet enfant qu'elle n'avait pas voulu, elle me disait qu'elle craignait cette naissance. Je lui ai dit qu'elle avait le droit, qu'il n'y avait pas de jugement, que si elle ne voulait pas prendre l'enfant, elle n'était pas obligée. Je lui ai expliqué que j'étais là pour elle. Ce sont des histoires de femmes. Le fait d'avoir pu me livrer ça, elle a dû se sentir libérée de quelque chose et elle s'est dilatée à vitesse grand V. Elle s'est jetée sur son enfant et l'a accueilli, car elle s'est autorisée à dire ce qu'elle avait sur le cœur. Dans ces moments, tu te fais toute petite parce qu'il se passe tellement de choses. Je trouve cela fabuleux. Il y a une naissance psychique, il y a bien sûr le travail physiologique, mais c'est bien plus. Même dans les situations difficiles, il y a de beaux moments, parce que ça touche à l'humain. Des choses auxquelles les robots ne pourront jamais répondre, c'est la singularité qu'un être humain peut apporter. »

L.D. : Êtes-vous confrontée à des situations de violence ?

I.J. : Les violences faites aux femmes, on en a très régulièrement. Ça, c'est une chose. On pense que ce sont les patientes que l'on hospitalise qui en sont victimes mais on se rend très vite compte que des personnes de nos équipes sont concernées par ces situations. Je me rappelle une auxiliaire de puériculture qui était victime de violence. Un jour, elle a pris ses gamins sous le bras et est partie de chez elle. Notre enjeu collectif était d'accompagner cette agente qui avait été victime et qui s'était retrouvée sans rien : comment reconstruit-on son noyau ? L'équipe l'a protégée et lui a proposé des hébergements à droite à gauche pour sa sécurité et celle de ses enfants. Ensuite, après l'urgence les questions évoluent : comment l'orienter ? Comment l'amène-t-on à porter plainte ? Vers qui l'orienter-t-on ?





L.D. : On évoque souvent le dévouement des soignants, qu'en pensez-vous ?

I.J. : Je crois que cela fait partie des gènes des soignants que de vouloir prendre soin des gens. Je ne sais pas si on peut parler de dévouement, mais je le ressens très fortement. Je le ressens depuis que j'étudie, j'aime ça. En devenant manager, c'est aussi prendre soin de ses équipes et des professionnels. Mais je me suis demandé, souvent, si mes enfants n'avaient pas trop souffert de parents soignants, qui étaient très présents à l'hôpital.

L.D. : Vous en avez parlé avec eux ?

I.J. : Oui, j'en ai parlé avec eux. Mon métier, c'est une passion, ça fait partie de moi, on ne peut pas lutter. Aujourd'hui, les jeunes le voient autant comme un métier-passion, mais ils mettent un point d'honneur à protéger leur santé. Je n'ai pas de regrets. Enfin, j'aurais aimé prendre plus de temps avec eux pour les voir grandir, mais c'est aussi lié au handicap de mon Alex. Il aurait fallu des journées doubles. Et le boulot, je ne peux pas m'en passer. J'aime l'hôpital : c'est un lieu d'accueil de tout le monde, sans jugement. Ma famille et l'hôpital, ce sont mes deux amours.

La santé environnementale, un enjeu de santé publique

« On s'est saisi d'une opportunité créée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine proposée aux maternités, de pouvoir se former à la santé environnementale pour proposer aux futurs parents ce que l'on appelle des ateliers « nesting ». Cela permet de repérer les polluants et de pouvoir se protéger de l'impact de ces polluants dans le cadre des 1400 premiers jours pour les mères et pour les enfants. On part du principe que lorsque l'on fait cela pendant la grossesse, d'abord c'est un bon moment pour que les parents changent leurs habitudes et en plus, en changeant les habitudes, elles deviennent durables. On mise sur une transmission transgénérationnelle, avec une transmission à leurs enfants. Ça, c'est super-intéressant. Deux des cadres se forment pour ensuite l'amener aux équipes, pour que les équipes puissent se former elles-mêmes et diffuser plus largement aux parents. On va poursuivre ces travaux et aller plus loin avec l'ARS sur une « écomaternité », c'est-à-dire aussi sur l'analyse des déchets, par exemple. »



Aubin JEAN

+ Fils d'Isabelle JEAN



LE REGARD D'UN FILS — SUR LE PARCOURS HOSPITALIER DE SA MÈRE



P O R T R A I T

— par Leonie Donnet

Aubin est le benjamin d'une fratrie de 3 garçons. Après l'obtention de son master de droit à l'Université de Poitiers, il a par la suite passé l'examen d'accès au Centre régional de formation professionnelle d'avocats (CRFPA), aussi appelé le « barreau » pour devenir avocat pénaliste — qu'il a obtenu depuis notre interview. Il avait tout d'abord envisagé une carrière de médecin avant de bifurquer sur des études juridiques, touché par le « syndrome du sauveur », comme il l'appelle. « Comme 80 % des gens qui font du pénal, je veux défendre la veuve et l'orphelin », conscient toutefois que c'est assez rare. Très lucide sur sa situation d'enfant de soignants et les contraintes que cela a pu représenter, Aubin parle de ses parents avec beaucoup de fierté. Son « empathie contagieuse » lui vient d'ailleurs tout droit de ses parents, tout comme ses engagements associatifs et dans le soin, qu'il a hérités d'eux.



Leonie Donnet : Qu'est-ce que cela fait de grandir avec des parents soignants, qui sont plus ou moins présents ?

Aubin Jean : J'ai appris très tard que mes parents étaient soignants, je pensais que ma situation était la normalité. On n'est jamais partis en week-end, parce que l'un des deux bossait. Je demandais, plus que les autres enfants, si l'un ou l'autre pouvait venir me chercher dans la soirée, à la musique notamment. Ces sujets étaient complètement automatisés chez nous : comment tu travailles demain ? Avez-vous pu prendre des vacances ? Cette année, on fait Noël ou le jour de l'An ensemble ?

L.D. : Vous deviez avoir une organisation spécifique de votre vie quotidienne ?

A.J. : Je demandais à ma mère pourquoi elle n'était pas là la nuit. Cela devait être terrible, pour elle, d'entendre ça. Quand on a les deux parents hospitaliers, on a des rythmes qui suivent ceux de nos parents : donc on arrive à 6 heures à la garderie, car nos parents ne peuvent pas nous emmener à 8 heures. Et encore, moi mes parents ont toujours fait en sorte qu'un des deux soit présent le matin/le soir, je suis extrêmement chanceux. Je ne voyais pas souvent mes parents ensemble. Mais, étant le cadet, j'avais aussi mes frères. Ce sont des mécanismes que j'ai intériorisés très jeune.

« Ils m'ont inculqué les valeurs spécifiques du service public »

« J'ai hérité de la loyauté à l'hôpital et de l'implication au travail. Mes parents sont soignants « à l'hôpital », ce qui est important. Outre la rengaine du « ils sont mieux payés à la clinique », il y a une implication majeure dans le travail chez les hospitaliers. À l'hôpital, on part du travail quand il est fini, ou quand quelqu'un prend le relais, pas quand c'est l'heure de partir du travail. Ça, je l'ai aussi vécu en tant qu'ASH. Quand celui qui te remplace est malade, tu ne rentres pas chez toi. On reste le temps de trouver une solution. Mon père est à la retraite depuis septembre 2022, il a toujours travaillé à l'hôpital. Ma mère, pareil. Être capable d'aller au boulot même quand on sait que ça va être compliqué, je l'admire. Je reconnais cette valeur. Mes parents n'ont jamais démissionné de leur travail, n'ont jamais changé. C'est quelque chose de commun à la fonction publique. Ils ont un sens du service public. »



« L'hôpital est un lieu de violences de différentes natures »

« L'hôpital est un milieu extrêmement violent pour plein de raisons et de plein de manières différentes. Déjà, les patients qui arrivent aux urgences ont souvent subi de la violence. Ceux qui ont pris des coups violents, par arme blanche, par balle, on les retrouve à l'hôpital. C'est violent, d'être confronté à la violence. Ma mère, en tant que sage-femme, a vu des situations terribles avec des filles, enfin des femmes, très jeunes, enceintes, avec des histoires extrêmement compliquées. Quand une « femme » de 13 ans arrive pour accoucher avec son doudou, ce sont des images traumatisantes, qu'on soit professionnel depuis 2, 5, 10, ou 20 ans. On fait face à des climats de violence intra-familiale parce que l'hôpital rassemble toute la misère du monde, parce que quand quelqu'un est mal, l'hôpital est ouvert. Même si ma mère est cadre de la fonction publique, que mon père fait partie de la catégorie « professions intermédiaires du social », ils ont été confrontés à la misère la plus profonde, la plus noire.

Ma mère m'a raconté qu'elle avait rencontré des femmes qui venaient accoucher avec des cartes d'identité qui n'étaient pas les leurs, des femmes qui prenaient des risques car elles n'étaient pas en situation régulière...

Et puis il y a la violence de la perte d'un patient, ce qui est extrême. On n'est jamais vraiment habitué à perdre un patient peu importe qu'on soit sage-femme, médecin, chef de service. On le vit comme un échec. »



L.D. : Vous vous rappelez le moment où vous avez pris conscience que vos parents avaient des métiers différents ?

A.J. : Cela s'est fait par étapes. En CE2, quand ma mère est partie faire l'école des cadres de santé à Dijon, donc je ne la voyais que le week-end, ce n'était pas facile. Elle était tout le temps fatiguée. Quand mes camarades m'expliquaient qu'ils voyaient leurs parents matin et soir, j'avais conscience que je vivais quelque chose de particulier. Mon père rentrait pendant que je me lavais les dents, il m'emmenait à l'école, complètement épuisé. Puis il venait me chercher le soir, fatigué, et de plus en plus en vieillissant. Ce sont des métiers très fatigants, et nous, enfants, vivons leur fatigue de plein fouet. Et vers 15/16 ans, on a pu en parler, quand on a pris un peu de distance avec eux. Je me suis rendu compte que j'intériorisais des choses pas « normales ». De type : « Je ne sais pas si je vais pouvoir aller au conservatoire car je n'ai pas de moyens de transport car mes parents ont des horaires décalés ».



L.D. : Et vous avez mis en place des choses particulières pour pallier cette absence ?

A.J. : Je ne sais pas à quel point ils ont galéré, mais je sais qu'ils ont toujours fait en sorte qu'un des deux soit à la maison. Je passais beaucoup par mes frères aînés. Je pense que la réponse de mon frère aîné serait différente : quand mes parents n'étaient pas là, lui, était tout seul. Moi, très jeune, quand je faisais un cauchemar, je n'allais pas voir mes parents car, soit ils n'étaient pas là, soit ils étaient épuisés à bosser en horaire décalé. Mon père travaillait aux urgences la nuit.

Je me rappelle qu'en 5^e, j'ai fait une grosse crise d'asthme. Mais je ne suis pas allé voir mes parents pour le leur dire. C'est ma mère qui est venue me voir et m'a dit que je devais l'informer quand ça n'allait pas. Je m'étais fait à l'idée de gérer « tout seul », d'une certaine manière.

On est tellement fiers

« Quand mes parents rentrent à la maison et disent « une maman n'allait pas bien, on a réussi à la récupérer, alors qu'elle saignait énormément », sur le moment, on se dit « bon, j'aimerais finir mes pâtes ». Mais après coup, on est tellement fiers.

Ce n'est pas toujours facile pour les enfants, mais je pense que ça l'est encore moins pour les parents. Mais ce sont énormément de bons moments. C'est touchant quand une personne vient vous dire « ah bah c'est ta mère qui a donné naissance à ma fille ». C'était souvent le cas dans la vie sociale, quand j'étais au conservatoire, je fais beaucoup de musique, et beaucoup ont été accouchées par ma maman.

Ma marraine, c'est aussi la sage-femme qui a accouché ma mère. C'est extrêmement beau, ça crée des liens qui sont très forts. »

Des moments familiaux particulièrement précieux

« On a vécu plein de moments en famille où on chantait à tue-tête ensemble. On partageait beaucoup. Comme on passait peu de moments à 5, quand on se voyait, c'étaient vraiment des moments privilégiés, pas des repas à la va-vite. C'est encore le cas aujourd'hui : quand on se retrouve, on en profite vraiment. Ce sont des souvenirs très agréables. Je sais que quand j'y pense, je me sens bien. Je me rends peut-être davantage compte de la qualité des moments familiaux que d'autres personnes. Déjà parce que la rareté de ces moments fait que j'avais conscience que l'on était tous les cinq. Quand c'était le cas, je me disais « ah c'est quand même cool qu'on soit tous là. Je vais éviter de rester dans ma chambre ». J'aurais certainement préféré voir un peu plus mes parents, qu'ils soient un peu moins crevés en rentrant, qu'ils passent un peu plus de 20 minutes avec nous le soir parce qu'ils ont fait une garde de 16 heures. Mais cette enfance me va très bien. Je n'ai pas plus de névroses que quelqu'un d'autre. On a vécu de très bons moments et on continue à en vivre. Et la fierté est toujours là. En me mettant à leur place, je pense que ce n'était vraiment pas facile pour eux. Moi, il y avait tout le temps quelqu'un à la maison, mes frères, mais quand mes deux frères sont nés, ça devait être compliqué. Mes parents ont très vite repris le travail.

Ce sont des vies un peu particulières. L'année dernière, on a fêté Noël le 27. »



L.D. : Pensez-vous que certaines valeurs que vos parents vous ont transmises sont propres à leur métier de soignant ?

A.J. : Je pense que oui. Forcément, il y a beaucoup de personnes qui partagent mes valeurs et qui n'ont pas de parents soignants. Il y a un souci de l'autre, un développement accru de l'empathie - quand tous les soirs, les parents disent qu'ils ont aidé des gens, ça nous imprègne sans qu'on s'en rende compte. Très tôt, tous mes jobs étudiants étaient tournés vers les gens. Peut-être, aussi, le fait de ne pas supporter quand quelqu'un va mal, vouloir aider les gens...

L.D. : Vous préparez actuellement le barreau. Vouloir défendre des gens est-il lié à votre éducation ?

A.J. : J'ai d'abord voulu travailler dans le monde de la santé. J'ai fait 2 ans de médecine. Désormais, je fais du pénal. Je pense que, comme chez tous les médecins, 80% des gens dans le pénal sont touchés par le syndrome du super-héros, et veulent « sauver la veuve et l'orphelin ». Cela m'a influencé, encouragé dans ce parcours. Et j'ai eu des engagements associatifs, dans le soin de l'autre, que j'ai hérités de mes parents.





Carole MOUCHON HENOFF

+ Assistante médico-administrative en psychiatrie,
Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud

« LA BIENVEILLANCE, C'EST
100 % DE NOTRE MÉTIER :
– BIENVEILLANCE ENVERS
LE PATIENT, LES FAMILLES,
LES MÉDECINS ET LES
ÉQUIPES. »



P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Après le bac et une formation de secrétaire médicale, Carole s'installe à Troyes. Sa première expérience professionnelle, en clinique, au sein d'un service de radiologie, ne se déroule pas bien. Elle subit le harcèlement d'un chef de service qui l'incite à aller en justice. Après un passage aux Prud'hommes, et un jugement en sa faveur, Carole décide tout de même de quitter son poste. Elle est engagée à l'hôpital de Troyes. Elle se partage d'abord entre deux mi-temps en gériatrie et en psychiatrie. Après quelques mois, elle intègre le service de cancérologie. Un travail passionnant, pour elle. Peut-être trop. Elle peine à gérer la frontière entre vie personnelle et professionnelle. Troyes reste une petite ville et elle croise les patients dans sa vie quotidienne. Elle prend conscience du rôle primordial de la secrétaire dans un service de soins, et de la place qu'elle occupe pour les patients. « *Au bout de quelques années, tu te rends compte qu'il n'y a plus de limite. Je me rappelle une fois, j'étais partie faire les courses de Noël avec ma mère en grande surface, et je suis tombée sur une patiente et son mari. Et elle me parlait, me parlait, me parlait pendant que j'étais dans la file d'attente, elle me suivait dans les rayons, à la caisse... Et ma mère m'a dit "C'est trop, même à l'extérieur tu es au travail"* », explique-t-elle. Après 5 ans dans ce service et sa titularisation en poche, Carole demande sa mutation pour la Bretagne. En 2001, elle intègre l'Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud (EPSM) de Quimper. Elle se stabilise aux plans professionnel et personnel. Mathis, son enfant, âgé aujourd'hui de 16 ans, naît dans cette période.

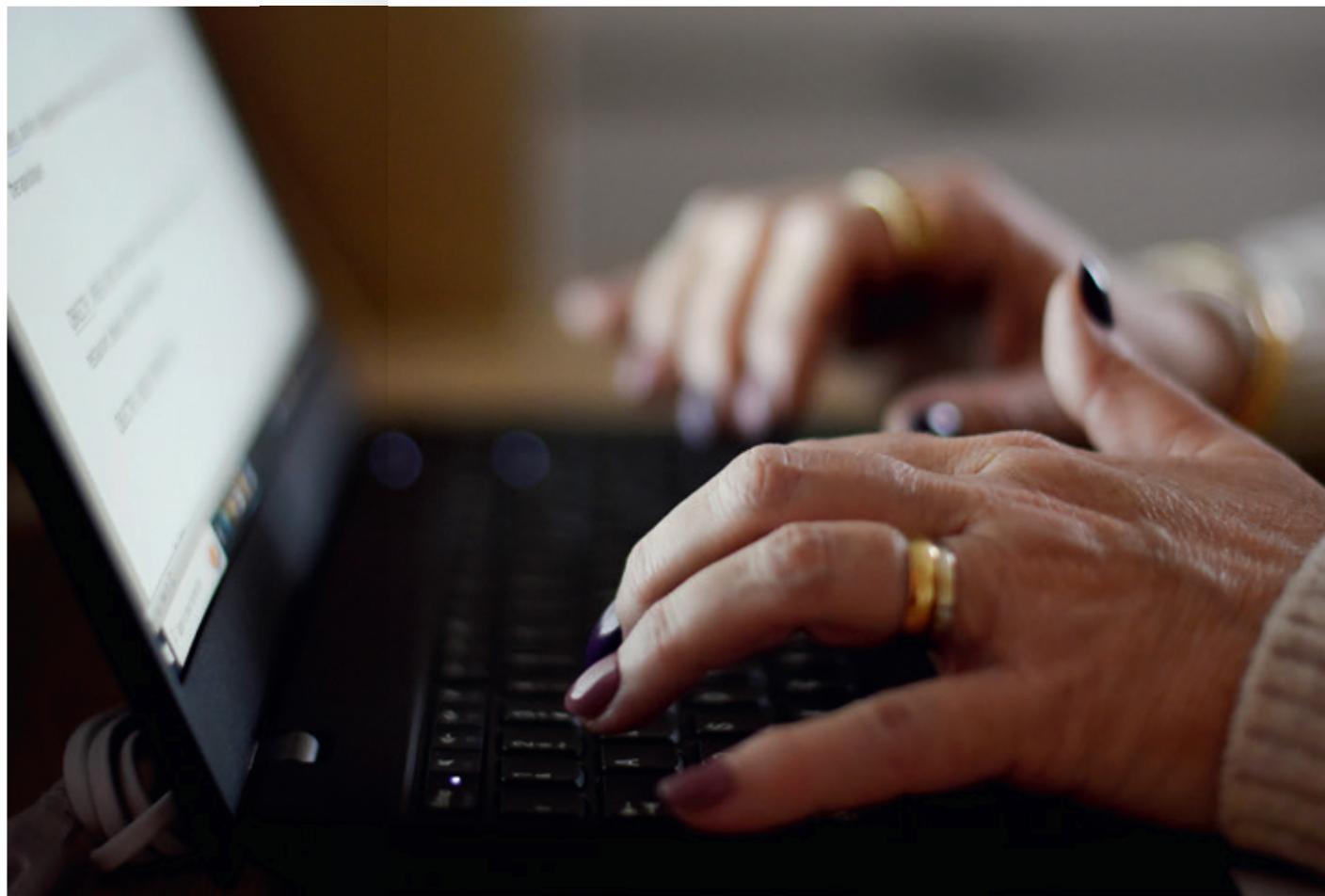


Leonie Donnet : Pouvez-vous nous parler de votre rôle de secrétaire médicale ?

Carole Mouchon Henoff : Maintenant, on n'est plus secrétaire médicale, on est assistante médico-administrative (AMA). Les gens ne se rendent pas trop compte de l'importance de notre boulot au sein des équipes, des familles. On n'est pas très nombreux, on est moins de 40. Sur les postes d'AMA sont recrutés des agents administratifs, c'est-à-dire de catégorie C, et pas directement des AMA de catégorie B. L'accès à ce type de poste à responsabilités à un grade de catégorie B se fait par étapes : d'abord une période en tant que contractuel, puis en tant que titulaire d'un grade d'adjoint administratif, notamment en raison de l'attente de l'organisation d'un concours départemental. Mais nous, les AMA, nous avons une spécificité, une formation spécifique. Je ne dis pas que les agents de catégorie C ne peuvent pas l'acquérir au fur et à mesure. D'ailleurs, nous avons réussi à faire entendre notre position et engager un concours local pour accélérer l'accès au grade pour les agents. Dans notre métier, notre adaptabilité est absolument nécessaire : les cadres changent, la méthode de travail change, les soignants changent, mais toi tu restes là. Personne ne soupçonne nos capacités d'adaptation.

L.D. : Jouez-vous un rôle à l'égard des familles ?

C.M.H. : Les liens que l'on crée avec certaines familles sont importants, car elles sont aussi au cœur du dispositif en psychiatrie. Les familles te repèrent, elles s'adressent à toi, elles te disent beaucoup de choses. La proximité avec les patients, c'est aussi important mais c'est une proximité qui est différente, on doit faire la part des choses. Le fait de ne pas avoir de lien soignant avec les patients, c'est un atout. La bienveillance, c'est 100% de notre métier : bienveillance envers le patient, les familles, les médecins et les équipes. C'est toi qui réponds au téléphone, c'est toi qui fais le lien avec, mais on n'est pas assez reconnu pour ce que l'on fait.



L.D. : Pouvez-vous m'en dire plus sur ce manque de reconnaissance ?

C.M.H. : Par exemple, quand on me demande de changer les horaires, mais que j'explique qu'à cette heure-là, il n'y a plus de visites, que ça n'a pas de sens, on ne nous écoute pas. On ne tient pas compte de ce que l'on dit, alors même qu'on est au cœur du dispositif. Ça n'a pas de sens mais on n'en tient pas compte, parce que l'objectif, c'est d'élargir les horaires d'ouverture. Je n'étais pas confrontée à la non-reconnaissance du métier il y a quelques années, alors que maintenant, je la ressens plus, venant de la direction, pas des équipes soignantes.



L.D. : Pourtant, en tant qu'AMA, on pourrait penser que vous êtes proche de la direction ?

C.M.H. : On a toujours l'idée que la secrétaire est proche des têtes, alors que pas du tout. On est beaucoup plus proches des équipes soignantes. Il suffit de changer de cadre ou de cadre sup' pour qu'il ou elle arrive avec de nouvelles idées révolutionnaires. Bien entendu, la plupart du temps, ces idées géniales sur le papier ne fonctionnent pas sur le terrain... Il y a des choses à faire évoluer, mais il y a aussi des choses qui fonctionnent. Notre expérience devrait être plus écoutée mais on est peu considérées.





L.D. : Avez-vous des relations avec les patients ?

C.M.H. : C'est une bonne question. La proximité avec les patients, pendant de longues années, c'était très bien et maintenant ça l'est moins. J'ai toujours eu de bons rapports avec les patients. Ce qui est rigolo, c'est que maintenant, depuis 4 ans que je suis au pôle autisme, j'ai un contact très direct avec eux. Je leur dis quand ils vont trop loin. J'ai travaillé avec des gens sous mesure judiciaire, sous contrainte et je n'ai jamais été confrontée à de la violence de leur part. La secrétaire médicale est dans l'équipe, mais elle n'est pas soignante, donc je n'ai pas le rapport patient/soignant. Je ne suis pas soignante et les patients font très très bien la différence.

« L'hôpital, c'est la société. »

« Je pense que les femmes ont besoin d'être mises en avant à l'hôpital, comme dans la société. On est représentatives de la société. C'est une ville dans la ville. C'est un lieu ouvert, toutes les classes sont accueillies de la même manière. Ce que l'on attend des femmes en ce moment, c'est une disponibilité à tout moment, c'est comme ne pas tenir compte du fait que les femmes ont d'autres jobs à côté : être femmes, être engagées, être mères. Je dis souvent que je passe de ma vie numéro 1 à ma vie numéro 2, et j'ai une vie numéro 3, avec le syndicat. Je trouve que, nous, les femmes, on est très fortes pour jongler entre les deux ou les trois. Je viens d'une famille ouvrière, c'est ce qui m'a structurée. Mes grands-mères ne travaillaient pas, elles avaient 8 enfants. Mes parents m'ont toujours élevée à ne pas reproduire ce modèle, à ne jamais me laisser faire, à ne jamais accepter la maltraitance. On n'a rien tout seul, il faut prendre la place, et plus particulièrement pour les femmes. C'est pour cela que l'on prend de plein fouet cette nouvelle manière de travailler, parce que l'on est dans des métiers où les femmes étaient dans l'abnégation de tout – et les choses changent. Mais l'hôpital ne s'adapte pas, et c'est ce qui le perd, de ne pas s'adapter à la société qui évolue. On ne se met pas à la page. Il y a la lourdeur administrative, ces choses qui mettent trop de temps. On a des jeunes avec plein de bonne volonté, plein d'idées mais ça met du temps et les jeunes ne veulent plus subir ce temps. Si ça ne leur plaît pas, ils s'en vont. »



L.D. : Que pensez-vous de la place des femmes à l'hôpital ?

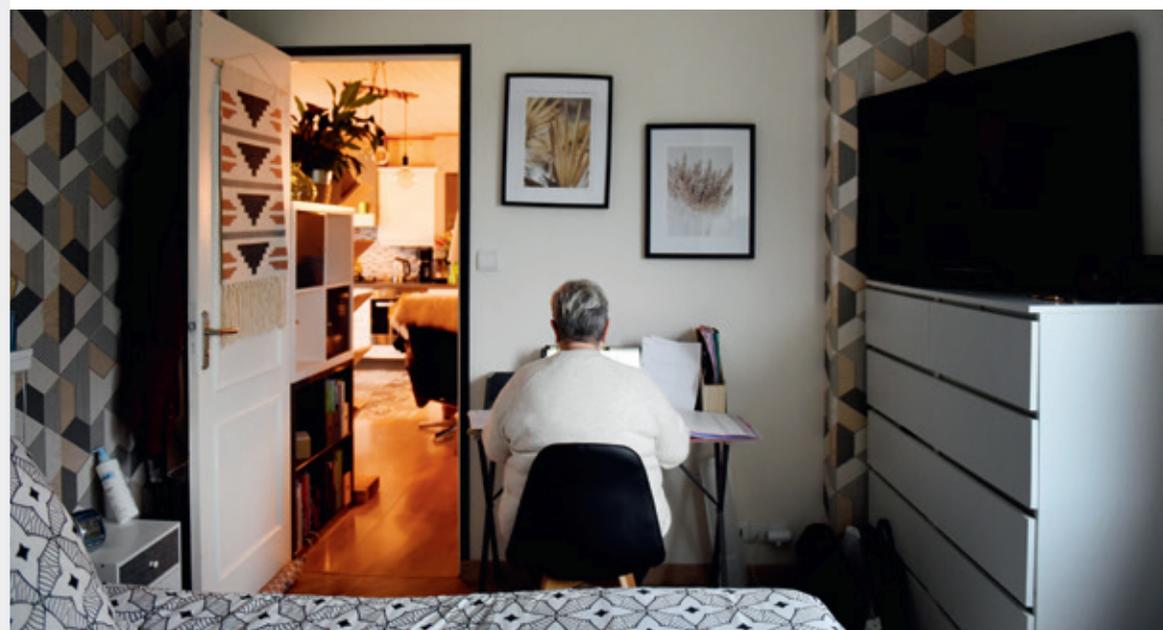
C.M.H. : Pardon de parler crûment mais on fait chier parce qu'on a des enfants. Toutefois, il faut reconnaître que si dans la société, les femmes ont un salaire différent de celui des hommes, c'est moins vrai dans la fonction publique, parce que l'on a des grilles. Les choses ont évolué mais, au niveau de l'évolution de carrière, on était à la traîne par rapport aux hommes avec les congés maternité, les congés parentaux, les temps partiels. Tout cela nous ralentissait dans notre évolution de carrière. Pour les avancements d'échelon aux durées bonifiées, les politiques d'établissement prenaient en compte la durée de service réelle. Ou alors, la note était bloquée lors d'une absence de plus de 6 mois. Désormais, en théorie, il n'y a plus de pratiques pénalisantes pour les avancements de grade et il y a un cadencement unique, temps partiel ou non, concernant la progression d'échelon. Il faut le dire, le congé parental, c'est super, mais tu as une perte de salaire, une perte dans l'avancement de ta carrière malgré de récentes avancées législatives. On ne devrait pas avoir à faire le choix entre gagner 700€ et pouvoir garder son enfant ou le mettre à la crèche. Les inégalités résident aussi dans les carrières : les femmes qui ont des temps partiels pour s'occuper de leurs enfants sont pénalisées en termes de rémunération. De même sur la question des retraites pour atteindre le taux plein...

L.D. : Ressentez-vous une dévalorisation ?

C.M.H. : Je constate que des collègues se dévaluent elles-mêmes. Elles ont intégré cela. Ça m'agace quand j'entends « je ne suis qu'ASH, je ne suis que secrétaire médicale ». Non ! On est secrétaire, on est ASH, on n'est pas « que ». En 2023, ces jeunes sont encore formatées à se considérer dans des métiers de basse catégorie et à se différencier des métiers de haute catégorie. Elles ont l'impression qu'en travaillant à l'hôpital, on n'est pas entendues, ni reconnues, qu'il n'y aurait que les infirmiers et médecins qui soient reconnus. Mais c'est faux ! Il faut s'imposer pour trouver sa place, rien ne nous est donné. On est dans une société où les femmes doivent encore se battre pour obtenir ce qu'elles veulent.

L.D. : Si on considère maintenant les spécificités de la santé féminine, comment pourrait-on adapter l'hôpital à ces besoins ?

C.M.H. : N'étant pas dans le soin, c'est vrai que quand j'étais enceinte, je bougeais beaucoup, j'étais présente dans plusieurs structures. Au bout de 6 mois, quand j'ai commencé à avoir des contractions en lien avec tous mes trajets, la seule solution a été de me mettre en arrêt – et pas de me proposer un poste adapté. Ce serait bien, de créer un parcours professionnel adapté aux risques et pourquoi pas aux moments de la vie.



L.D. : Est-ce que vous avez mis en place des mécanismes, en particulier pour faire face à votre quotidien ?

C.M.H. : Je suis passionnée de lecture, chez moi c'est un cocon protecteur. Je ne passe pas une journée sans lire. M'engager syndicalement, c'est aussi un temps de respiration.

L.D. : J'ai beaucoup entendu que l'entraide dans l'équipe aidait à surmonter les difficultés, est-ce que vous le ressentez, vous aussi ?

C.M.H. : Les secrétaires, ici, sont très éparpillées, on est seules dans nos unités. La solitude dans le métier, je la vis profondément. On n'est pas très solidaires entre nous, on n'a aucun espace pour se retrouver.

L.D. : Avez-vous des idées qui pourraient améliorer l'attractivité de l'hôpital ?

C.M.H. : Je pense aux jeunes. Ils ont envie de valoriser leurs loisirs, leur vie personnelle – et pour tout ça, il faut de l'argent, d'où la nécessité de la reconnaissance et de la revalorisation salariale. Sociétalement, la valeur travail n'est pas du tout la même qu'il y a 40 ans. La reconnaissance de l'hôpital de demain, ce sera de mieux prendre en compte les nouvelles attentes de ces jeunes. Or, on leur demande tellement, entre les horaires, les rappels à domicile, les congés annulés au dernier moment, ils ont tous besoin d'une reconnaissance de leurs efforts et si elle est salariale, c'est bien, cela leur permettra d'avoir plus de loisirs à côté.

L.D. : Estimez-vous que la reconnaissance doit être uniquement salariale ?

C.M.H. : Non, il faut remettre de l'humain, de la bienveillance et arrêter de nous mettre dans des tableaux, qui n'ont souvent pas de sens. Si, en psychiatrie, on n'est pas modulables, je ne vois pas ce que l'on apporte. Pour être modulables et adaptables aux patients, il faut que nous-mêmes soyons modulables et bienveillants entre nous. La reconnaissance peut prendre plusieurs formes : par l'écoute, par les besoins que l'on fait entendre, par les formations, par les salaires. J'ai l'impression d'être en voie de disparition et que ce n'est pas grave.



« Pour les patients, j'occupe une place particulière »

« J'adore travailler avec les patients. Je travaille auprès de patients pour qui le rapport à l'autre est très différent ou inexistant.

Quand je suis arrivée dans le service, je ne connaissais pas l'autisme. Je me demandais comment ces nouveaux patients allaient m'appréhender. J'ai commencé par me présenter : « Est-ce que vous allez bien ? Est-ce que vous voulez... » et j'ai une de mes patientes qui m'a dit : « Je suis toute seule, pourquoi tu me dis vous ? ». La représentation du vous n'est pas la même, ça m'a touchée.

Quand je vois mes anciens patients qui me reconnaissent, qui se rappellent mon nom, mon prénom, ça me touche. Je me dis qu'à un moment, j'ai compté – ou du moins j'ai été dans leur vie. Le patient psy est très souvent socialement isolé, et quelque part, au moins à un moment, je leur ai apporté quelque chose.

J'ai un jeune autiste, actuellement, qui fait beaucoup de câlins, je sais qu'il n'y a pas de maman derrière lui. J'en parlais ce matin en réunion, j'ai expliqué que c'était sans cesse une demande de câlins, de bisous... mais en même temps, quelle représentation je lui apporte ? Il sait que je suis aussi maman – il m'a déjà demandé si j'avais un garçon ou une fille – quand je réponds, je n'entre pas dans les détails, et de toute façon, ça ne les intéresse pas. Mais je peux prendre ce rôle s'ils en ont besoin. L'empathie est essentielle, ma porte de bureau n'est jamais fermée. Dans ma voiture, je garde toujours le bracelet qu'une patiente m'a fait, et je le mets quand j'arrive dans le service. Sinon, elle le remarque et me demande pourquoi je ne le porte pas. Ils n'attendent rien de moi, ils prennent ce que je donne. »



Halima OUNNAHI

+ Agente des services hospitaliers,
Centre Hospitalier de Libourne



« CE QUI ME PLAÎT
À L'HÔPITAL, C'EST DE
SERVIR LES PATIENTS,
– D'ÊTRE AU SERVICE
DES AUTRES. »

– *Le regard de Leonie*

Gisèle et Halima se connaissent depuis plus de 30 ans. J'ai donc préféré m'effacer pendant cet échange pour leur laisser toute la place. Halima Ounnahi rayonne d'humanité. Gisèle dit d'elle qu'elle est « *solaire* ». Elle a raison. Halima constate, certes, une évolution, pas toujours positive, de sa place dans l'hôpital, mais elle n'apparaît jamais désenchantée. Au contraire, elle aime son métier, elle aime sincèrement les gens. Elle trouve toujours une raison d'espérer et surtout de croire en sa belle mission.



P O R T R A I T

– *par Gisèle Ciupa*

Halima est entrée à l'hôpital en 1985. Après son certificat d'études, elle a enchaîné les stages. Après avoir travaillé dans un supermarché, elle a souhaité faire son dernier stage à l'hôpital. À 58 ans aujourd'hui, elle le redit, elle « *adore* » l'hôpital. Et je pense que ses collègues le lui rendent bien. Halima est toujours là pour les autres, patients, collègues et soignants. Elle rayonne de vie et d'humanité, c'est une personne solaire. Lorsque je lui demande de m'expliquer son choix de travailler à l'hôpital, sa réponse fuse comme une évidence : « *Ce qui me plaît, à l'hôpital, c'est de servir les patients, d'être au service des autres* ». Halima a dédié sa vie à l'hôpital, consentant des horaires parfois décalés avec la vie des autres mais qui lui « *conviennent bien* ». Très active, elle pratique jusqu'à 6 heures de sport par semaine, sans oublier ses séances de zumba. Même si elle en parle peu, je sais qu'elle a consacré ses temps libres, ces derniers mois, à son père malade et qu'aujourd'hui, elle s'occupe avec attention de sa maman. Femme indépendante et de conviction, elle n'hésite jamais à remonter des dysfonctionnements à ses cadres. Si les mesures de correction ne sont pas prises, elle ne se décourage pas. Propriétaire de son logement depuis 4 ans, à proximité de l'hôpital, elle prend plaisir à venir tous les matins en trottinette.



Gisèle Ciupa: On se connaît depuis tant d'années, on se tutoie ?

Halima Ounnahi : Évidemment !

G.C. : Toi qui as vécu les évolutions au sein de l'organisation de l'hôpital, est-ce que c'est différent aujourd'hui ?

H.O. : Différent oui, mais pas plus difficile. Je suis là après mes horaires fixes s'il y a des problèmes pour assurer derrière. Quand ça ne me dérange pas et que je peux le faire, je peux rester plus longtemps, mais je sais que ça impacte beaucoup mes collègues. Je sais aussi dire non. Mes collègues le savent, quand c'est non, c'est non, mais quand je peux, je peux.

G.C. : Beaucoup de choses ont changé, ces dernières années, dans l'organisation du travail à l'hôpital. Quel impact cela a-t-il eu sur toi ?

H.O. : Par exemple, avant, on faisait choisir le menu du jour aux patients et on les servait, mais c'étaient les agents de laverie de cuisine qui montaient les chariots. Maintenant, on ne fait plus choisir le menu, ce sont les soignantes qui distribuent les repas. C'est à nous d'aller chercher les chariots sur les rails amenés par les robots. On pousse aussi le chariot des soins, le chariot du linge... Avant, on ne s'occupait que d'un seul secteur. Maintenant, on doit gérer plusieurs secteurs. Un jour, j'ai fait l'expérience d'utiliser un podomètre, il a calculé que sur ma journée de travail, j'avais parcouru plus de 10 kilomètres !



G.C. : Le fait de ne plus être fixe dans un secteur, sur un étage, a-t-il modifié quelque chose ?

H.O. : Ça a surtout modifié les relations avec les soignants. On avait des habitudes avant, et on savait ce qu'il fallait mettre sur quels plateaux. En fait, on n'a plus de spécialisation, on doit savoir tout faire. On a perdu certaines missions. Et cette nouvelle organisation a impacté nos relations avec les collègues ASH, mais aussi avec les équipes soignantes. J'ai l'impression que je suis considérée quand même, parce que toutes les équipes me connaissent.

G.C. : Ton travail, plus généralement, a-t-il un impact sur ta santé, par rapport à il y a 30 ans ?

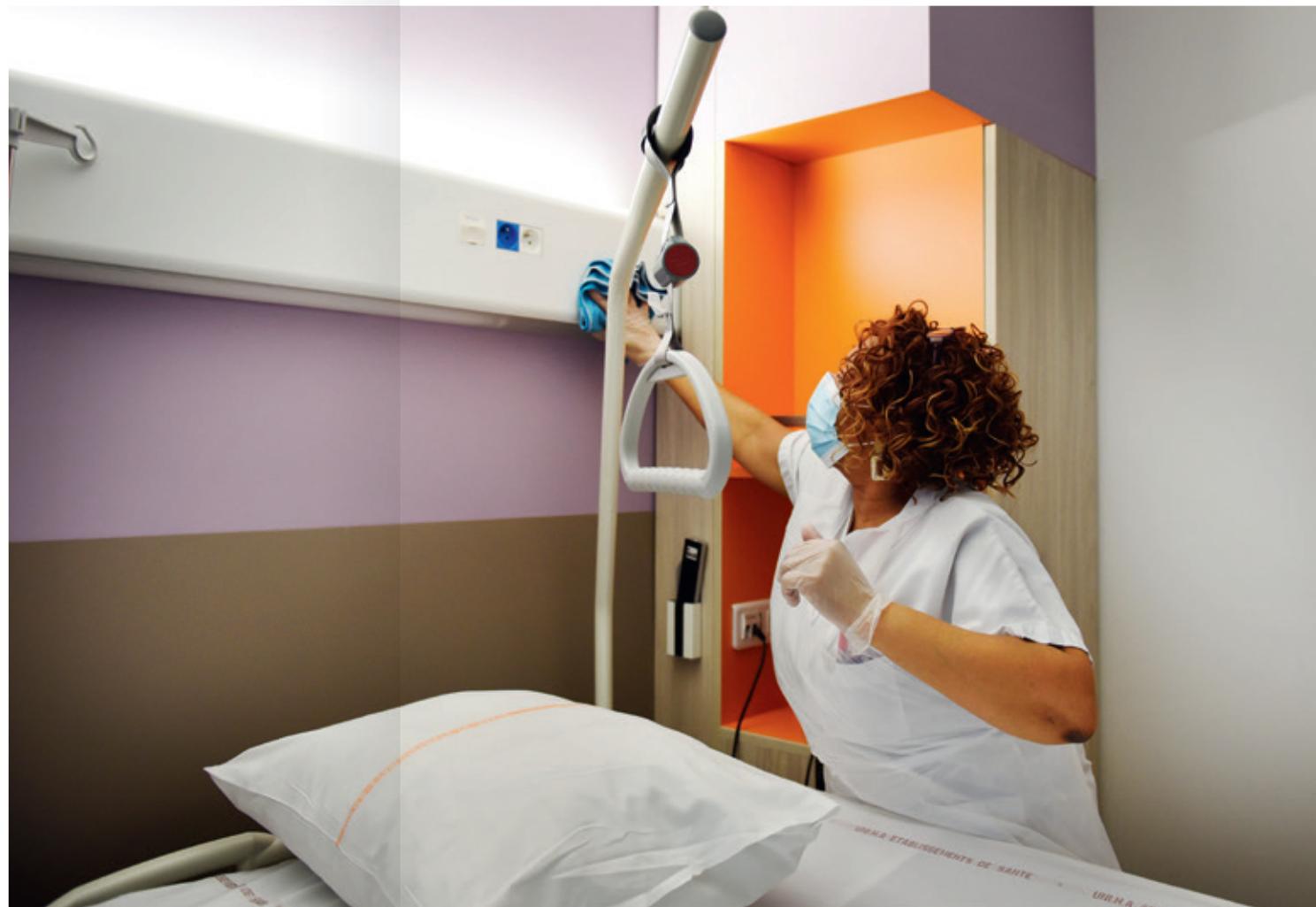
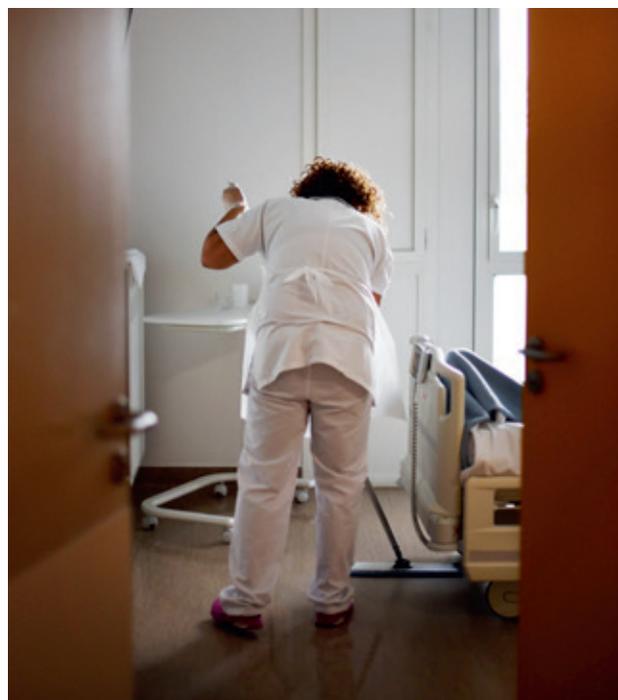
H.O. : Non, pas vraiment. Les filles disent que « j'ai fait la guerre », parce que j'ai vécu de grosses différences entre avant et maintenant. Si j'ai un problème, j'explique à la cadre ma version, ce que je peux ressentir. Pour moi, ce n'est pas une source de conflit intérieur. L'hôpital c'est l'hôpital, moi c'est moi. Je fais la part des choses.

Leonie Donnet : Bénéficiez-vous de formations proposées par l'hôpital ?

H.O. : Notre cadre nous propose, suivant le budget, une formation tous les ans. On a le droit de demander tous les ans, mais on ne peut pas y accéder tous les ans, en fonction de notre dernière formation, des autres demandes...

G.C. : Et profites-tu de ces formations ?

H.O. : Je me suis formée à l'informatique récemment. Je l'utilise comme outil au quotidien. Je voulais cette formation pour moi-même, je n'osais pas utiliser les services bancaires en ligne, par exemple, je craignais de faire une bêtise. Donc, ça m'a aidée. J'avais eu, dans l'ancien hôpital, des formations sur les postures, avec une ergonome.



G.C. : Est-ce qu'il y a des sessions de bien-être ? Y avez-vous eu accès ?

H.O. : L'année dernière, cela nous a été proposé, mais c'était au dernier moment, donc il ne restait plus de places quand mes collègues ont voulu s'inscrire. En 3 heures, tous les créneaux étaient partis. Les inscriptions se font par le portail internet de l'hôpital. Mais il faudrait être connecté le lundi dès 8 heures du matin. Nous, à 8 heures, on n'est pas sur les ordinateurs.

L.D. : Pour vous épanouir aujourd'hui dans votre métier, de quoi avez-vous besoin ?

H.O. : Qu'on reconnaisse plus mes compétences et mes connaissances. On me demande des choses alors que ce n'est pas ma fonction. On me demande de former les nouveaux arrivants, par exemple. J'aime bien faire ça. Je le fais parce que j'ai une façon d'enseigner qui est plus claire et simple grâce à mon expérience. On me demande aussi de traduire. Il arrive que je sois appelée dans d'autres hôpitaux, pour traduire de l'arabe au français, quand le personnel n'est pas qualifié.

L.D. : Êtes-vous satisfaite de votre métier, aujourd'hui ?

H.O. : Je suis satisfaite. Il y a pire, dans la vie. Je suis contente d'avoir une stabilité dans l'emploi, et c'est ce que je dis aux jeunes quand elles arrivent. Tout le monde n'a pas cette chance. J'ai travaillé dans les vignes avant de venir à l'hôpital, et c'était très dur, ça. Il n'y a pas d'heure pour terminer le travail, alors qu'ici, on a un planning. J'attends ma médaille d'Or du travail. J'ai déjà eu la Bronze à 20 ans de travail à l'hôpital et l'Argent à 30 ans. L'Or, c'est à 35 ans. Ça sera l'année prochaine, et c'est une forme de reconnaissance, ça.



Kiléane SYLLA

+ Agente des services hospitaliers, actuellement en formation d'infirmière,
Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Ylie



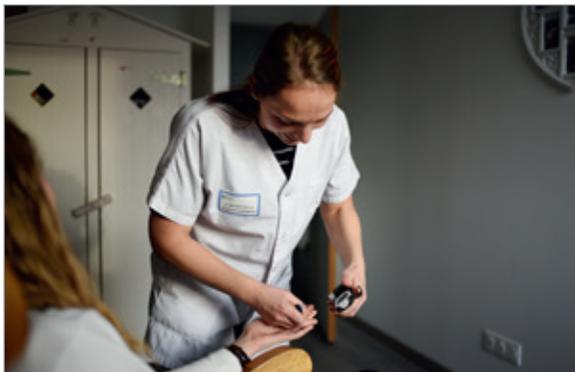
« CHANGER DE MÉTIER
ET REPRENDRE LES
ÉTUDES A ÉTÉ UNE PRISE
DE RISQUE ÉNORME.
JE SUIS TRÈS CONTENTE
DE L'AVOIR FAIT :
– J'AIME ENFIN CE QUE JE
FAIS, J'AIME PRENDRE SOIN
DES GENS. »

—*—

P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Kiléane est à peine âgée de 29 ans et a déjà un parcours professionnel riche. Après des débuts dans le secteur bancaire, que l'on peut qualifier de décevants, notamment sur le plan humain, elle a fait le choix courageux de réorienter totalement sa carrière. Kiléane le reconnaît volontiers, son manque de confiance en elle l'a longtemps « retenue » dans ses perspectives professionnelles. Sa scolarité en a été d'ailleurs marquée. Elle découvre les métiers du soin lors d'un stage en troisième dans un cabinet de kinésithérapie. Immédiatement, elle se dit « *c'est fait pour moi* ». Sans trop savoir pourquoi, elle s'oriente vers un « *bac pro en comptabilité-secrétariat* ». Décidément, cette formation ne lui convient pas, rapidement elle envisage d'abandonner. Ce sont ses parents qui l'incitent à poursuivre et à obtenir son baccalauréat. Elle leur en est reconnaissante. C'est grâce à son bac, qu'aujourd'hui elle peut réaliser son rêve professionnel, suivre une formation d'infirmière. Car pour elle, tout a changé au retour de sa première maternité. Elle comprend alors que la vie dans la banque ne lui convient pas et elle décide de saisir une opportunité inattendue. Une amie lui dit qu'un poste d'ASH se libère dans son hôpital, au sein du service psychiatrique. Kiléane lâche alors son CDI pour un CDD d'un mois. Elle convainc son mari de la soutenir. Il lui répond « *j'attendais juste le moment où tu passerai le cap* ». Quelques mois plus tard, elle se lance dans une formation d'infirmière. Avec une maman et une grand-mère également dans le soin, c'est une sorte d'héritage familial qu'elle entretient. Kiléane est maman de deux enfants, de 3 ans et 1 an et demi. C'est une rencontre, revigorante, qui rappelle que « *tout est possible* »...



Leonie Donnet : Vous avez un sacré parcours, Kiléane. En quelques années, vous avez été conseillère bancaire, puis, changement de cap, vous devenez ASH, et vous suivez désormais une formation d'infirmière...

Kiléane Sylla : Changer de métier et reprendre les études a été une prise de risque énorme. Je suis très contente de l'avoir fait : j'aime enfin ce que je fais, j'aime prendre soin des gens. Alors oui, à la banque, j'avais un bon salaire et des primes. Mais ça ne me plaisait pas, je n'étais pas bien. Pendant ma licence en alternance, ma tutrice m'avait dit : « *tu n'es pas faite pour la banque, je te vois plus dans le social ou le médical* ».

L.D. : Êtes-vous en ce moment en stage ?

K.S. : Oui, c'est mon tout premier stage en tant qu'infirmière. J'en aurai plusieurs durant ma formation de 3 ans. Actuellement, je suis dans un cabinet qui fait du domicile. J'avais beaucoup de craintes avant d'arriver. Apprendre de nouveau, devoir connaître toutes les nouvelles choses du métier, tout cela représentait une appréhension. Mais c'est une très bonne équipe et ils ont su me mettre à l'aise.

—*—



L.D. : Quelle est votre vision de l'hôpital aujourd'hui et de son organisation ?

K.S. : De manière générale, l'hôpital est à flux tendu, comme beaucoup d'autres branches, comme l'éducation nationale, par exemple. Les hospitaliers font comme ils peuvent, avec les moyens du bord.

L.D. : Quelle était votre journée-type en tant qu'ASH ?

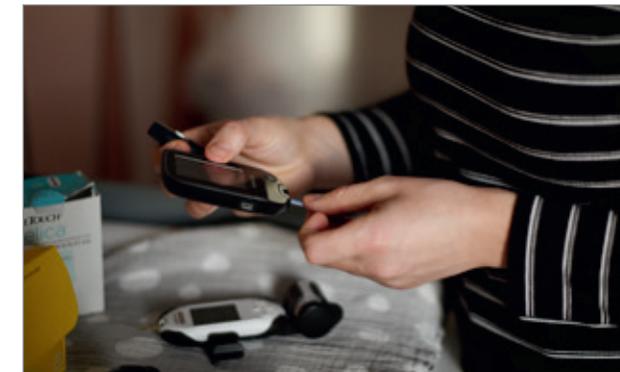
K.S. : En arrivant à l'hôpital, la première des choses est de préparer le petit-déjeuner. Ensuite, nous faisons le ménage dans les couloirs, les sanitaires, les bureaux et les salles de soins. Lorsque les patients sont réveillés, ils descendent pour prendre leur petit-déjeuner, donc à ce moment-là, nous montons pour faire les chambres. Puis, nous faisons chauffer les repas et mettons la table. Souvent, des patients nous aident, certains apprécient de nous aider à mettre la table ou à nettoyer. En psychiatrie, cela fait aussi partie du soin, il faut les préparer à assumer leur autonomie de retour au domicile.

L.D. : En termes d'équilibre vie pro-vie perso, vous vous y retrouviez quand vous étiez ASH ? Faisiez-vous des nuits ?

K.S. : En venant à l'hôpital, je recherchais également à mieux concilier vie professionnelle et personnelle, notamment pour voir mes enfants davantage et avoir plus de temps pour moi. À la banque, je ne voyais pas les journées passer. Mes horaires à l'hôpital étaient de 6 heures 30 à 14 heures 10 le matin, ou de 12 heures 10 à 20 heures. L'avantage, c'est que mes enfants étaient à la crèche. J'avais vraiment beaucoup de temps pour eux et pour la maison.

L.D. : Aujourd'hui, j'imagine que le rythme ne doit pas être évident à tenir entre le travail à l'hôpital, les cours, les stages et votre vie personnelle...

K.S. : J'essaie de ne pas couler et de garder la tête hors de l'eau [rires]. Il faut essayer de trouver du temps pour réviser mais également du temps pour tout le monde : pour soi, pour son mari, pour ses enfants et c'est ça, qui n'est pas évident. Et puis je retourne à l'hôpital pour travailler en tant qu'ASH pendant les vacances.



L.D. : Vous devez avoir une organisation rigoureuse...

K.S. : Quand je suis en cours, cela se passe bien. Mes enfants dorment bien, donc quand je les mets au lit à 20 heures, je travaille mes cours jusqu'à 23 heures. Actuellement, en stage, c'est un peu différent. Je travaille en « coupé » donc quand je rentre vers 13 heures, je mange, puis je me mets sur mes cours. Je ne vais pas chercher ma fille avant 15 heures 30 et mon fils ensuite à 16 heures 20 après l'école. J'ai trouvé cette organisation-là pour essayer de réviser un peu quand même dans la journée. Je m'organise aussi pour le ménage, j'ai quelqu'un qui vient à la maison pour me dégager du temps.

L.D. : Et vous trouvez du temps pour vous ?

K.S. : Je faisais beaucoup de sport, avant. Ce que j'aimais beaucoup lorsque je travaillais encore à l'hôpital, c'est quand j'étais de matin ou d'après-midi, je faisais mon sport l'autre moitié de la journée. Maintenant, je suis repartie avec des horaires de bureau, finalement, donc j'essaie d'aller marcher quand même, d'avoir un petit temps pour moi, mais je privilégie beaucoup mes enfants.

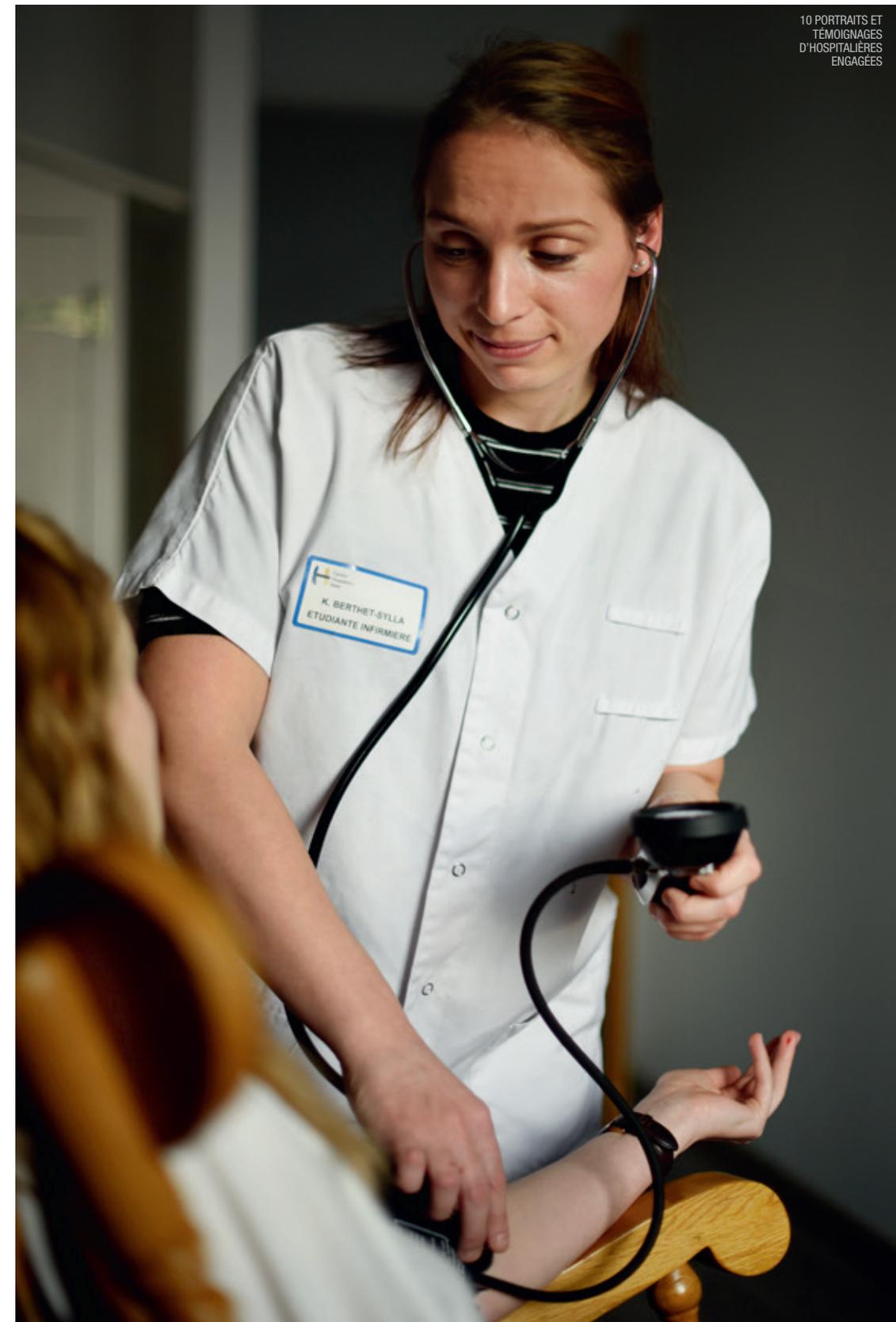
L.D. : Quelle est votre vision de la place des femmes à l'hôpital aujourd'hui ?

K.S. : Les femmes sont nombreuses à l'hôpital, je pense que leur place est importante. Mais leur place n'est pas plus importante que celle des hommes – surtout en psychiatrie. Souvent, les patients osent moins de choses avec les hommes qu'avec les femmes. Ça peut donc être compliqué lorsqu'il n'y a pas d'hommes dans le service. La bonne cohésion des deux est importante. Et je n'ai jamais été confrontée à du sexisme.

L.D. : Les femmes sont concernées par des spécificités de santé, que ce soit l'endométriose, les grossesses, etc. Comment l'hôpital gère-t-il ces spécificités féminines ?

K.S. : J'ai fait ma deuxième grossesse à l'hôpital, j'étais en CDD, à l'époque, et j'avais très peur qu'ils ne me reprennent pas. Mon projet a toujours été de faire la formation d'infirmière et je me suis dit qu'ils n'allaient pas me garder, comme j'étais enceinte...

—*—



L.D. : Vous craigniez la réaction lors de l'annonce ?

K.S. : Quand j'ai fait l'annonce, je suis vraiment allée à pas de souris dans le bureau de la cheffe. Très directe, elle m'a dit qu'il n'y avait aucun problème, et que bien sûr, je serais reprise à mon retour. Et à 7 mois, ma chef m'a dit « *c'est hors de question que tu reviennes lundi, sinon c'est moi qui appelle ton gynéco* » [rires].

L.D. : La nouvelle a été donc plutôt bien accueillie...

K.S. : Oui, c'était très bienveillant. Il y avait même des infirmiers qui venaient pour passer le balai à ma place. Il y avait vraiment une très grosse entraide, on me disait « *non, ne touche pas, c'est moi qui fais* ». Les collègues faisaient quasiment tout à ma place [rires].

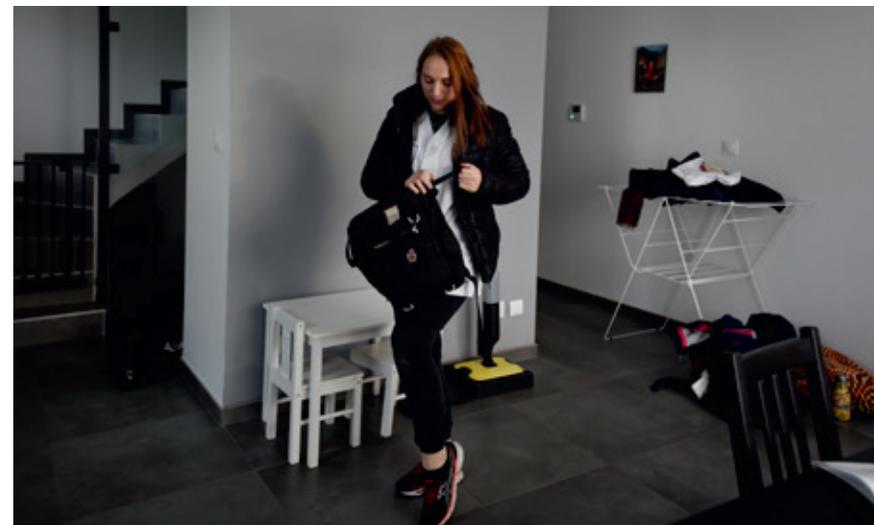
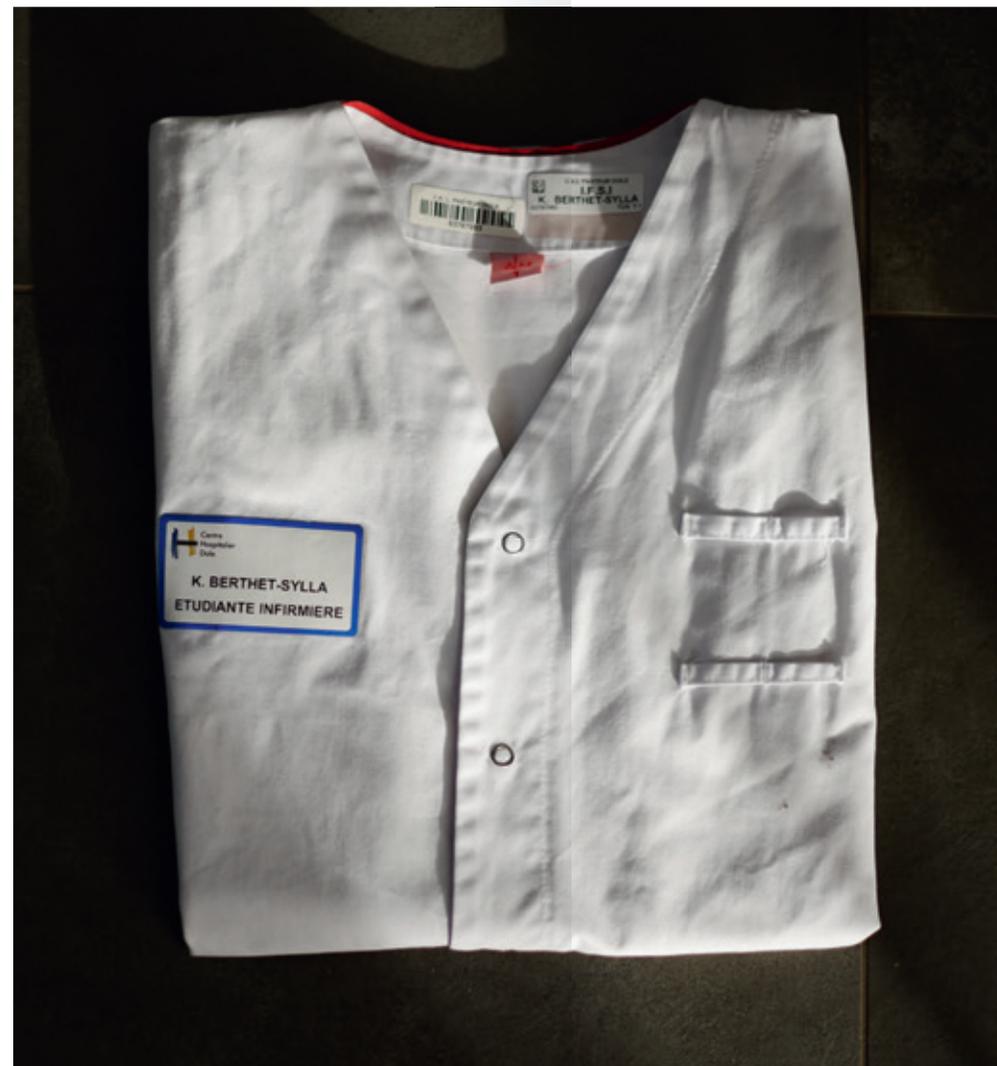
L.D. : C'est important, d'avoir une bonne dynamique dans les équipes...

K.S. : Dans mon service, il y avait une très bonne ambiance, il n'y avait aucune différence entre les personnes : nous, les ASH, mangions avec les infs' et les soignants, par exemple. C'était super, nous étions vraiment inclus dans la prise en charge du patient, j'ai eu beaucoup de chance. Selon moi, si tu n'as pas ces moments d'échange avec les soignants, comme le repas, par exemple, tu ne peux pas expliquer ce qu'il s'est passé, ce que tu as observé chez les patients... Pour moi, c'est primordial.

—*—

L.D. : Au moment de votre grand saut dans le soin, vous aviez une réelle crainte de ne pas réussir...

K.S. : Oui, je craignais terriblement d'échouer, peur de décevoir mes parents. Je n'avais pas envie de les décevoir. Tout ce qu'ils ont mis en place pour que l'on réussisse dans la vie... si je n'y arrivais pas, je me disais qu'ils seraient déçus.



L.D. : Arrivez-vous à trouver un équilibre qui vous convienne ?

K.S. : Je m'oublie complètement moi-même, j'en ai conscience. Il faut arriver à trouver un juste milieu que je n'ai pas encore trouvé. Mais je pense que ça viendra et que j'arriverai à me dire : « *non, aujourd'hui, je pense à moi, je fais des choses pour moi* ».

L.D. : Au niveau salaire, cela n'a-t-il pas été trop dur, de passer de la banque à l'hôpital ?

K.S. : Au début, lorsque j'ai eu mon entretien téléphonique pour le poste d'ASH, on m'a dit que je gagnerais beaucoup moins que ce que mon diplôme me permettait. Mais finalement, je me suis retrouvée avec le même salaire. C'est vrai que je n'ai plus les primes par-ci par-là, ni le 13^e mois. Mais dans mon quotidien, je n'ai pas vu de réelles différences. Il faut dire qu'on travaille aussi le dimanche, qui est mieux rémunéré. Ce n'est pas exorbitant, mais quand même. Ce que je regarde, c'est le salaire à la fin du mois. C'est ça qui me permet de payer mes factures – alors les primes ce n'est pas ma priorité même si cela fait toujours plaisir. Dans tous les cas, je ne changerai pas, je privilégie ma qualité de vie : je suis à 2 minutes de l'hôpital.

L.D. : Chez les nouvelles générations, le critère d'équilibre vie pro-vie perso est très important. Quel est votre regard ?

K.S. : Aujourd'hui, avec le manque énorme de personnel, les nouveaux infirmiers ont le choix. Ils vont là où ils veulent, où les horaires leur conviennent, où ça paye le mieux. Je pense qu'à l'époque, il n'y avait pas autant de choix, pas autant de possibilités. À mon avis, c'est pour cette raison que les nouvelles générations peuvent se permettre d'être plus exigeantes.

L.D. : Est-ce que l'image de « l'hôpital public » est toujours très ancrée chez les jeunes ?

K.S. : Non, ce n'est plus vraiment ancré, je crois. Aujourd'hui, beaucoup vont faire de l'intérim : en bossant 10 jours par mois, ça leur fait leur salaire mensuel. Donc, c'est vrai qu'ils gagnent en qualité de vie.

L.D. : Observez-vous une différence de mentalité entre les jeunes et les anciennes générations ?

K.S. : Les jeunes ont remarqué que le soin ne payait pas plus que ça. J'ai espoir qu'ils se lancent dans les professions du soin par vocation. Mais je pense que c'est la génération dans son ensemble qui change, ce n'est pas propre au médical. J'ai l'impression que les jeunes font un peu comme ils l'entendent et qu'ils feront comme ils voudront, peu importe les enjeux et conséquences. À mon avis, les portables et les réseaux sociaux ont eu un vrai impact et ont renforcé l'individualisme.



L.D. : Selon vous, quel serait l'hôpital idéal de demain ?

K.S. : C'est une question compliquée... Bon, bien sûr, il faudrait plus de personnels : quand il y a plus de personnel, on est mieux, moins stressés, on a envie de venir au travail et la prise en charge des patients est donc meilleure. Quand on voit que dans certains EHPAD, il y a une infirmière pour 60 personnes... c'est quand même très léger. Mais si on veut plus de personnels, il faut mieux les rémunérer. Il y a tout de même un sujet de ce côté-là. Surtout dans ce contexte inflationniste, il faut pouvoir payer les factures à la fin du mois. Ce n'est pas toujours facile.

L.D. : En ce qui concerne le parcours professionnel, vous êtes l'exemple parfait de l'évolution de carrière en interne...

K.S. : [rires] C'est vrai. Il faudrait peut-être faciliter les parcours. La constitution du dossier pour être infirmière est complexe : il faut faire deux dossiers : pour l'hôpital, pour l'école ; deux entretiens, deux écrits. Je pense que beaucoup se découragent face à tout ça et sont freinés alors que nous avons besoin d'infirmiers et que beaucoup ont les capacités. Il faudrait aussi envoyer plus d'aides-soignants en formation d'infirmiers. Cette année, chez nous, quatre personnes ont été envoyées dont moi.



Dominique SEVIN

+ Technicienne d'information médicale,
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux



« TRÈS JEUNE, JE ME SUIS
DIT “C’EST ÇA ET RIEN
D’AUTRE”. CE N’EST PAS
UNE VOCATION, MAIS
C’EST ANCRÉ EN MOI.
AUJOURD’HUI,
– JE SUIS TIM, MAIS
AU FOND DE MOI, JE SUIS
INFIRMIÈRE. »

—*—

P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Dominique Sevin n'est pas devenue infirmière par hasard. Dès son enfance, elle ressent qu'elle choisira cette profession. Toutefois, elle échoue après le baccalauréat au concours d'école d'infirmières. Après un diplôme de secrétaire médicale, elle enchaîne avec 3 ans d'école d'infirmières, après avoir réussi le concours tant convoité. Si elle n'a jamais formellement exercé la profession de secrétaire médicale, sa formation lui est très utile en tant que TIM, notamment dans l'utilisation rapide du clavier. Très attachée à sa région d'origine, le Jura, elle intègre par choix le CHU de Bordeaux en 1993. « Je suis venue pour travailler à l'hôpital public en cardiologie spécifiquement. Durant mes études, j'ai fait un stage en cardiologie, c'était une cardiologie d'hôpital périphérique et ça m'a beaucoup intéressée, et je voulais vraiment approfondir la spécialité et passer à de la "grosse cardiologie" ». Elle reste 7 ans en cardiologie avant d'opter pendant 10 ans pour la tabacologie, et de devenir TIM, en 2015. Dominique sait ce qu'elle veut et je suis frappée par les choix qu'elle a faits tout au long de sa carrière professionnelle. Le soin est le fil rouge, l'intérêt pour le patient, pour l'autre.



Leonie Donnet : Avez-vous un moment qui vous revient, où vous vous êtes dit « *je veux travailler à l'hôpital* » ?

Dominique Sevin : J'ai su que je voulais être infirmière en traversant une rue dans un endroit bien précis, j'ai eu comme une lumière. Cela vient sans doute de ce que j'ai vécu. J'ai toujours été auprès des gens. Mon grand-père maternel était malade. On me préservait des soins parce que j'étais petite, et ça a aiguisé ma curiosité. J'ai beaucoup vécu avec ma grand-mère maternelle, qui avait une santé fragile, et je me suis toujours occupée d'elle. C'était comme une évidence. Je me suis dit « *c'est ça et rien d'autre* ». Ce n'est pas une vocation, mais c'est ancré en moi. Aujourd'hui, je suis TIM sur le papier parce que je fais ce métier-là, mais au fond de moi, je suis infirmière. Mes valeurs de soignante me guident dans mon métier actuel : dans l'analyse de chaque dossier, il y a ma sensibilité de soignante qui revient à chaque fois. Le médecin décrit une situation, par exemple, mais ne va pas forcément mettre le bon mot, et moi dans ma tête, ça vient naturellement.

L.D. : Pouvez-vous nous expliquer les missions d'une technicienne d'information médicales ou TIM ?

D.S. : Chaque TIM a un secteur défini. J'expertise toutes les données de chaque dossier patient : le compte-rendu d'hospitalisation rédigé par le médecin, les transmissions infirmières, tout ce qui est biologie et examens complémentaires. Pour chacun de ces documents, j'en tire des « *mots clés* », c'est-à-dire pourquoi le patient est venu, les complications potentielles durant son hospitalisation. Je retranscris le code qui correspond au mot clé. Une fois que j'ai fini l'analyse du dossier, j'obtiens le prix du séjour du patient. J'effectue ce travail de 8 heures 30 à 16 heures.

L.D. : Êtes-vous souvent en relation avec les patients pour constituer les dossiers ?

D.S. : Je n'ai aucune relation avec les patients, c'est un travail technique et administratif. J'étais en contact avec des patients dans ma profession antérieure.

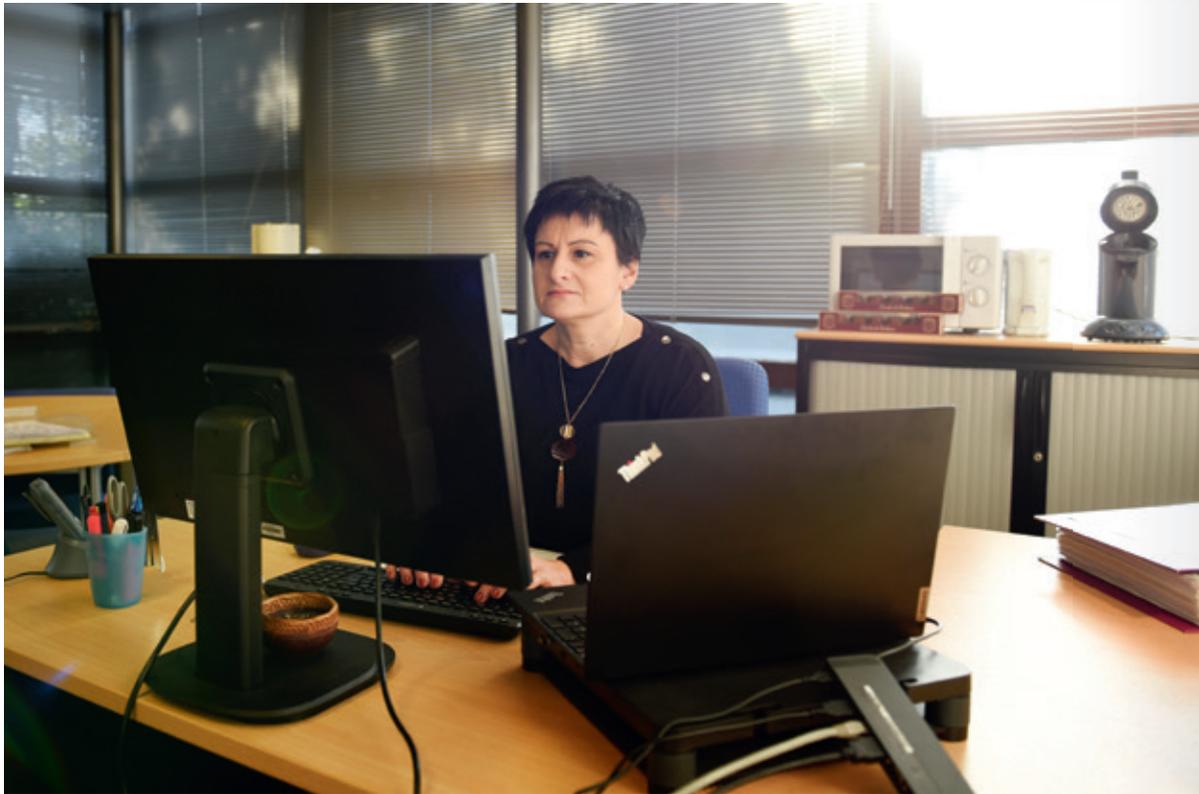
L.D. : Cela vous manque-t-il ?

D.S. : J'ai eu un passage en douceur entre mon métier d'infirmière sur le terrain et le travail de technicienne d'information médicale. Entre les deux, j'ai été infirmière en tabacologie durant 10 ans où je faisais des consultations en binôme avec un médecin pour les personnes désireuses d'arrêter de fumer. J'ai ainsi eu le temps de me détacher du soin technique.

L.D. : Pour quelle raison avez-vous changé de métier ? Avez-vous d'autres attentes ?

D.S. : Entre ma profession d'infirmière de cardiologie et tabacologue, j'ai changé pour des raisons personnelles, pour ma vie familiale. Je souhaitais plus de compatibilité avec les horaires. Entre tabacologie et TIM, j'ai changé parce qu'au bout de 10 ans, je n'étais plus en adéquation avec la mission qui m'était confiée. En tabacologie, j'avais l'impression que je n'apportais plus rien aux patients. J'étais frustrée parce que je ne voyais pas la concrétisation de mon travail.





Prendre ses responsabilités

« Certains disent que c'est toujours la faute de l'hôpital, que ce n'est jamais la responsabilité de la personne. Je pense qu'il faut aussi prendre sa part de responsabilité et savoir se remettre en question. C'est aussi une manière d'envisager son métier, ne pas voir les choses comme une contrainte. Personnellement, je vais me mettre une pression positive et pas un stress négatif. Il ne faut pas rabâcher du noir, il faut changer d'angle. Dans mon métier, on a des « contraintes ». Par exemple, tous les mois, nous devons coder un certain nombre de dossiers. En ce qui me concerne, je décide de le voir comme un défi, pas comme une contrainte. On est un maillon dans une chaîne, chacun doit faire sa part. »

L.D. : Vous avez évoqué votre changement de métier pour des raisons familiales. Comment vos trajets domicile-travail se déroulent-ils ?

D.S. : J'habite à 35 kilomètres. La plupart du temps, je viens en train. C'est très bien desservi, mais il y a tout de même les aléas liés à la SNCF ; les horaires sont tout à fait compatibles avec les transports en commun. Quand j'étais infirmière sur le terrain, je devais utiliser ma voiture car les horaires n'étaient pas compatibles. Le train est beaucoup moins fatigant et moins stressant et je peux faire autre chose pendant la durée de transport.

L.D. : Cela rejoint la question de l'organisation de l'hôpital. Qu'en pensez-vous ?

D.S. : Je ne peux pas parler de ce qui se passe dans les équipes hospitalières, parce que je n'y suis plus. Concernant mon service, on a un choix dans les heures d'embauche : 8 heures 30, 9 heures ou 9 heures 30. Cela permet à chacune de s'organiser en fonction de sa vie personnelle, d'aller chercher les enfants à l'école, par exemple. Les infirmières sur le terrain, il en faudra toujours le matin, l'après-midi et la nuit, donc l'organisation est de ce fait plus rigide.

L.D. : C'est cette organisation qui a eu un impact sur votre vie personnelle ? Qui vous a motivé à changer de métier ?

D.S. : Oui. Je n'ai jamais aimé ni supporté les horaires de nuit. Quand on oblige, dans certains services, les femmes à faire des horaires de nuit, c'est compliqué... Obliger quelqu'un qui n'a pas un rythme de nuit à travailler la nuit, c'est contre-productif : pour le professionnel, pour le patient et pour l'hôpital. Personnellement, je n'arrivais plus à récupérer. J'avais l'impression d'être toujours à côté de la plaque. Certaines qui dorment peu y trouvent un avantage : elles arrivent à profiter de leur famille et de leurs enfants, mais moi je passais à côté de beaucoup de choses.

L.D. : Quel est votre environnement de travail actuellement ?

D.S. : Je travaille actuellement dans un bureau de 2. Ce qui est important, c'est d'être au cœur des services. Même si l'on n'a pas de contact avec les patients, on a besoin d'aller voir une secrétaire, un médecin... Et c'est important que le service nous identifie comme faisant partie intégrante de l'hôpital.



L.D. : Vous sentez-vous isolée ?

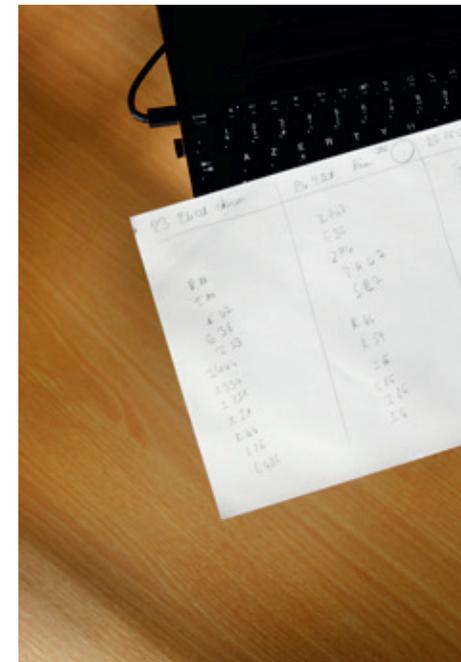
D.S. : Être TIM demande une certaine autonomie et indépendance. Cela me convient parfaitement. Mais il y a un autre côté où il faut savoir aller vers le service. En général, une fois identifié, on a des bons rapports, on est bien accueilli dans les services. Pour la plupart, les médecins connaissent nos missions et notre utilité. C'est aussi à nous de présenter nos missions en mettant en avant l'intérêt du service à nous prendre en compte. Je pense que l'on est bien intégré au sein de l'hôpital, à partir du moment où les personnes comprennent notre utilité pour le service. Et puis je pense que c'est une question de personne, aussi.

L.D. : Donc, vous vous sentez reconnue...

D.S. : Le service fait beaucoup de choses pour le bien-être, la connaissance et la reconnaissance de notre métier. Justement, ce reportage m'a été proposé par la cadre de mon service ; elle s'attache à mettre en valeur, en lumière, les équipes en leur donnant l'occasion de s'exprimer sur différents supports, c'est une preuve de bienveillance. De plus, elle a œuvré pour mettre en place le télétravail pour les TIM dès les débuts de son déploiement au CHU. J'ai eu la chance de participer en 2018 à l'expérience-test avec 9 collègues de mon service. Je suis toujours active dans les projets d'avant-garde, j'adore ça. Depuis le 1^{er} janvier 2023, la cadre du service a obtenu l'autorisation d'un jour de télétravail hebdomadaire pour les TIM.

L.D. : Est-ce que votre santé est un sujet de préoccupation ?

D.S. : Je prends soin de ma santé. Je participe aux dépistages dans le cadre des préventions qui me sont proposées. Ce qui serait bien, c'est qu'en tant qu'hospitaliers, on puisse avoir un parcours de prévention et de soin facilité. Je ne demande pas du tout la gratuité, mais un accès facilité. Aujourd'hui, quand on prend rendez-vous, on est une personne lambda et chacun connaît la difficulté à obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables.





L.D. : Vous avez dit que vous étiez reconnue à votre échelle, notamment par votre hiérarchie. Comment cela se manifeste-t-il ?

D.S. : La cadre du service est favorable aux formations spécifiques à notre métier de TIM ou aux événements en lien avec notre métier (congrès, colloques qui se rapportent à notre secteur de codage) soit sur notre demande soit sur sa proposition. J'ai aussi pu participer à ma demande au recyclage de l'AFGSU2 (attestation de formation aux gestes et soins d'urgence en rapport avec mon statut d'infirmière).

L.D. : Avez-vous eu des moments de joie qui vous ont marquée ? Des moments de votre quotidien qui vous reviennent ?

D.S. : Je souhaite évoquer un sujet très important : avec le métier de TIM, je n'ai pas de charge mentale en dehors de l'hôpital. C'est important parce que cela permet de revenir encore mieux le lendemain. Je ne suis jamais rappelée par le service et mes congés sont respectés. Quand je ferme la porte de mon bureau, c'est terminé, je passe à autre chose. La différence avec mon métier d'avant est flagrante : en tant qu'infirmière, tu te dis toujours « *est-ce que j'ai mis la perfusion ?* ».

Je pense vraiment que c'est parce que je n'ai pas de charge mentale, que j'arrive à revenir le lendemain. Quand il y a un ou des postes disponibles dans le service, il m'arrive de les proposer à des infirmières que je connais et qui me disent qu'elles sont épuisées. Après, j'ai conscience que ce n'est pas un choix facile à faire, je ne connaissais rien du métier quand je suis arrivée, mais j'aime le nouveau, j'aime les défis. Je me suis lancée, je me suis dit « *allez, je vais y arriver !* ». Beaucoup d'infirmières ne franchissent pas le pas. Le service propose des immersions sur le terrain pour faire découvrir le métier et pour que les personnes puissent postuler en connaissant le métier.

—*—



Fabienne JEGOU

+ Infirmière en psychiatrie, administratrice MNH,
Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud

« POUR MOI, LA
PSYCHIATRIE EST UNE
VOCATION. CE QUE JE
PRÉFÈRE, C'EST ÊTRE
— À DISPOSITION, À
L'ÉCOUTE DES PATIENTS. »



P O R T R A I T

— par Leonie Donnet

Dès l'âge de 11 ans, Fabienne Jegou, lors d'une hospitalisation, se dit qu'elle a envie de travailler à l'hôpital. À l'issue de sa classe de troisième, elle s'oriente en BEP sanitaire et social durant 2 ans, à Morlaix. L'école encourage ses élèves à s'orienter vers des études d'infirmière. Plutôt tentée par le métier d'aide-soignante, elle se laisse finalement convaincre. C'est ainsi qu'elle intègre l'hôpital Esquirol, à Saint-Maurice, et qu'elle s'engage dans des études d'infirmière de secteur psychiatrique. Âgée alors de 19 ans, elle ne sait même pas que la psychiatrie est une spécialité. Toutefois, elle le dit maintenant, elle se serait tournée inmanquablement vers la psychiatrie. Elle raconte : « *La particularité, en psychiatrie, c'est qu'il y a moins de soins, on écoute beaucoup les patients. On les aide dans leur quotidien et on veille à ce qu'ils se maintiennent : la maladie psy ne se guérit pas, rarement. Donc, on peut juste aider à vivre mieux, on peut aider les familles.* » Les stages au cours de ses études ne font que la conforter dans ce qu'elle appelle une vocation qui constituera le moteur de sa réussite. Fabienne respire la bienveillance qui est le point commun entre ces hospitalières que j'ai rencontrées pour la préparation de cet ouvrage. Elle est littéralement « *imprégnée des autres* ». « *C'est rare, d'être jeune et de savoir ce que l'on veut faire. Un de mes fils a d'ailleurs suivi mes traces, à 13 ans, il m'a dit : « Je veux être infirmier ». Et il travaille aujourd'hui à Quimper, dans le même hôpital que moi* », m'explique-t-elle, non sans une pointe de fierté. Elle reste à Paris 12 ans, de 1984 à 1996, où, elle travaille au sein d'un service d'admission, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), en hôpital de jour (HDJ). Elle participe d'ailleurs à la création de cet HDJ. Elle demande ensuite sa mutation à Quimper, pour raisons familiales, où elle rejoint le Centre Hospitalier et plus particulièrement l'Établissement Public de Santé Mentale du Finistère Sud (EPSM). Elle souhaitait se rapprocher de ses parents. Pendant 2 ans, avant que son mari d'alors la rejoigne, elle y vit seule. Elle a longtemps regretté ses années parisiennes, pas pour les distractions de la capitale, mais bien pour la qualité de son travail et l'équipe qu'elle a quittée à regret.



—*—

Leonie Donnet : Qu'est-ce qui vous a attirée pour travailler à l'hôpital ?

Fabienne Jegou : M'occuper des gens, être auprès d'eux, aider les gens malades. Même faire le ménage, je donne un coup de main aux ASH quand j'ai le temps et j'en profite pour parler aux patients en même temps. Ce que je préfère, c'est être à disposition, à l'écoute des patients. Mais ce que je ne peux pas faire, ce sont les services de l'enfance, j'ai un côté trop maternel et ça me prend aux tripes. Il y a des limites que je ne peux pas franchir. Durant mon cursus, j'avais un module de pédo-psy, j'ai fait des stages, mais cela a été très dur pour moi. J'ai eu du mal à vivre ces moments. J'étais trop malheureuse pour eux et je ne voyais pas d'évolution.

L.D. : Vous avez eu des enfants tôt dans votre vie professionnelle. Avez-vous réussi à concilier votre vie de jeune maman avec celle d'infirmière ?

F.J. : Oui. À Paris, il y avait un poste vacant en centre médico-psychologique (CMP) et j'ai expliqué la raison pour laquelle j'en avais besoin, quand mon premier enfant avait 1 an. Aujourd'hui, l'hôpital de Quimper fait en sorte, quand les parents sont isolés, de leur permettre de travailler sur des horaires moins décalés. Mais il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

L.D. : Comment la vie familiale d'une hos-

pitalière avec des enfants s'organise-t-elle ?

F.J. : À la maison, mon planning d'infirmière était sur le frigo pour que les enfants sachent si j'étais du matin, de l'après-midi ou du soir. Ils s'auto-organisaient. C'est notre constat à tous au travail. Le soir, le temps de rentrer, il est 22 heures. Donc, après le retour de l'école, ils sont seuls au moins 3 heures. Au niveau des repas, ils étaient très autonomes tôt. Je leur préparais en amont les repas, mais souvent, ils changeaient les menus, se servaient de la friteuse... Je ne sais pas si beaucoup d'enfants savent se servir d'une friteuse à 12 ans... Ils sont plus autonomes que les autres enfants, je pense. Encore aujourd'hui, les enfants ont mon planning pour pouvoir s'accorder sur des moments.

L.D. : On évoque souvent l'isolement des soignants, notamment des infirmiers...

F.J. : Le travail en équipe est essentiel. J'ai une très bonne équipe, on est 19 personnes. C'est une grande équipe qui roule bien et peu importe avec qui tu travailles, c'est agréable. La nuit, il y a plus de liens qui se créent, c'est particulier. Une vraie proximité s'instaure. Pendant mon divorce, mon équipe m'a énormément aidée. Ils m'ont appelée alors que j'étais en arrêt pour me dire de revenir et m'ont dit : « on va être là pour toi ». C'est aussi ça, la force d'une équipe : on est complémentaires. Il y a des moments, dans une vie, où l'on ne peut pas s'occuper de certaines personnes. Il faut savoir s'écouter et passer la main. C'est ça, de veiller à sa santé mentale. De temps en temps, on ne peut pas s'écouter, quand il y a des urgences. Donc, il faut prendre sur soi. À ce moment, c'est important de parler en équipe, de décompresser.

L.D. : Quelle est aujourd'hui votre vision de l'organisation de l'hôpital ?

F.J. : En ce moment, je suis 15 jours du matin, 15 jours de l'après-midi. Maintenant que je n'ai plus mes enfants en bas âge, c'est beaucoup plus simple. Je ne m'angoisse plus pour mon planning : je le prends comme il vient. Les enfants ont besoin de nous encore, bien sûr, mais c'est différent. Je ne m'angoisse plus de travailler le week-end, mais je trouve le dimanche soir plus dur comme je suis toute seule. D'un point de vue personnel, je préfère travailler l'après-midi parce que je trouve trop compliqué de me lever à 5 heures du matin. En vieillissant, je ne suis pas la seule... ça pique.

Concilier vie professionnelle et vie personnelle, pas si évident...

« Au début de ma carrière, avec l'aide de mes parents, j'ai réussi à concilier mon travail et mes enfants, j'en avais 2 à l'époque, qui avaient 4 et 6 ans. Durant la semaine, je devais m'occuper des enfants, ce n'était pas facile avec mes horaires atypiques. Je faisais les 3x8 : 7 heures / 15 heures, 13 heures 30 / 21 heures et la nuit : 21 heures / 7 heures du matin. Donc, mes parents m'aidaient pour les garder. Je me suis ensuite mise fixe de nuit de 1996 à 1998 : je travaillais de 21 heures à 7 heures, c'est-à-dire 10 heures, ce qui me permettait d'avoir plus de jours de repos. Je déposais mes enfants le soir chez mes parents, je les récupérais le matin et les emmenais à l'école, avant d'aller me coucher. Ici, à Quimper, j'ai fait beaucoup de services : admissions, longs séjours, hôpital de jour, maison thérapeutique de jour. J'ai beaucoup changé de service pour ne pas me lasser. En hôpital de jour, je faisais 9 heures / 17 heures, donc cela me permettait de mieux concilier ma vie professionnelle et familiale, c'était bien quand les enfants étaient petits. Je suis restée sur des horaires de jour durant une quinzaine d'années. C'était nécessaire pour moi, pour gérer les enfants. Je suis retournée aux admissions, ensuite, quand les enfants ont grandi. Aujourd'hui, je suis en service d'admissions : je suis dans une grande équipe, il y a une bonne ambiance, je suis à 70 % à l'hôpital. J'ai eu besoin des horaires de jour à un moment dans ma vie, ce n'est plus le cas et aujourd'hui, d'autres que moi en ont besoin. »



L.D. : Ce sont des horaires qui doivent peser...

F.J. : Je trouve que de manière générale, on est assez malmenés. On n'a vraiment pas des métiers faciles : on travaille les jours fériés, les week-ends, les vacances s'étalent de juin à septembre. Mais, finalement, c'est le pari du métier : quand tu rentres à l'hôpital, tu sais que tu vas avoir ces contraintes. Mais il y a aussi beaucoup d'avantages : quand tu commences le matin, tu as quand même tout ton après-midi devant toi ou ta matinée si tu travailles l'après-midi. Cela laisse le temps de s'occuper de soi : moi, je prends mes rendez-vous, je fais mes courses... Ce qui reste compliqué, c'est quand on veut faire des activités à jour fixe... Là, on est pénalisés, nos plannings changent tout le temps. Je trouve cela injuste pour les activités.

L.D. : Parvenez-vous à avoir des activités en dehors de l'hôpital ?

F.J. : Je pense que c'est bien, de sortir de l'hôpital, de voir d'autres choses... Mais quand tu as des enfants, avoir des activités en dehors de l'hôpital, ce n'est pas simple. J'y arrive, dorénavant, comme je n'ai plus mes enfants à la maison. Par exemple, l'année dernière, j'étais dans une troupe de théâtre, mais j'ai dû arrêter cette année parce que j'étais trop fatiguée. Je n'arrivais plus à suivre le rythme des représentations, c'était trop prenant. Il faut des activités, mais il faut doser. Je fais également de l'accordéon, le lundi soir. J'essaie de ne pas travailler le lundi. Ce sont mes moments de respiration. Et je poursuis mes cours de théâtre le samedi matin, que je rate parfois. Mais c'est moins intensif que la troupe. C'est vraiment important pour mon équilibre. Mes collègues diraient que je suis hyperactive. Je fais beaucoup de choses sur mon temps de repos : mon engagement syndical, mon engagement mutualiste... C'est fatigant mais j'en ai besoin. Ça me plaît et je découvre plein de choses, je m'ouvre à de nouveaux horizons.

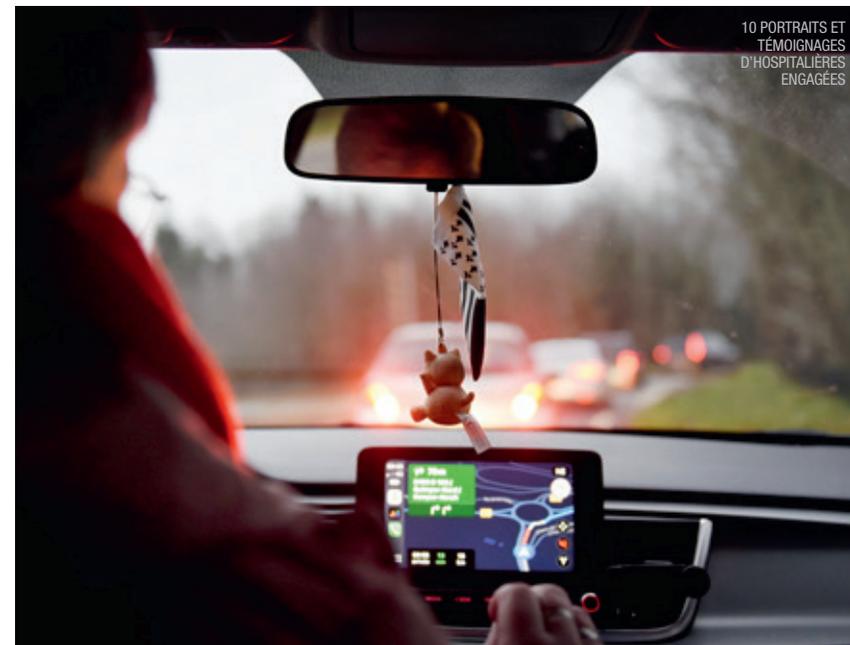


L.D. : Comment ça se passe, à l'intérieur de l'hôpital ? Avez-vous des temps de respiration ? Certaines activités sont-elles organisées ?

F.J. : À Paris, j'ai beaucoup connu ça. Il y avait notamment un week-end organisé pour découvrir les caves de Champagne, c'était super-sympa. Tu parlais tôt le matin, tu revenais tard le soir et ça nous permettait de nous découvrir différemment entre collègues. Ici, il y a des moments organisés par les cadres. Des sorties de service, on va au restaurant, au bowling, au karaoké. Dans mon service, c'est là où se passent le plus de choses. Pendant la Coupe du monde, on a fait des paris entre nous, des pronostics. Celui qui gagnait remportait un lot monstrueux de produits locaux que chacun des participants ramenait. On fait les Miss France, aussi... c'est super-rigolo. Cela permet de rire entre nous, ça fait du bien. À Noël, on s'est tous offert un cadeau au hasard. Et ça, cela forge une vraie cohésion d'équipe. Tout le monde est invité, tous les profils : psychologue, infirmier, cadre, assistante sociale, secrétaire.

L.D. : Quelle est votre vision de la place des femmes à l'hôpital ?

F.J. : Je me rappelle la position d'un vieil infirmier qui disait que la santé s'était beaucoup féminisée et que la faiblesse de nos salaires était la conséquence de cette féminisation. Selon lui, le fait qu'une majorité des effectifs soient féminins impliquerait que les métiers soient moins reconnus, et donc moins rémunérés parce que l'on considère que ce sont des « professions de femmes », que cela « fait partie de nous » et que ce n'est donc pas réellement un effort. C'est une hypothèse, je n'ai aucune certitude. Je ne dis pas que l'on ne gagne pas bien notre vie, pas du tout... Mais le fait qu'on soit essentiellement des femmes dans le milieu hospitalier, je pense que cela ne fait pas monter les salaires.



Quand les patients prennent soin des soignants

« Être enceinte en psychiatrie, c'est compliqué. Il faut éviter les violences. Pour mes deux premières grossesses, j'ai travaillé jusqu'au congé maternité. Pour mon plus grand, j'étais en service d'admissions, uniquement d'hommes. Un jour, un patient m'a dit « Je vais être violent, enferme-toi dans le bureau ». Je l'ai écouté, j'ai appelé les renforts. C'était sa manière de se calmer, le fait de me le dire. Donc, je suis allée dans un bureau et j'ai attendu. C'était « respectueux », il avait considéré ma condition et me prévenait de sa violence. J'ai eu d'autres patients psy que je peux qualifier d'attentionnés. Quand j'étais enceinte de ma deuxième, je travaillais en CMP et faisais des visites à domicile : j'allais voir une dame, qui habitait au 6^e étage sans ascenseur. Et à chaque fois, elle me disait « On se retrouve en bas, on va sur un banc. Je ne vous laisse pas monter les escaliers ». Quand j'étais en congé maternité de ma deuxième, certains patients savaient que j'allais être absente pendant un moment, et ils m'offraient des petits cadeaux. Ce sont des beaux moments, ça fait chaud au cœur, de sentir ce lien avec des patients réguliers. J'ai d'autres moments comme ça qui me reviennent. Les patients sont tellement surprenants, parfois. »

L.D. : Avez-vous constaté des évolutions depuis le début de votre carrière professionnelle ?

F.J. : Oui, beaucoup d'évolutions. Il y a toujours du sexisme, par exemple, mais moins qu'avant. Il faut savoir qu'il y a quand même des femmes qui ont subi des choses... ici aussi... j'ai eu une collègue qui l'a vécu. Ce n'est pas vieux. Les hommes infirmiers n'étaient pas très respectueux des femmes. Ma collègue a subi une tentative de viol. Maintenant, je pense que les gens porteraient plainte. Enfin, j'espère... Je pense que les femmes osent davantage prendre la parole, elles se libèrent. La mixité d'une équipe est extrêmement importante. Les milieux de femmes, c'est très compliqué...

Les femmes prennent plus la parole à l'hôpital mais en général aussi, dans les syndicats aussi. Je trouve qu'elles prennent plus de pouvoir qu'avant. Dans les unions locales de mon syndicat, je suis la première femme secrétaire générale de l'union locale de Pont-l'Abbé. J'ai été élue en 2021. Souvent, les femmes sont là mais ne prennent pas la place, elles n'osent pas. Les femmes s'affirment, aujourd'hui. À une époque, il y avait plus de médecins hommes responsables de pôle, maintenant ça évolue. Chez nous, c'est une femme. Elles sont plus visibles, maintenant.

L.D. : Et en ce qui concerne votre santé ?

F.J. : J'ai des problèmes de poids et j'en avais déjà avant. J'ai des problèmes de genou, c'est congénital. Cela ne s'est pas amélioré avec le travail, cela les a même aggravés... J'ai une prothèse de genou depuis 2020. Avec l'allongement de la carrière qui nous attend, je ne sais pas où l'on va. C'est un métier physique avec beaucoup de pénibilité : lever et ramasser les patients, faire leur toilette.

L.D. : L'hôpital a-t-il pris en compte vos problèmes de santé ?

F.J. : J'ai fait une reconnaissance RQTH pour mon genou pour pouvoir avoir un fauteuil adapté. Je suis également dispensée des interventions d'urgence de violences - c'est-à-dire suite à l'appel par un collègue, à l'aide d'une sorte de talkie-walkie, qui est en danger.

L.D. : Ça arrive souvent, ces épisodes de violence ?

F.J. : Moi, j'en ai vécu, oui. Ce sont des situations difficiles, on est obligé d'en venir à injecter des médicaments pour que la personne se calme. Et tu ressens ton impuissance. La violence est intrinsèque à la psychiatrie. La violence des patients s'exerce souvent contre eux-mêmes. Et cette violence contre eux-mêmes se répercute sur nous : cela peut nous donner l'impression de mal faire notre travail. En équipe, on en discute pour évacuer. Et puis, il y a des choses qu'on ne peut éviter, il faut accepter que tout ne soit pas de notre responsabilité.

L.D. : Quelles améliorations pourrait-on apporter à l'organisation de l'hôpital ?

F.J. : Il faut que l'encadrement soit plus aidant et nous accompagne. Je trouve que certaines directions peuvent être maltraitantes sur notre évolution. Les politiques de mobilité peuvent nous imposer de changer alors que nous sommes bien dans notre poste. Il y a aussi des inégalités dans l'évolution des carrières : certaines personnes arrivent à passer d'un hôpital de jour à un CMP, en évitant toutes les contraintes de notre profession. Elles sont très fortes. Mais quand tu es un peu moins à l'aise lors des entretiens annuels, par exemple, c'est moins évident. Je suis très directe, moi, ce n'est pas mon cas. Mais tu peux être un très bon professionnel, mais ne pas arriver à faire transparaître ta motivation. Je trouve que c'est inégal et injuste. C'est un manque de considération.



L.D. : Vous utilisez le terme de « maltraitance »...

F.J. : Je veux dire que certains cadres se permettent d'utiliser un ton condescendant, de mal parler à certains professionnels. C'est par exemple le cas avec nos ASH. Elles ne sont pas bien traitées, on leur dit « Je veux vous voir dans mon bureau, tout de suite », devant tout le monde. Ce n'est pas une manière de faire, le management bienveillant, ça existe. C'est d'ailleurs le cas de beaucoup de cadres qui sont bienveillants. Mais certains ne le sont pas.

L.D. : Que pensez-vous des nouvelles manières d'envisager le travail des jeunes ?

F.J. : Je pense que la volonté de certains de faire davantage d'heures, les 12 heures, par exemple, c'est un danger. Cela dépend sûrement des services, mais quand on fait 10 heures en soins infirmiers, c'est épuisant. À court terme, les jeunes apprécient, mais cela a des effets dévastateurs sur la santé à long terme. Mais j'entends les jeunes professionnels qui veulent plus de liberté et passer moins de jours au travail. Tant qu'ils sont jeunes et n'ont pas d'enfants, ça peut fonctionner, mais pas sur la durée. Ici, on a un service en 12 heures, il y a eu de réelles difficultés de recrutement. Ça va mieux, désormais, même si les candidats ne se bousculent pas. Les 12 heures engendrent des problèmes dans le remplacement des absents. Nos collègues doivent s'autoremplacer et se retrouver à faire des 5 x 12 heures dans la semaine.

L.D. : Ce sont aussi les attentes d'une nouvelle génération de soignants...

F.J. : Je sais que les jeunes arrivent aujourd'hui avec des exigences. Parfois, j'ai du mal à comprendre. Mais pour adapter l'hôpital aux nouvelles attentes des jeunes et les faire venir, il faut plusieurs choses. Il faut bien les payer, c'est la base. Ensuite, ils ne veulent plus être corvéables à merci. Notre génération nous disait « C'est comme ça et pas autrement ». Parfois, je trouve que les jeunes oublient ce qu'est le travail à l'hôpital : quand certaines partent après deux semaines parce qu'elles se rendent compte qu'elles vont travailler la nuit, qu'elles vont travailler le week-end, c'est un problème. Maintenant, il est vrai que parfois, certains maltraitent nos étudiants en stage. Or, la psychiatrie, ça peut être brutal ; c'est dur, de venir en stage, quand on ne connaît pas.

(1) Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Marie-Christina FERNANDES

+ Gestionnaire RH en charge des recrutements d'IDE,
Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux



« J'AI UN ATTACHEMENT
À L'HÔPITAL, J'AI UN
ATTACHEMENT AU
SERVICE RENDU AUX
PERSONNES, J'AI UN
ATTACHEMENT À
— SES VALEURS HUMAINES.
POUR MOI, C'ÉTAIT
L'HÔPITAL ET RIEN
D'AUTRE. »

—*—

P O R T R A I T

— par Leonie Donnet

Lorsque nous rencontrons Marie-Christina, c'est d'abord une personne chaleureuse et souriante que nous voyons. Nous comprenons très vite que rejoindre un jour l'hôpital public et être attachée était son leitmotiv. Marie-Christina travaille d'abord 10 ans en tant que responsable d'un service administratif et gestion dans le privé. Elle gère alors 2 entreprises, une agence de tourisme spécialisée dans l'événementiel et une de solutions internet. Après un BTS en contrat de qualification au sein de cette entreprise, elle signe un CDI, un début de carrière très formateur. Mais, au bout de 10 ans, le sentiment « *d'en avoir fait le tour* » l'incite à changer de voie. Elle postule à l'hôpital de manière spontanée, en 2011. « *Je souhaitais aller dans les RH à l'hôpital. Je ne sais pas pourquoi, j'ai toujours voulu travailler à l'hôpital en RH. Petite, je voulais travailler dans le social, dans l'accompagnement des personnes, et je retrouve cet accompagnement-là dans le recrutement* », explique-t-elle aujourd'hui. Aujourd'hui, cela fait plus de 10 ans que Marie-Christina oeuvre au CHU de Bordeaux au sein du pôle RH à l'unité de recrutement – avec un break de 2 ans. On ne peut s'empêcher de penser que sa nature profondément humaine, sa sensibilité si particulière pour les autres, ont forcément joué un rôle déterminant dans cette nouvelle orientation professionnelle. Si elle relève quelques difficultés, voire du stress dans ses missions RH au sein de l'écosystème hospitalier où les ressources humaines sont devenues cruciales, on perçoit que Marie-Christina est heureuse. Elle a trouvé, au-delà de sa voie, sa vocation. Une hospitalière discrète mais consciente de l'importance de sa mission, au service d'un collectif.



Marie-Christina Fernandes : Ce que j'adore, moi, c'est être dans l'échange, rebondir sur les sujets, parler aux gens, c'est pour cela que j'ai accepté cette interview.

Leonie Donnet : C'était important pour vous, de venir dans le public après avoir travaillé longtemps dans le privé ?

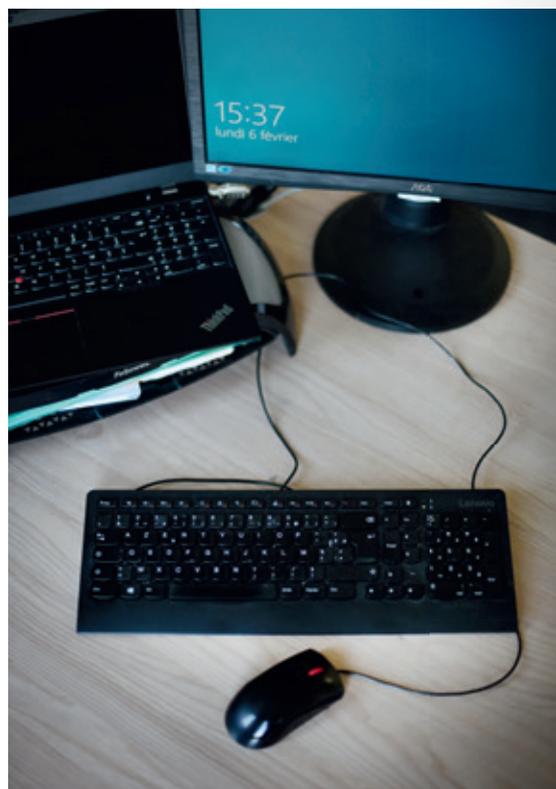
Marie-Christina Fernandes : Honnêtement, je ne savais pas ce qu'était la fonction publique hospitalière. Je n'ai jamais eu de plan de carrière ; je n'avais pas pour projet de devenir fonctionnaire. C'est l'attrait de l'hôpital et de l'accompagnement des personnes qui m'ont attirée. On a tendance à oublier que l'on participe aussi aux soins des personnes. Au service recrutement, on pense beaucoup aux malades. On est un maillon de la chaîne : il y a l'infirmière mais on est une équipe. Je suis contente de permettre à un service de fonctionner grâce au recrutement. Je suis contente de participer aux rouages de l'hôpital, je me sens utile.

L.D. : Vous êtes maman. Avez-vous bénéficié d'un aménagement de poste au moment de votre grossesse ?

M.-C.F. : Lors de ma grossesse, à partir du troisième mois, j'ai eu l'opportunité de bénéficier d'une heure de réduction de temps de travail journalière. Le travail reste identique, ce n'est pas parce que l'on est enceinte que l'on est moins efficace, on est en pleine forme, c'est juste un autre moteur. Moi, je montais la dune du Pilat au septième mois de grossesse.

L.D. : Et aujourd'hui ?

M.-C.F. : Actuellement, ma journée de travail s'étale de 8 heures 30 à 16 heures. On travaille en journée continue. Ces horaires me permettent de concilier vie professionnelle et vie personnelle, c'est un sacré avantage.



L.D. : Tout à l'heure, vous avez parlé d'un écart salarial entre les différents postes que vous aviez occupés. Faites-vous face à des difficultés financières en habitant à Bordeaux ?

M.-C.F. : On ne va pas se le cacher, on a l'impression de s'appauvrir. L'inflation bat des records, tout est de plus en plus cher. Dans la fonction publique, on ne peut pas négocier son salaire, c'est en fonction de la grille indiciaire, le point d'indice c'est 4,92 €, donc on attend 2 ans pour être augmenté de 4,92 €. On a parfois le sentiment que l'on ne se rend pas compte de l'importance de notre mission. On étudie des dossiers qui ne sont pas évidents : on fait du juridique, on suit des formations pour pouvoir être au niveau. Si on a mal vérifié les diplômes d'État, le casier judiciaire ou le titre de séjour, c'est l'établissement qui sera en position de faiblesse, donc on a une grosse responsabilité. L'année dernière, il y a eu 2200 recrutements, on est une petite équipe, sur le recrutement... On est les petites mains invisibles, je pense que l'on est quand même essentiels pour aider l'hôpital à tourner.

Les choix de carrière d'une hospitalière, maman solo

En 2018, Marie-Christina Fernandes fait le choix de partir pour le ministère des Armées, toujours dans une fonction RH. « J'étais mieux rémunérée, 300 € de plus : j'avais besoin d'une meilleure rémunération parce que je suis seule avec un enfant », explique-t-elle. Une façon de rappeler, sans jamais se plaindre, que le fait d'être une maman solo hospitalière, cela peut avoir des conséquences sur des choix de carrière. D'ailleurs, Marie-Christina souligne : « On pense beaucoup aux personnels des soins qu'il faut rémunérer : les soignants, les techniques, mais on ne pense pas trop aux administratifs. Selon les textes, il n'y a besoin d'aucun diplôme pour être agente administrative, dans les faits, il faut une vraie formation. » Un bref passage à la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), au service certification et formations sanitaires et sociales, achèvera de la convaincre que sa place est au sein de l'hôpital. Son verdict est d'ailleurs sans appel : « Je suis restée 1 an, et je ne me retrouvais pas dans mes missions ».



L.D. : Vous êtes les premières interlocutrices des agents de l'hôpital. Trouvez-vous que vous êtes reconnues par les équipes médicales et paramédicales ?

M.-C.F. : Cela évolue favorablement, il y a encore des lignes à bouger, pour arriver à mieux se comprendre, notamment les contraintes de chacun. Parfois, les personnes elles-mêmes ont des choses à faire de leur côté et donc le dossier n'avance pas pour cette raison... Cependant, on est très bien considérées par notre supérieure, et par la hiérarchie aussi : on parle beaucoup du recrutement. Le recrutement est scruté parce qu'on est dans une crise : beaucoup de personnes ne veulent plus travailler à l'hôpital, elles sont en attente de nouvelles conditions de travail.





L.D. : Avez-vous vu une évolution dans le recrutement, depuis le début de votre carrière hospitalière ?

M-C.F. : Quand j'ai commencé, il y a 12 ans, il y avait moins de tension sur le personnel infirmier : on recrutait plus facilement. Maintenant, on est en flux tendu. C'est sociétal, je pense. La situation s'est plutôt dégradée : avant, la seule étiquette du CHU de Bordeaux suffisait pour attirer des soignants. Maintenant, on doit vraiment se démermer, faire des actions de communication larges, aller à la rencontre des étudiants, des professionnels... Le système du soin est en crise, pas seulement l'hôpital. La France n'est pas le pays qui rémunère le mieux les métiers du soin. Même si c'est en passe d'être mieux reconnu, il y a des années à rattraper.

L.D. : Pour répondre à ces nouveaux enjeux, avez-vous des formations particulières ? Ou d'autres formations ?

M-C.F. : Chaque année, on a des formations. Cette année, on va faire une deuxième formation sur les travailleurs étrangers, en lien avec notre activité professionnelle. On a de plus en plus de dossiers de travailleurs étrangers à traiter, avec des conséquences juridiques lourdes si on ne suit pas la procédure. On a aussi accès à des formations « perso » : j'ai par exemple demandé une formation sur la méditation pour m'aider un peu à déstresser.

L.D. : Quelle est votre vision de la place des femmes à l'hôpital aujourd'hui ?

M-C.F. : Je ne me suis jamais posé la question. 99% des recrutements que je fais sont des femmes. Souvent, les hommes recrutés sont dans des postes à responsabilités et dans des filières techniques ou ouvrières que je ne gère pas. Pour moi, chacun fait sa place. Je pense que dans certains métiers, avoir des enfants peut ralentir la carrière. Si on prend 2 profils identiques homme/femme, de manière générale, la femme va s'arrêter 1 ou 2 fois, donc l'homme va progresser plus rapidement dans sa carrière.

L.D. : De fait, les hommes sont avantagés...

M-C.F. : Les hommes se demandent moins s'ils doivent aller récupérer les enfants à l'école, même si ça a bougé, ces dernières années. Au niveau de la société de manière générale, ce sont souvent les hommes qui arrivent à des postes plus intéressants que les femmes - peut-être parce que les femmes n'ont pas les mêmes objectifs, que l'intérêt n'est pas identique et que les temps de vie sont différents.



Les ressources humaines : l'avant-poste de l'hôpital

Marie-Christina Fernandes évoque souvent celles qu'elle appelle « *les petites mains de l'administration* ». Elle a parfois le sentiment que les personnels administratifs, notamment des ressources humaines, sont les invisibles de l'hôpital. Pourtant, sans eux, les services pourraient-ils fonctionner ? Ils sont aux avant-postes des tensions hospitalières, des difficultés de recrutement, qui se répercutent nécessairement sur le fonctionnement des services, donc sur la qualité de vie au travail des autres hospitaliers. Ils sont, en conséquence, également aux avant-postes des mécontentements internes, « *tel recrutement ne va pas assez vite* », « *ma rémunération est trop faible* », etc. Chaque année, à l'approche des recrutements pour les jobs d'été, Marie-Christina se dit que son stress quotidien montera d'un cran. « *Plusieurs métiers au sein de l'hôpital ont été testés au moyen d'électrodes posées sur les personnes, afin de mesurer leur niveau de stress. Il en est ressorti que les premières personnes les plus stressées étaient les IBODE, suivies par le service recrutement. On était 2^{es} sur le "podium"* ». Délais de recrutement, sécurisation juridique des dossiers, négociations des rémunérations... les sources de stress sont nombreuses. « *Le stress des services, le manque de personnel se font sentir sur le service par des recrutements urgents et par la pression pour une arrivée attendue au plus vite. C'est un travail d'équipe, quand il y a 200 recrutements à faire dans le mois, il n'est pas aisé d'être sur tous les fronts et d'accompagner comme nous souhaiterions le faire* », conclut-elle.



L.D. : Pensez-vous que certaines choses devraient être mises en place pour essayer de pallier cette inégalité qui peut exister ?

M-C.F. : L'hôpital, par les formations qu'il finance et en continuant de rémunérer les agents pendant leur formation, donne la possibilité aux agents d'évoluer peu importe leur sexe : aux profils d'aides-soignants qui ressortent, par exemple, pour devenir infirmiers ; ou aux infirmiers qui deviennent IADE. L'hôpital est vraiment engagé pour accompagner les souhaits d'évolution de son personnel.



L.D. : Pensez-vous que vous considérez votre santé de la bonne manière ?

M-C.F. : Je ne néglige pas ma santé. Je pense que c'est quelque chose de personnel qui dépend de chacun. En revanche, ce qui serait bien, ce serait d'avoir un accès facilité aux soins pour les agents de la fonction publique hospitalière. En 2011, quand j'ai postulé, je pensais que le personnel avait un accompagnement spécial. Ce n'est pas le cas. Pour la mutuelle, c'est pareil, c'est seulement en 2026 que l'on va recevoir une contribution de l'employeur, et ce sera 15 €, enfin du moins c'est ce qu'on entend. Ce qui est important, c'est d'avoir une bonne prise en charge par la mutuelle, en fonction des besoins spécifiques des agents. Ce qui est dommage, c'est que l'on n'ait pas de créneaux spéciaux, pour tous les agents de la fonction publique hospitalière. Il est tellement important de prendre soin de son personnel hospitalier. Un personnel hospitalier malade, c'est un hôpital qui ne tourne plus.

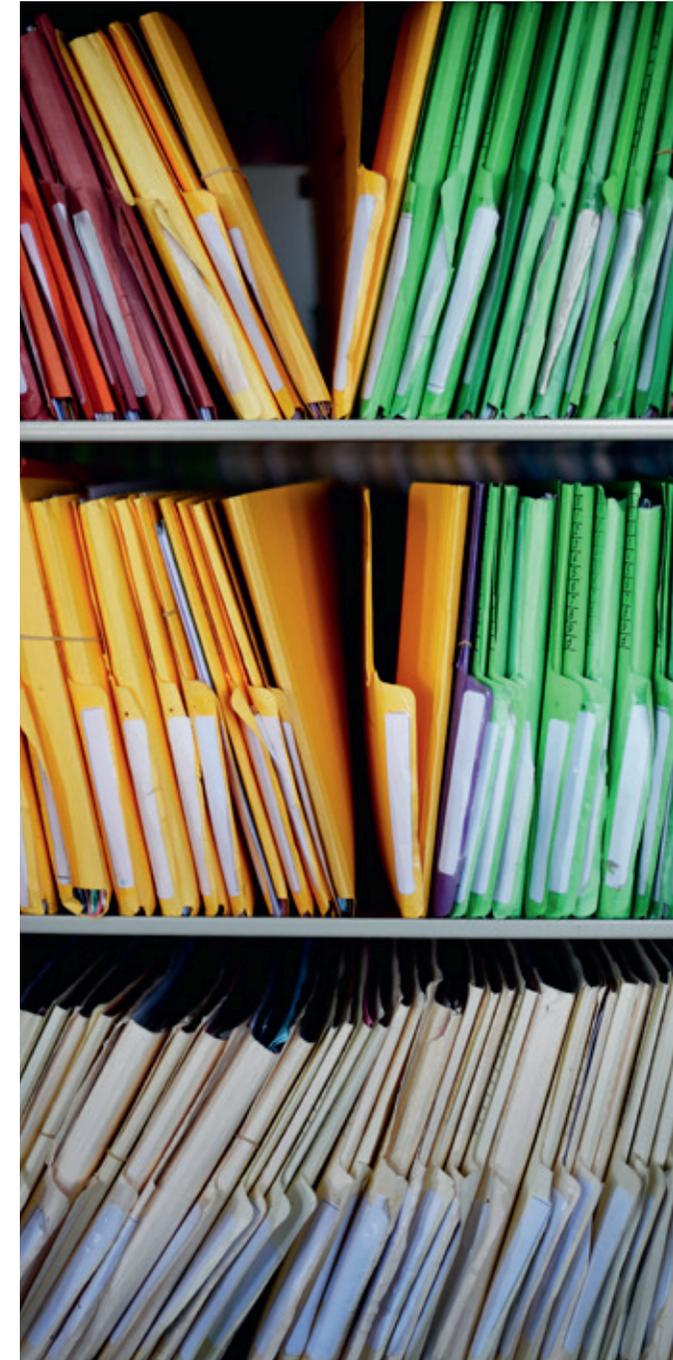
L.D. : Vous parlez beaucoup des autres. Est-ce que certaines personnes viennent vers vous aussi ?

M-C.F. : C'est rare d'avoir un « merci », quand même. [rires]. On a un interlocuteur qui nous dit souvent « merci », ça fait du bien.



Quand l'hôpital facilite la vie quotidienne des hospitaliers

« Il ne faut pas oublier que l'on travaille pour un hôpital, il faut être conscient qu'il va falloir travailler de nuit ou les week-ends. » Marie-Christina se désolé parfois d'entendre des jeunes qui se destinent à devenir hospitaliers rejeter les contraintes qui sont consubstantielles à une profession difficile. Néanmoins, elle ne se décourage jamais et elle est une adepte de la personnalisation des parcours professionnels, lorsque c'est possible. Elle mise également sur les accompagnements proposés par le CHU de Bordeaux. Celui-ci propose par exemple des crèches. « C'est super-intéressant pour aider à concilier la vie professionnelle et personnelle. Les agents peuvent y avoir accès en fonction de certains critères pré-définis. Cela permet de se sentir serein lors de sa prise de poste, et je sais qu'à la crèche hospitalière, jusqu'à la dernière heure, il y a quelqu'un », explique-t-elle. Le service RH de l'hôpital accompagne également les agents pour trouver un logement, dans un contexte de marché immobilier très tendu sur la métropole bordelaise. Avec ses collègues, Marie-Christina va à la rencontre des agents de nuit, « pour s'adapter à leurs horaires, pour pouvoir échanger, faire le point sur leur situation. C'est une démarche d'aller vers, c'est très important pour nous, pour leur montrer qu'on les considère, qu'ils sont reconnus. C'est le plus important, d'aller vers l'autre ».





Amélie CARIYOU

+ Gynécologue-obstétricienne,
Centre Hospitalier de Niort

« J'AI CHOISI MÉDECINE
PARCE QUE CELA
A DU SENS. C'EST COMME
ÇA ET PAS AUTREMENT.
— JE NE ME VERRAIS PAS
FAIRE AUTRE CHOSE. »

—*—

P O R T R A I T

— par Leonie Donnet

Plus jeune, Amélie Cariou voulait travailler dans le milieu de la santé, mais pas forcément être médecin. Passionnée de sport, plus particulièrement de basket, elle envisageait plutôt de s'orienter vers la kinésithérapie du sport. Mais voilà, en 2005, pour entrer à l'école de formation des kinésithérapeutes, il faut d'abord passer le concours de médecine, à l'issue d'une première année. Originnaire du Finistère, Amélie se résout à faire son tronc commun à Poitiers. Un déracinement. Cette première année constitue un tournant, peut-être la rencontre avec une vocation. Amélie le sait, désormais, elle soignera les femmes, les mères, les femmes enceintes. Pendant son internat, elle s'oriente vers la gynécologie, plus particulièrement le cancer du sein et des organes génitaux. Elle poursuit son internat à Poitiers, et effectue plusieurs stages en périphérie, dont Niort et La Rochelle. C'est à Paris, où elle effectue un stage de 6 mois à l'Institut Curie, un grand centre renommé en cancérologie, qu'elle a le déclic et se dit : « *c'est ça que je veux faire* ». Après son internat, elle obtient un poste de Cheffe de clinique au CHU. Un poste très complet de médecin, chirurgien, et d'universitaire. L'enseignement est important pour Amélie, elle considère qu'elle doit transmettre aux étudiants. Toutefois, cette mission était chronophage. Après 3 années très rythmées mais harassantes, elle fait le choix du Centre Hospitalier de Niort, aussi pour son nombre de spécialités – le CH détient 11 pôles médicaux et médico-techniques et 1 pôle administratif, technique et logistique. Mais pourquoi avoir choisi la médecine ? Lorsque je lui pose la question, Amélie répond par l'évidence : « *J'ai choisi médecine parce que cela a du sens. C'est comme ça et pas autrement. Je ne me verrais pas faire autre chose. C'est vrai que la médecine, dès le début quand on y touche, quand on dit que c'est une vocation, ce n'est pas faux. C'est cette impression de rendre service, d'aider les gens* ». Après cet entretien, j'ai le sentiment que décidément, on ne devient pas hospitalière par hasard.

Leonie Donnet : Vous avez intégré le Centre Hospitalier de Niort depuis plus de 2 ans ?

Amélie Cariou : C'est ça, en novembre 2020. C'est un hôpital assez grand, avec beaucoup de spécialistes, il y a un plateau technique qui est largement suffisant, cela me permettait d'avoir une place, de pouvoir faire ce que je voulais, aussi. Et d'intégrer une équipe déjà existante, de m'allier à 4 ou 5 autres personnes.

L.D. : Mais vous habitez toujours à Poitiers, avec les transports, comment gérez-vous le temps de transport et l'impact sur votre vie personnelle ?

A.C. : Quand je suis arrivée à Niort, j'étais célibataire. La ville de Niort, je ne connaissais pas du tout, je suis arrivée pendant le confinement, donc c'était compliqué de venir ici toute seule, et j'ai gardé mon appartement à Poitiers. Et après, j'ai rencontré mon conjoint actuel. L'objectif de notre vie, ce n'est pas de garder l'appartement à Poitiers mais de nous rapprocher d'ici, de rester à Niort.

L.D. : Justement, pourquoi avez-vous opté pour l'hôpital public et pas une clinique privée ?

A.C. : Probablement par facilité. C'est vrai qu'à l'hôpital, on peut facilement signer un contrat et on peut facilement s'en détacher. Il y a beaucoup d'avantages en termes de personnel : on a facilement des interfaces avec les autres spécialités, on travaille beaucoup en équipe. L'activité de maternité de garde, c'était aussi un souhait de la poursuivre. Les gardes obstétriques sont partie intégrante de notre métier. C'est la seule maternité de la ville parce que la maternité privée a fermé il y a un an. Donc, c'était aussi un souhait de continuer dans cette voie et de faire des gardes.



L.D. : Comment est organisée votre journée de travail ?

A.C. : On travaille en journée complète : on arrive à 8h30 et on repart vers 18h/18h30, tous les jours de la semaine. Quand on est de garde, on repart à 8h30 le lendemain, avec des transmissions de dossiers de la nuit autour de 9h/9h30. Les gardes, on en fait 4/5 par mois mais cela dépend des périodes de l'année, et cela peut être la semaine et/ou le week-end. Il existe une législation là-dessus.

L.D. : Concernant l'hôpital et son organisation : quelle est votre vision aujourd'hui ? Quel impact a-t-il sur vous ?

A.C. : L'hôpital de Niort est petit mais pas trop, il y a à peu près toutes les spécialités médicales. Tous les corps de métier participent à l'organisation de chaque service. L'entraide y existe vraiment. On est épaulés, on a beaucoup de compagnonnage. Les plus vieux aident les plus jeunes. Je n'ai pas l'impression que cela pêche là-dessus. L'organisation, bien sûr, est impactée par le manque de personnel, et c'est le cas malheureusement dans tous les hôpitaux. L'organisation peut donc faillir à cause de cela.

L.D. : Quel effet cela a-t-il sur vous ?

A.C. : L'effet direct dans mon travail, ce sont les retards de prise en charge, je pense, notamment au bloc opératoire. On ne peut pas toujours prendre en charge les patients comme on le souhaite, en tout cas dans les délais souhaités. Depuis quelques années, le retard se généralise. Il existe aussi des problèmes de lits. Les gouvernements successifs ont fait réduire les lits d'hospitalisation au fur et à mesure. Il y a des difficultés surtout à « manager » les patients pour leur trouver des places et ça, c'est le travail quotidien de certaines personnes, surtout aux urgences.

L.D. : Le manque de lits d'hospitalisation est un vrai sujet à l'hôpital...

A.C. : L'impact est surtout sur les lits d'hospitalisation médical/chirurgical, mais il ne faut pas uniquement voir le lit. Il y a aussi une infirmière, qui va devoir gérer un certain nombre de lits. Si cette infirmière n'est pas présente, les lits ne pourront pas être utilisés. Il y a donc moins de lits, moins d'infirmières... Les patients qui arrivent par les urgences vont donc devoir attendre longtemps pour avoir une place dans une chambre. Il y a un impact sur la prise en charge, mais aussi sur le vécu de la personne à l'hôpital à cause du manque de lits.

Le pic des naissances de janvier peut impliquer une réorganisation de la maternité

« En janvier, il y a, chaque année, un pic de naissances. Face au manque de lits, les équipes s'organisent. « La maternité est un service d'hospitalisation, avec des chambres pour la mère et l'enfant, donc on ne peut pas les délocaliser dans d'autres services », explique Amélie Cariou. Alors, en cas de besoin, il est nécessaire de revoir l'organisation en hébergeant les patientes dans le service de gynécologie. Ainsi, les sages-femmes peuvent aller facilement d'un service à l'autre. L'autre possibilité est de doubler les chambres avec deux lits, deux couveuses dans une même chambre. « Ou alors, on fait sortir les gens plus tôt : dès le deuxième jour si tout va bien », précise la Docteure. »



L.D. : Cela vous impacte, ce genre de situations ?

A.C. : Moralement, c'est compliqué de devoir dire aux gens qu'on n'a pas la place, qu'on n'a pas le créneau, le lit, et d'expliquer que l'on va devoir décaler. Ils comprennent, en général, parfois ils sont en colère, cela dépend de la pathologie dont ils souffrent, et c'est normal, c'est humain. On ne peut pas leur en vouloir. Parfois, j'ai un peu honte de dire aux gens « *d'accord, je vous opère, mais je ne peux qu'à telle date* ». C'était moins marqué au début de mon activité. L'après-Covid a fait du tort, la crise a amplifié le manque de lits.

L.D. : Parlons maintenant de la place des femmes à l'hôpital...

A.C. : J'ai été étonnée quand vous m'avez dit que 80 % des agents de l'hôpital étaient des femmes. Je ne pensais pas que c'était autant. J'ai quand même l'impression que ce sont les hommes qui prennent la parole. Pour parler de la médecine, c'est l'inverse : on est une majorité de femmes, notamment dans ma spécialité, qui est une spécialité très féminisée. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait de détérioration, mais je n'ai pas non plus l'impression qu'il y ait d'amélioration. Je suis assez jeune, je n'ai pas encore de carrière très longue derrière moi, je sais que l'homme et la femme, en termes d'étudiants, vont être considérés de la même manière : mêmes capacités, mêmes tâches, même nombre de gardes, mêmes heures. Il n'y a pas de différence, c'est parfaitement équitable. Il n'y a pas non plus de différence de salaire, car nous sommes des agents. Après, je sais que c'est plus difficile, pour les femmes, de manager leur vie professionnelle et personnelle, plus qu'un homme, dans le sens où ça peut leur être préjudiciable. Les femmes qui sont jeunes et auront peut-être des enfants vont prendre du temps, sans remettre en question leur travail, sans travailler moins que les hommes, et vont moins facilement accéder à des postes.

—*—

L.D. : Et à l'embauche aussi ? Ou une fois que vous travaillez ?

A.C. : Les deux. Il est arrivé à plusieurs de mes connaissances que leurs collègues leur demandent directement de patienter pour un congé maternité, expliquant que cela pouvait être compliqué pour les effectifs. À l'embauche, oui, je pense que ça arrive, qu'une femme avec un projet de grossesse ou qui est enceinte ne soit pas retenue. Il faudrait aussi voir avec les infirmières, je pense que dans leur milieu, c'est un peu plus compliqué.

L.D. : Vous disiez que vous n'aviez pas encore une carrière très longue, mais vous avez quand même travaillé tôt, notamment par vos stages. Est-ce que, durant ce temps, vous avez ressenti un traitement différent dans l'équipe ?

A.C. : Pas vraiment, non. En termes de compétences, on nous demandait vraiment la même chose. La différence est vraiment en termes d'accessibilité des postes. Assez facilement, les hommes sont privilégiés plutôt que les femmes.

L.D. : Est-ce que vous mettez en place certaines stratégies dans votre vie à l'extérieur de l'hôpital pour contrebalancer la dureté de votre quotidien, par exemple pour faire face à des situations que vous vivez, je pense à des complications lors d'actes chirurgicaux ou des consultations difficiles ?

A.C. : C'est vrai qu'au tout début de mon internat, je ramenaient « *les cas à la maison* ». J'en faisais même des cauchemars, et au fur et à mesure, je pense que l'implication émotionnelle diminue. On est un petit moins touché, même si c'est toujours grave et triste. Mais si je ne fais pas mon métier avec moins de sentiments, je ne le fais pas bien. Pour des questions de santé mentale, je ne peux pas m'impliquer émotionnellement et être triste pour les gens. C'est l'expérience et le temps qui font qu'on apprend à se détacher de la dureté de certaines situations. Heureusement, d'ailleurs, parce que ça serait vraiment très dur à vivre. La culpabilité ne disparaît jamais : il y a plein de fois où je pense que j'aurais pu faire différemment. Je pense que c'est un sentiment humain.



L.D. : Est-ce que vous avez des engagements à côté ?

A.C. : Oui, bien sûr, je continue à faire du sport et j'ai une vie sociale. Pendant les études, on bossait beaucoup, on était confrontés à des défis et des situations difficiles à gérer avec une impression d'être tout seuls. La vie à côté, c'est donc important. Les étudiants en médecine sont corporatistes. On faisait beaucoup la fête, c'était notre soupape. C'était notre manière de penser à autre chose, entre échanger des expériences et puis se décharger de certaines choses.

L.D. : Comment faites-vous pour gérer vos émotions face à la souffrance de vos patients ?

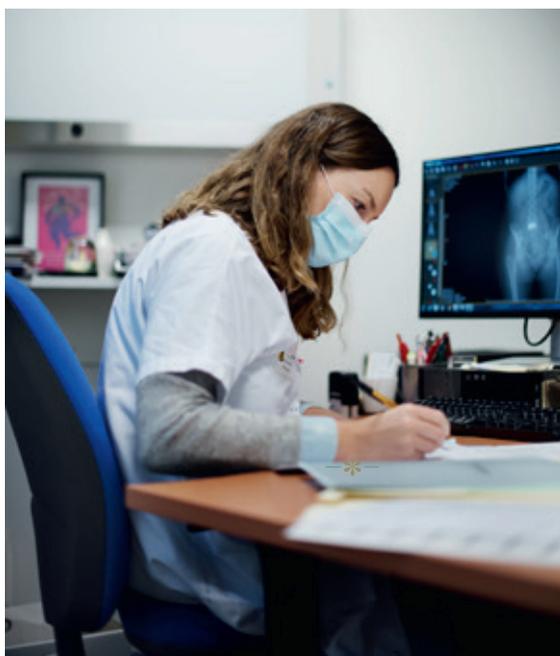
A.C. : Je pense qu'il faut être empathique, qu'il faut montrer aux gens que l'on comprend, les écouter quand ils ont besoin de parler et leur donner toutes les infos dont on dispose. Il faut rester joignable et dire que l'on comprend que ce soit triste. Mais pour se protéger soi-même, il faut prendre de la distance, il ne faut surtout pas transposer les situations que l'on voit avec sa vie à soi. Ne pas se dire, par exemple, « ça aurait pu être mon fils ou ma mère », il ne faut jamais faire ça. Sinon, ça devient vraiment trop difficile, mais oui, il faut rester empathique.



Premières émotions d'hospitalière

« Quelque chose de marquant, c'est le premier accouchement que j'ai fait, ça c'est sûr. J'étais étudiante, c'était vraiment très très impressionnant. J'avais les larmes aux yeux. La majorité des gens ne verra jamais un accouchement et ça m'a beaucoup impressionnée, beaucoup plus, finalement, qu'une opération ou une situation compliquée. Non, vraiment, le premier accouchement, la petite fille s'appelait Rose, je me rappelle très très bien, c'était il y a 10 ans et c'était incroyable. »

« Un autre moment très fort était pendant mon stage de chirurgie médicale. J'ai été confrontée à la mort et là, c'était vraiment difficile. C'est l'histoire d'un accident de la route. Une moto qui a eu un accident et la personne est décédée à l'hôpital pendant mon stage, un matin où j'étais là, et c'était une des chambres dont j'avais la charge et c'était vraiment très difficile. J'avais eu du mal à digérer, à rentrer dans la chambre, à regarder la famille. Je me suis dit que ce n'était pas le versant de la médecine que j'avais envie de voir. »



L.D. : Avez-vous déjà entendu une collègue faire ce genre d'analogie ?

A.C. : Des collègues, oui, mais moi aussi, ça m'est arrivé. Parfois, on se dit « ça pourrait être ma maman, elle a le même âge... », mais il ne faut pas faire ça.

L.D. : Donc, vous vous mettez automatiquement des barrières, c'est bien ça ?

A.C. : Oui, voilà, exactement. Il faut se dire qu'on joue le rôle du médecin. On est là pour proposer un traitement. Après, c'est dur, de faire ça, c'est difficile, on n'est pas des sans-cœur. Mais c'est ce qu'il faut pour pouvoir soigner en ayant l'esprit clair. Et puis il faut expliquer la situation aux gens sans culpabilité. On est sur un fil. Ce qui est sûr, c'est qu'un bon médecin n'est pas un médecin qui est dénué d'affect.

L.D. : Vous sentez qu'il y a une évolution, un petit peu, dans la représentation que l'on se fait du médecin ?

A.C. : Oui, j'ai l'impression que le schéma du médecin debout et du patient allongé a changé. J'ai quand même l'impression, maintenant que nous sommes devenus plus disponibles et plus accessibles.

L.D. : Et avec le reste de l'équipe ? En termes de travail commun, par exemple, avec les sages-femmes, les infirmiers, vous pensez qu'il y a une évolution dans la posture du médecin ?

A.C. : Oui, je pense que ce schéma du médecin paternaliste a disparu un petit peu. Bon, malgré tout, il y a toujours une hiérarchie puisqu'il y a des consignes et des prescriptions qui sont faites, mais cela reste un travail avec une équipe. On s'écoute les uns les autres, ça s'est beaucoup développé. Il y a 20 ans, c'était un peu différent.

L.D. : Vous arrive-t-il de ressentir un sentiment de solitude ?

A.C. : Non, mais c'était le cas durant les études, l'apprentissage. Ce sont des études qui sont longues. La charge de travail fait que l'on ne dort pas beaucoup. C'est vrai que je me disais « j'ai 30 ans et je n'ai pas encore terminé mon cursus ». La vision des gens, aussi, est impactante : typiquement, ceux qui ne sont pas du milieu demandaient souvent « combien d'années d'études ? ». Comme si c'était important pour eux de le savoir. On en fait beaucoup, des années d'études, c'est très long. Mais je devais expliquer que, certes, on fait 10 ans d'études, mais qu'on travaille pendant. »



**L.D. : Ces questions venaient de patients ?
De l'entourage ?**

A.C. : Souvent de l'entourage... les parents, les amis des parents. Je me suis toujours demandé pourquoi ils s'interrogeaient ainsi.

L.D. : Comment l'hôpital peut-il prendre en compte le fait que 80% de ses effectifs sont des femmes ?

A.C. : Je parle pour le médical, mais il faut vraiment arrêter de faire des différences entre les hommes et les femmes pour les postes de hiérarchie. Cela vaut plus pour les gros centres que pour les petits. Il y a de toute façon plus de femmes, donc il faut leur accorder l'accès à des postes à hautes responsabilités, tout ce qui est chef de service, etc. C'est important parce que nous ne travaillons pas moins bien.

L.D. : Avez-vous déjà été confrontée à des propos ou des comportements déplacés ?

A.C. : Oui, des propos déplacés, ça c'est sûr. Et puis c'est aussi l'impression qu'on doit toujours prouver plus qu'un homme et pendant un certain temps, on est un peu testées. Moi, j'en parle souvent avec mes copains médecins hommes qui disent que ce n'est pas vrai, qu'eux aussi doivent prouver des choses, mais ce n'est vraiment pas autant que nous. Je leur réponds souvent que les femmes médecins ont quand même des gros caractères, qu'on apprend à manager, à diriger, qu'on ne se laisse pas faire. Je pense que ça vient aussi de quelque part, qu'on a besoin de s'affirmer dans un monde encore très imprégné de clichés et de sexisme. Attention, ce n'est pas en termes de charge de travail, on nous donne la même chose à faire. Mais c'est plus subtil, c'est sur des enjeux de carrière, ce sont des petites piques.

L.D. : De quel type ?

A.C. : Des petites réflexions : « *t'as tes règles ou quoi ?* » ou « *mais t'es enceinte, t'es énervée.* » Mais ça, ce n'est pas qu'en médecine. Après, je ne sais pas s'il faut mal le prendre ou pas, je ne sais pas. C'est l'accumulation de ce genre de propos, qui est pesante. Mais ici, dans une équipe mixte, je n'ai pas l'impression que quelqu'un tire plus son épingle du jeu qu'une autre personne.

Nadia MALLET

+ Éducatrice spécialisée et mandataire judiciaire,
Association Tutélaire Nord Auvergne (ATNA), Vichy



« ÊTRE ÉDUCATRICE
SPÉCIALISÉE,
– MANDATAIRE JUDICIAIRE,
C'EST UN ENGAGEMENT. »

—*—

P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Nadia est originaire du Cantal. Ses parents étaient agriculteurs. Si elle participait volontiers aux tâches de la ferme, elle n'a jamais envisagé d'en faire un métier. Elle a toujours été attirée par la sociologie. Ses deux frères ont repris la ferme parentale. Elle commence ses études de sociologie en région parisienne. Elle vit alors chez sa tante et son oncle, celui-ci était éducateur spécialisé. Un Véritable militant de l'action sociale, il crée une association pour venir en aide aux personnes « en galère ». Nadia pense tenir son engagement de lui. Sa tante, militante syndicale de la première heure, n'est sans doute pas pour rien dans cette volonté de devenir éducatrice spécialisée. Elle intègre l'école d'éducateurs en 1998, à Neuilly-sur-Marne. Gilles, son mari, est allé travailler à Clermont-Ferrand et elle a demandé un transfert d'école afin de le suivre. « Comme je suis arrivée en cours de formation, je n'avais pas effectué mes stages et ils m'ont proposé d'aller à l'UDAF, le service de tutelle et de prestations sociales à l'époque. Au début, je n'étais pas enchantée et, et en fait, j'ai rencontré de chouettes personnes, j'ai découvert un métier que j'ignorais et sur lequel j'avais beaucoup de préjugés. Je me suis rendu compte que c'était une porte d'entrée pour faire du social en profondeur. » Son premier poste est un foyer de l'enfance, en protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et aide sociale à l'enfance (ASE). « À l'époque, le directeur m'a embauchée parce qu'il avait aussi fait de la socio à Évry-Courcouronnes. C'est souvent le feeling et les rencontres qui font que tu fais ton chemin... Mon parcours professionnel, c'est avant tout une histoire de rencontres. » Toutefois, lorsque Nadia a eu ses deux enfants, le travail en foyer n'était plus compatible avec sa vie de famille. Comme pour son premier emploi, c'est une rencontre qui va lui permettre de connaître son association. Elle rejoint l'ATNA (qui s'appelait alors encore ATIVER) en janvier 2006. Pourquoi ce choix ? Elle l'explique à 80% en raison de ses enfants en bas âge. Elle est alors déléguée à la tutelle. « Pendant 18 mois, tous les soirs, je rentrais et je disais "tu ne devineras jamais ce que j'ai fait aujourd'hui, ce que j'ai vu vu". J'ai vraiment découvert un univers à la fois affolant, mais aussi un peu transcendant et passionnant », raconte-t-elle.

Leonie Donnet : Est-ce que vous parleriez d'une vocation pour votre métier ?

Nadia Mallet : Non, je déteste ce mot. Vocation et bénévolat, ce sont des choses que j'exècre. Je parlerais plutôt d'engagement. La vocation, ça a une connotation religieuse. C'est un métier, nous revendiquons d'être rémunérés à notre juste hauteur. C'est de la solidarité, c'est de l'investissement – après, il faut aimer l'humain, c'est de la rencontre humaine en permanence, de l'altérité. La rencontre est à double sens. Dans notre métier, les gens qu'on accompagne subissent une injonction. Ils ont eu un jugement, c'est donc quelque chose qui s'impose à eux, mais en même temps, on essaie de faire en sorte qu'ils soient acteurs. Depuis la loi de 2002, l'usager est au centre du dispositif avec des projets individuels. On leur explique qu'on n'a pas choisi de les rencontrer et finalement, on s'adapte à eux, mais eux aussi s'adaptent à nous. L'objectif de la personne que l'on « protège », le « protégé », c'est d'avoir un peu de son argent, donc il doit s'adapter à nous.

L.D. : Vous aviez des a priori sur le métier de mandataire judiciaire...

N.M. : Pour moi, je ne voyais pas l'aspect social dans la tutelle. Je voyais davantage la contrainte. Cette profession est méprisée, ça gangrène un peu l'idée qu'on se fait des tutelles. Avec le vieillissement de la population, la famille sera davantage privilégiée : quand on fait une demande de protection, c'est en priorité aux frères et sœurs, aux enfants, que l'on envoie les questionnaires. Parce qu'eux le font « bénévolement », justement, par devoir, et ce n'est pas rémunéré. Mais cela peut créer des tensions dans les familles, si un enfant gère le portefeuille des parents au détriment d'un autre frère ou d'une sœur.

L.D. : C'est un métier voué à disparaître ?

N.M. : Il va évoluer, oui, mais pas disparaître. Notre crainte à nous, c'est que peu à peu, on fasse disparaître l'associatif, c'est vrai que c'est plus coûteux. Notre travail, il ne faut pas le perdre de vue, on a un rôle de contrôleur et régulateur du social - c'est de gérer des minima sociaux. On assure aux bailleurs d'être payés. On paye tous les créanciers, on donne de quoi vivre et de quoi consommer à la personne. Donc, ça peut représenter des économies pour la société. On évite les surendettements.

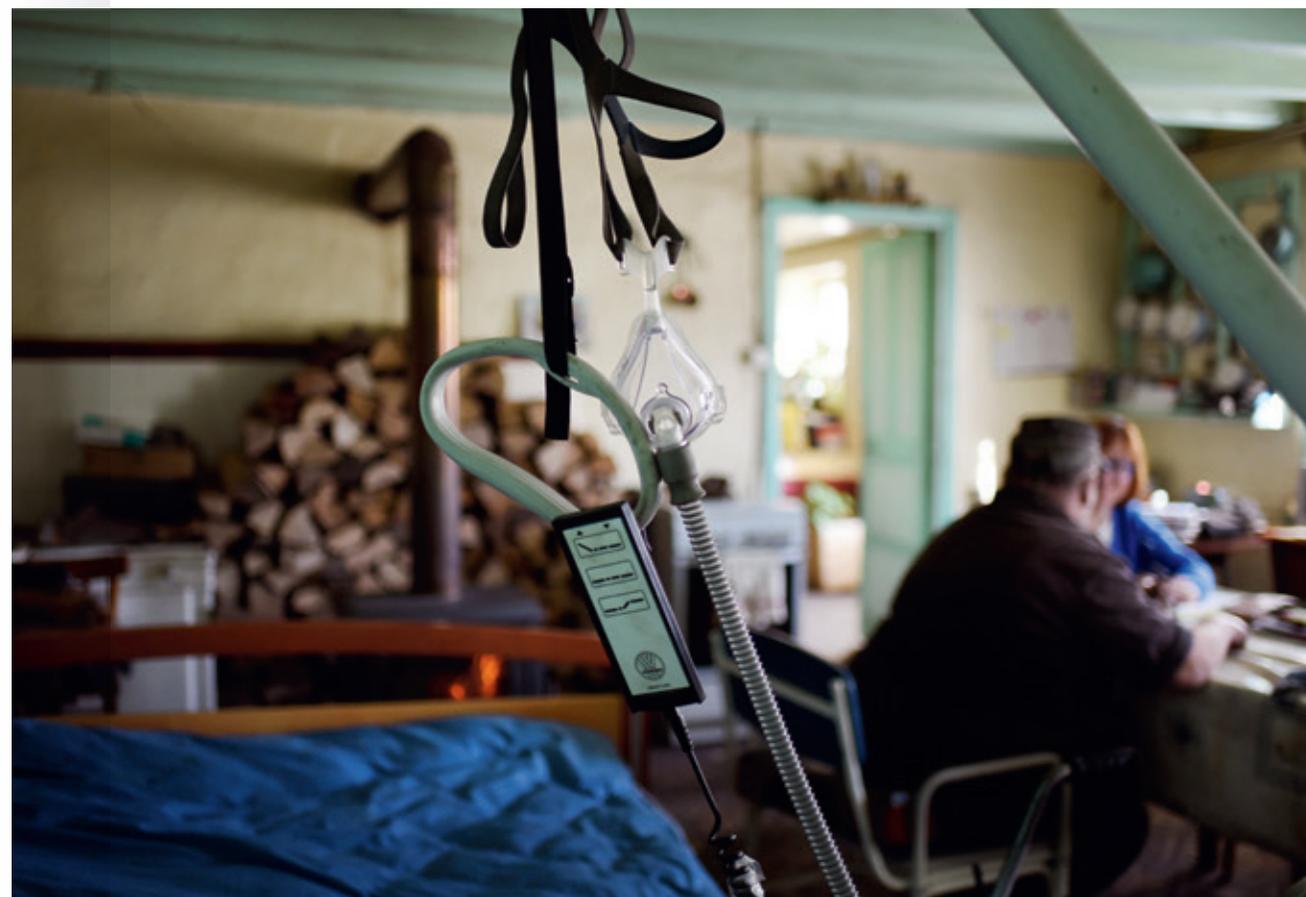
L.D. : Vous faites le constat qu'il y a peu d'absentéisme au sein de votre service, pour quelles raisons ?

N.M. : C'est grâce à notre façon de travailler et la solidarité qui existe entre nous je crois – c'est-à-dire quand il y a une collègue en difficulté, même si c'est personnel, il y a toujours quelqu'un pour dire « je vais te filer un coup de main ». Notre chef, s'il voit qu'on est dans la panade parce qu'il y a des moments de travail qui nous submergent, il va prendre du travail... On n'est jamais tout seul, on explique ce peu d'absentéisme par ce biais-là.



L.D. : En cas d'absence de l'un de vous, privilégiez-vous les solutions internes, basées sur la solidarité de l'équipe ?

N.M. : Nous avons des protégés avec des pathologies plus ou moins difficiles, avec des périodes où certains d'entre nous peuvent être absents. Les collègues peuvent déjà en porter la culpabilité quand ils s'absentent, mais nous leur expliquons bien que ce n'est pas de leur faute. Et on est là en soutien, en renfort, pour pallier leur absence. La personne qui va remplacer la collègue est soutenue par le reste de l'équipe, donc le travail est quand même bien fait. Alors que si c'est un remplacement à la volée, la personne ne sait pas faire le boulot, et que quand tu reviens, le boulot n'est pas fait... c'est compliqué.





L.D. : Dans ce métier, faites-vous face à beaucoup de violence ?

N.M. : De façon globale, plutôt pas, on travaille sur la violence institutionnelle, déjà. Nous sommes en cours d'élaboration du document unique, c'est une obligation légale de l'employeur, et on travaille en bonne intelligence avec celui-ci. Concernant la violence institutionnelle, je la mettrais sur le fait que l'on est toujours en train de nous embêter avec des tableaux et des statistiques : combien de fois on a appelé le protégé... etc. Nous passons notre temps à nous justifier. Toutefois, ici on ne le subit pas. En ce qui me concerne, je vais cocher les cases du tableau pour répondre à la commande. En réalité, ça importe peu car si le travail n'est pas fait ou mal fait, cela se ressent dans le relationnel avec les usagers mais tout le monde s'en fiche. Le seul intérêt est d'être conformes au moment des évaluations de nos autorités de contrôle. Il faut que ça soit fait, même si c'est vide de sens.

L.D. : Et en ce qui concerne les usagers...

N.M. : Les usagers n'ont pas le même comportement avec les secrétaires qu'avec nous : au téléphone, ils peuvent nous menacer en fanfaronnant que nous ne sommes « jamais là ». C'est de la violence ou un exutoire, mais ils n'ont pas ce comportement une fois en face de nous parce qu'on a un lien d'autorité et de confiance. On travaille pour éviter la violence physique (les amplitudes d'accueil, l'écoute, la capacité d'apporter des réponses,...), donc il y en a peu. Il y a plusieurs années, un collègue en a été victime une fois, dans nos anciens locaux, on avait un bureau d'accueil fixé au mur pour des « questions de sécurité ». Certaines personnes qui venaient nous disaient qu'elles avaient l'impression d'être en cellule de psy fermée ou dans une cellule de prison. Mon collègue a eu une incompréhension avec l'un de ses protégés, et au lieu de partir, le protégé a vu que le bureau était fixé en voulant le bouger. Il l'a donc violemment arraché pour le lui mettre dans la figure.

—*—

L.D. : Quelle est votre position par rapport à cette violence ?

N.M. : On s'est rendu compte que dans la plupart des services, il y avait très peu d'hommes avec la fâcheuse habitude de leur confier les gens potentiellement au prétexte qu'ils étaient des hommes. Ce n'est pas la bonne méthode, parce qu'à ce moment-là, tu arrives à des rivalités masculines et je crois que c'est générateur de violence. C'est un peu une violence sexiste parce qu'on estime que les hommes et les femmes ne sont pas capables de gérer la violence de la même manière, que les hommes seraient plus enclins à encaisser la violence. Le sexisme, dans le milieu du social, il est parfois à double sens, dans le sens où, quand tu es le seul mec dans un service, tu as tous les pénibles à gérer, c'est une forme de discrimination.

« On a appris à faire le “job” à nos enfants »

« En termes de conciliation, mon travail prend beaucoup beaucoup de place, même à la maison. Mon fils a fait 2 renforts d'été en secrétariat, il a adoré bosser pour nous et mes collègues, je pense, l'ont beaucoup apprécié. Il est très curieux, il nous a aidés à déménager – et il m'a dit qu'il avait trouvé le boulot passionnant parce que je lui ai toujours raconté un petit peu mes histoires. Il me le dit : « tu sais, j'adore quand tu racontes tes anecdotes, tes histoires de vie », donc c'est vrai qu'ils connaissent un peu mes protégés. Alors oui, on peut mettre le secret professionnel en avant, mais j'ai toujours parlé des gens en toute bienveillance et c'est aussi pour leur faire prendre conscience dans quelle situation eux vivent, c'est leur transmettre des valeurs, la valeur travail et le respect de l'autre, leur montrer qu'ils ont de la chance par rapport à d'autres qui naissent dans des milieux où c'est la catastrophe. On apporte notre pierre à l'édifice, on n'est pas des super-héros, on les intègre à la société, on fait le job. Donc, on a appris à faire le job à nos enfants, c'est indispensable. »



L.D. : Existe-t-il des différences de carrière entre hommes et femmes ?

N.M. : On n'a pas toujours les mêmes velléités entre hommes et femmes. Un homme va plus facilement s'autoriser à être chef qu'une femme. Sur 8 chefs, chez nous, il y a 2 femmes. Sur l'ensemble de notre association, sur 100 personnes, il y a peut-être 15 hommes, et je compte les chefs. Dans le médico-social de manière générale, les chefs seront des hommes. Les femmes ont souvent des enfants à charge, elles se sentent moins capables. On est tous payés pareil puisqu'on a une grille conventionnelle, on pourrait dire que les hommes sont mieux payés comme ils sont chefs – mais ils gagnent la même chose que mes collègues femmes qui sont cheffes.

L.D. : Oui, mais proportionnellement, ils sont plus nombreux à être chefs...

N.M. : Le seul biais que l'on puisse discuter, c'est effectivement l'accès à ces postes de chef. Par ailleurs, quand notre chef de service recrute, un des critères (non-affiché), est de rechercher des profils d'hommes pour équilibrer. Aujourd'hui, un homme dans le social, même s'il est mauvais, peut trouver sa place. Il a moins de choses à prouver qu'une femme. Ça, c'est un problème. Si tu veux changer de boulot, en tant qu'homme tu peux, si tu es une femme, c'est plus compliqué, il y a plus de concurrence. Il y a une plus grande tolérance sur le travail rendu pour un collègue homme, parfois il y a 2 poids 2 mesures. Le sexisme ordinaire existe.

—*—

L.D. : Êtes-vous confrontée à des violences quotidiennes ?

N.M. : Oui, complètement. Mais je ne le vis pas toujours mal, ça fait partie du job, peut-être que c'est un tort de la banaliser, parfois. Pour accompagner ces situations, on fait des analyses de pratiques. En ce moment, c'est un psychiatre qui vient, avant c'était une assistante sociale avec qui on a fait de la systémie – en psychanalyse, le système, c'est l'analyse du fonctionnement familial. On est exigeants, on change souvent d'intervenants... L'idée est de réfléchir et se décaler sur nos pratiques professionnelles.

L.D. : Est-ce toujours pour vous aider à mieux prendre en charge vos protégés ? Ou aussi pour vous écouter vous ?

N.M. : En plus de l'analyse de pratiques, on peut solliciter des entretiens psy individuels. Cela a été mis en place dans le cadre de la prévention des risques psychosociaux. Donc, on a la possibilité, s'il y a eu un accrochage, ou si on ne se sent pas bien, d'aller consulter une psychologue financée par notre employeur. Je ne pense pas que ça doive avoir un caractère obligatoire, parce que si tu n'adhères pas, ça ne sert à rien.

L.D. : Dans votre métier, que pourrait-on apporter en plus pour un meilleur épanouissement ?

N.M. : Nous laisser faire notre petit bonhomme de chemin, sans nous perturber, sans nous proposer des logiciels techniques « *plus performants* », sans télétravail. On a évoqué le télétravail avant le Covid, et cela avait été rejeté en bloc – moi, à titre personnel, je milite aussi contre. Mais durant le Covid, on n'a pas eu le choix, le télétravail a été mis en place. Donc maintenant, finalement, on a fixé un minimum de 15 jours par an de télétravail. L'idée, c'est de ne pas perturber le fonctionnement du service ; si tout le monde est en télétravail, il n'y a plus de service. J'ai conscience que cette vision ne plaît pas à certains collègues, mais je ne conçois pas de faire du social chez moi. Le télétravail, pour moi, c'est surtout une manière de prendre de la distance avec le travail et les collègues, c'est une manière de se désinvestir et cela tue la cohésion.

L.D. : Les demandes de télétravail viennent-elles des nouvelles générations ? On entend souvent que les jeunes ont de nouvelles attentes.

N.M. : Souvent, on dit qu'il y a des nouvelles attentes en termes de travail entre les anciennes et les nouvelles générations, mais c'est un discours de vieux, de dire ça. Je pense, en revanche, que la formation a beaucoup évolué. Aujourd'hui, la formation d'éduc', c'est du formatage. C'est enseigné par des anciens éduc's qui t'expliquent comment ça se passe, mais qui ne sont plus sur le terrain depuis longtemps. Souvent, on donne des formules magiques, mais ce n'est pas ça, le social, c'est de l'ajustement en permanence, de l'esprit critique, du bricolage. Je dis souvent : quand tu es là pour protéger les gens et que tu n'es pas capable d'avoir un regard critique sur ta situation, ce n'est pas possible.





—*—

L.D. : Cela vous semble-t-il essentiel ?

N.M. : Avec mes collègues, on a conscience que c'est compliqué, de travailler chez nous ; parfois, on est un peu « *dictatoriaux* » sur nos préceptes de travail et notre volonté d'être en présentiel. C'est un peu notre point faible, on n'est pas toujours très tolérants sur certains sujets. On essaye de travailler dessus, mais pour nous, avoir un esprit critique et de l'engagement dans son travail, c'est essentiel.

L.D. : Comment gérez-vous la vie de famille ?

N.M. : Le repas du soir est primordial. On mange généralement très tard, quand tout le monde est enfin rentré, c'est un moment sacré. Quand mon fils Émilien rentre le vendredi, parfois il va voir ses potes – et puis même s'il rentre à 22 heures 30 ou 23 heures, on l'attend pour manger. C'est vraiment un temps d'échange et de partage qui est très important pour nous, un moment de lien. Je m'efforce de rentrer plus tôt pour partager un tennis de table, on a vraiment appris durant le confinement à passer du temps ensemble. Je fais parfois de la peinture à l'huile en dilettante. Et mon fils me disait « *allez, on fait des choses !* ». Durant cette période de repli, il m'a boostée et aidée à décorer la maison où on avait emménagé depuis plusieurs mois. Annabelle est moins artiste, mais on partage le sport (même si ce n'est pas ma tasse de thé) et je m'intéresse à ce qu'elle fait sur les réseaux sociaux pour qu'elle se construise un esprit critique et une capacité à se protéger. Et puis on part encore régulièrement en vacances tous les quatre, c'est quelque chose de très important pour nous. L'été dernier, nous sommes partis en Corse, c'était le rêve de Gilles. Les enfants ont fait le choix de partir sans leurs copain/copine. Mon mari et moi nous sommes souvent laissé absorber par notre travail, au détriment certainement de la vie de famille, c'est pour cela que les quelques moments partagés que l'on a sont forts et pleins de complicité.





Magalie FERREIRA NEVES

+ Aide-soignante en maternité,
Centre Hospitalier de Montluçon

« JE PENSE QU'EN
VÉRITÉ C'EST TOUJOURS
UNE VOCATION,
– QUAND ON SE DIRIGE
VERS LES MÉTIERS
DU SOIN ET DU SOCIAL. »



P O R T R A I T

– par Leonie Donnet

Magalie commence des études supérieures après son baccalauréat sciences médico-sociales en faculté de psychologie. Issue d'un milieu modeste, elle travaille en parallèle chez Flunch. Elle ne valide pas son DEUG, face aux difficultés de concilier les études avec une vie professionnelle contrainte mais clairement acceptée, voire appréciée. Ce que je souligne dans son propos, en effet, c'est la reconnaissance qu'elle exprime d'avoir pu disposer de ce job dans la restauration. Magalie explique également sa retenue face à l'université, qu'elle ne considérerait pas être faite pour elle, mais pour « *les fils de...* ». Elle évoque même une forme « *d'autocensure* ». Quoi qu'il en soit, elle passe le concours d'aide-soignante, qu'elle réussit « *haut la main* ». Un peu de réconfort pour elle mais surtout le sentiment d'avoir enfin trouvé sa voie. Après son diplôme, elle intègre immédiatement le Centre Hospitalier de Montluçon. Maison de retraite, cardiologie, elle enchaîne les postes au sein de divers services. Elle y côtoie la mort. Puis, une cadre la repère et met tout en œuvre pour l'intégrer au sein du service maternité. Elle lui en est toujours reconnaissante aujourd'hui et ne met pas ses compétences personnelles en avant comme étant la raison de cette attention. « *Au début, je voulais travailler en réanimation et en oncologie parce que pour moi, c'était là où notre métier prenait tout son sens, au contact de personnes vraiment dans le besoin. En réalité, à la maternité, les dames ont de vrais besoins : toute l'éducation à l'allaitement, la prise en charge de l'enfant, l'accompagnement lors de l'accouchement, le travail en binôme avec les sages-femmes, avec toute l'équipe que ce soit administrative ou technique...* », m'explique-t-elle. Elle se souvient avec une tendresse dans la voix de l'accueil extrêmement bienveillant dont elle a bénéficié au sein de la maternité de l'hôpital de Montluçon : « *Mon service, j'en parle vraiment avec amour, ça a été tellement enrichissant. Quand je suis arrivée, j'étais la plus jeune, j'ai été cocoonnée, j'ai été doublée, formée à la spécificité.* »

Magalie a certes un peu hésité au début de ses études en ce qui concerne son projet professionnel mais aujourd'hui, cette maman de 2 jumelles de 15 ans, mariée, apparaît heureuse et l'affirme : « *Finalement, c'est vraiment une chance ; le soin, c'était ça ma vraie voie, sinon je me serais peut-être encore trompée de filière.* »

Leonie Donnet : Qu'est-ce qui vous plaît particulièrement dans votre métier d'aide-soignante ?

Magalie Ferreira Neves : Beaucoup de choses me plaisent. Ce qui me plaît, précisément, c'est le contact et l'empathie. La maternité, c'est magnifique mais il y a aussi des coups durs et on rentre chez soi en chialant quand on perd un enfant, quand l'enfant est malade, quand la mère perd son enfant... Ce n'est pas dans le cours des choses, ce n'est pas le cycle de la vie – même si on nous dit qu'il faut se blinder. Quand je suis arrivée en tant que professionnelle, j'ai beaucoup appris des mamans. Dès lors que moi-même je suis devenue maman, j'ai encore appris autre chose, que j'ai pu mettre en pratique dans le service, sans pour autant penser que j'étais l'exemple.

L.D. : Quel est votre quotidien à l'hôpital ?

M.F.N. : Moi, j'ai une vision idéologique de l'hôpital : cela ne doit pas être des services de soins au rabais, c'est un service qui doit être accessible à tous sans distinction, évidemment. Aujourd'hui, dans la fonction publique, je vois les choses se dégrader au niveau de la qualité des soins. Avant, il y avait quand même des hôpitaux de proximité qui offraient une diversité de soins dans beaucoup d'endroits : il y avait des maternités à proximité dans plein de villes, et aujourd'hui, par souci d'économie, on rogne sur tout. C'est ce qui est très frustrant pour le personnel, parce qu'on fait toujours du mieux qu'on peut. Je ne mets pas du tout en cause le professionnalisme et la bienveillance des soignants et des administratifs, mais on sait, au fond de nous, qu'on n'est pas allés jusqu'au bout parce qu'on n'est pas assez.

L.D. : Pensez-vous que votre métier ait un impact sur votre santé ?

M.F.N. : Oui, nos métiers ont une influence directe sur le fait de développer des maladies. Vous voyez, moi je suis diabétique, donc le travail de nuit est une restriction, c'est déconseillé pour moi et mon employeur le respecte et ne m'affecte pas au travail de nuit. Le diabète que j'ai développé n'était pas lié à mon travail à l'hôpital – mais à ma grossesse. Alors, bien sûr, on trouverait des facteurs aggravants dus à mon métier. Par exemple, on mange de manière décousue, on mange en 5 minutes, on grignote, donc on développe de l'obésité. L'obésité, c'est le facteur premier dans le développement du diabète et puis les conditions de travail y participent, je reviens tout le temps au boulot, je ne fais pas de sport. Le travail de nuit n'est pas physiologique, on est des animaux diurnes. Dans la santé, bien sûr qu'on n'a pas le choix, mais s'il y en a, il faut qu'il soit dans des conditions optimales pour minimiser les risques d'aggravation des pathologies que peuvent développer les agents.



Infanticide, décès du nouveau-né, remerciements, une vie riche en émotions

« J'ai vécu un infanticide. J'ai vu une gamine arriver et dire "j'ai l'appendicite", et en fait, son placenta était en train de délivrer. À ce moment, on se dit "Mais où est l'enfant ?", et quand on apprend que l'enfant est caché dans un placard... c'est très violent. Je ne juge pas. Cette jeune adulte avait fait un déni. C'est dur, parce qu'on doit ensuite reconstituer la scène, c'est vraiment horrible. À ce moment-là, on a eu la psychologue du service qui est venue nous voir, mais on aurait eu vraiment besoin de parler. C'est très dur. Parfois, aussi, quand lors d'une grossesse gémellaire, on perd une des deux jumelles, c'est horrible. Et j'ai des jumelles, moi, donc je sors de la chambre pour me ressaisir et pouvoir ensuite accompagner cette maman au mieux. On nous dit qu'il faut être blindé mais, pour moi, si je ne ressens pas d'émotions, ça veut dire que je ne suis plus faite pour ça. Ça veut dire que je chosifie les personnes, et je perds le sens de mon métier. Pour revenir à l'infanticide, j'ai suivi le verdict en direct devant la télé, c'était diffusé. Je me suis mise à pleurer et mon père m'a demandé pourquoi. En réalité, 3 ans après, je revivais la situation. Après, on a beaucoup de bonheur, c'est ce qui résulte des naissances, ce qui résulte des mamans. C'est quand je croise une maman que j'ai accouchée au supermarché, et qui me dit : "Vous vous souvenez de moi ? Vous m'avez accouchée et vous avez été vraiment gentille. Merci pour votre présence" Eque je pense "Wouah, je n'attends rien de plus que ça". Heureusement qu'il y a des moments comme ça, ça nous fait presque oublier le quotidien qui est difficile. »



L.D. : Votre métier a-t-il eu un impact sur votre vie personnelle ?

M.F.N. : Avec le travail du dimanche, évidemment, on ne voit pas ses enfants. En plus, moi j'ai un mari qui travaillait uniquement le week-end. Dans les premières années de vie de mes filles, sur certaines semaines, je posais mes enfants chez mes parents. On n'a pas de crèche à l'hôpital. Le travail de nuit, le travail dominical ont un impact néfaste sur la vie de couple : on ne fête pas toujours Noël, on est en décalage complet avec les gens, on ne peut pas toujours répondre aux invitations de nos proches. Les vacances génèrent des tensions au sein des équipes. On doit les étaler de juin à septembre et le manque de personnel aggrave les contraintes. Pour les familles monoparentales, c'est encore plus compliqué.

L.D. : La course contre le temps semble rythmer votre quotidien...

M.F.N. : Oui, c'est un peu ça... Par exemple, quand on parle de cohésion d'équipe, pour moi cela passe par la transmission écrite et orale, par l'échange avec les collègues. Aujourd'hui, on n'a plus le temps de faire des transmissions orales. Certaines collègues restent à faire des transmissions orales sur leur temps personnel car elles craignent d'oublier quelque chose, de commettre une faute professionnelle, de passer en conseil de discipline. Normalement, toutes les transmissions doivent se faire par écrit, mais par écrit on ne peut pas trop expliquer les mimiques, le faciès. Ces détails doivent être dits à l'oral, on ne peut pas être aussi précis par écrit. Et, imaginons, elles font leurs 12 heures de travail, elles rédigent les transmissions prises sur le temps personnel, après il faut encore rentrer à la maison, souvent il faut un minimum de 45 minutes de route. En sachant qu'il faut 11 heures d'amplitude entre la fin de journée et le lendemain, la personne rentre chez elle, ça fait 14h qu'elle est partie, les gamins sont couchés, elle ne les a pas vus...



Vous n'êtes qu'une aide-soignante...

« Il y a des catégories qui vous font ressortir que vous n'êtes "qu'une" aide-soignante mais c'est disparate et je ne veux pas généraliser. Tout dépend de la personne. Les commentaires du type "elles n'ont pas de cervelle", alors qu'on a juste fait des choix de carrière différents. Je crois, en revanche, qu'il y a d'autres catégories, comme les ASH, qui ne sont pas suffisamment considérées à la hauteur de ce qu'elles méritent, sans elles nous ne serions rien. Je dis souvent que je ne suis qu'une ASH avec un diplôme. Vous avez vu, pendant le Covid, quand il y a eu un manque de personnel, on a voulu former des aides-soignantes en 4 jours. C'est quelque chose d'inacceptable, pour nous. C'est du mépris. Être soignante, c'est un métier. Je suis une professionnelle de contact. Avec les ASH, nous sommes les personnes avec lesquelles les patients parlent le plus. On est personnel de lien, de contact ; quand la maman veut manger, on prend son bébé dans les bras pour la soulager. Les catégories C s'inscrivent très peu dans les formations, elles se sentent dévalorisées, ce sont les catégories les moins formées. Alors elles ne participent qu'aux formations obligatoires, comme les alertes incendie. »

L.D. : Vous avez dit, tout à l'heure, qu'il faudrait plus d'égalité entre les hommes et les femmes. Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

M.F.N. : Dans la société, de manière générale, il y a beaucoup à redire. On est dans une période où les femmes se sont beaucoup émancipées, sans pour autant avoir les retombées qui vont avec. La place de la femme dans la santé, c'est la même que celle dans la société : elle n'est pas reconnue au même niveau que l'homme. Et puis on est dans une société patriarcale, et à l'hôpital, c'est la même chose : c'est pyramidal, en haut ce sont souvent les hommes. Je pense qu'il faudrait que ça évolue et qu'il y ait plus de femmes dans les postes de direction même s'il y en a de plus en plus.

L.D. : Et les échelles indiciaires ? Ne garantissent-elles pas l'égalité salariale ?

M.F.N. : Les femmes accèdent souvent moins facilement, moins rapidement aux postes plus élevés. Les augmentations sont proratisées en fonction de ton genre. Avec la nouvelle mise en place du déroulé de carrière et des ratios pour l'égalité femmes-hommes qui rentrent dans les lignes directrices de gestion, j'ai vu un jeune homme avec 2 ans d'ancienneté de moins que moi prendre le grade avant moi. L'inverse est aussi vrai en allant dans une catégorie ouvrière où il y a essentiellement des hommes : les femmes évoluent plus rapidement. En termes de nomination aussi il y a des différences : les femmes n'ont pas les mêmes chances que les hommes.





L.D. : Qu'en est-il de la garantie des primes lorsque vous êtes enceinte ?

M.F.N. : C'est garanti uniquement en cas d'arrêt maternité dit « normal ». C'est-à-dire 10 semaines avant l'accouchement et 6 semaines après. Mais, beaucoup de femmes s'arrêtent avant à cause de leurs conditions de travail, des contraintes de poste. Elles sont donc doublement pénalisées.

L.D. : Au quotidien, êtes-vous exposée à des discriminations en tant que femme ?

M.F.N. : Je n'ai pas vécu de violences sexistes et sexuelles envers moi-même. Après, il y a toujours de la misogynie, venant des hommes, comme des femmes. Les violences sexistes et sexuelles existent, des choses sont mises en place pour les combattre. On a déjà défendu des cas de harcèlement sexuel, on a déjà entendu des propos de type « *vous n'êtes qu'une femme* » ou « *Oh mais t'as tes règles ou quoi ?* » ou alors : « *Oh mais ce sont tes émotions qui parlent, là, Mag* », et ça, c'est quelque chose de très patriarcal, des propos très paternalistes. J'ai aussi entendu des « *t'as une culotte sous ta blouse ?* ».

L.D. : Comment faites-vous face à ces situations ?

M.F.N. : Moi, c'est très simple, je reprends la personne une fois, deux fois et puis je vais voir la direction. Je pense, en revanche, qu'il y a des choses qui sont minimisées quand elles sont dénoncées. Je ne dis pas qu'on n'essaie pas de faire quelque chose, mais au vu de toutes les problématiques de l'hôpital, celle-ci paraît presque secondaire alors qu'en réalité elle ne l'est pas.

L.D. : Il y a aussi les patients, j'imagine...

M.F.N. : Il y a par exemple des pépés qui m'ont mis des mains aux fesses ou m'ont dit « *Alors, ma petite cochonne, comment ça va ?* ». Ce n'est pas la majorité mais ça arrive et ça peut être dégradant. Il existe aussi des violences de patients sur d'autres choses. Par exemple en maternité, quand on est amené à placer un enfant, j'ai vu mes collègues devoir appeler la police lorsque ça se passe mal avec les parents.

—*—

L.D. : À côté de votre métier, parvenez-vous à avoir une vie sociale ?

M.F.N. : Déjà, je suis très engagée syndicalement, et puis je suis conseillère municipale. J'ai aussi un attrait pour la formation, j'adore l'histoire, donc j'apprends beaucoup sur les valeurs d'universalité, de solidarité, sur la religion... J'ai longtemps pratiqué du sport, de la gym et du tennis et je n'ai plus le temps aujourd'hui.



« PROMOUVOIR LA PLACE DES FEMMES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET RECONNAÎTRE LEUR CARACTÈRE INDISPENSABLE POUR LE FONCTIONNEMENT DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ. »

Nathalie Houot

Adjointe administrative au CH d'Épinal et membre du comité éditorial

3

3 PORTRAITS ET TÉMOIGNAGES – DE FEMMES POLITIQUES ENGAGÉES POUR L'HÔPITAL



Agnès FIRMIN LE BODO

+ Députée de Seine-Maritime, ancienne Ministre déléguée
chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé,
pharmacienne

« LA RELATION AUX
GENS EST CHEZ MOI
NATURELLE. JE NE CROIS PAS
QU'ON PUISSE FAIRE
DE LA POLITIQUE SI ON
N'AIME PAS ÇA...
– ET ON NE PEUT PAS FAIRE
UN MÉTIER DE SANTÉ SI ON
N'AIME PAS ÇA. C'EST UN PEU
LE PARALLÈLE. »



A U T O P O R T R A I T

J'e voulais être pharmacien dès l'âge de 5 ans. J'ai eu la chance de pouvoir faire le métier dont j'avais toujours rêvé. Ce choix n'a pas varié durant ma jeunesse. Peut-être parce que la fille de ma nounou était préparatrice et que j'allais la chercher tous les soirs... Il y a sans doute quelque chose de ça. Elle exerçait dans une belle pharmacie tout en bois, comme on n'en voit plus. Plus tard, j'ai eu la chance de pouvoir faire des études de pharmacie donc, de réussir mon concours – à l'époque c'était un concours uniquement de pharmacie. Je l'ai raté la première année, comme beaucoup... [rires]. Il faut dire que la première année, c'était un peu la libération de ne plus vivre chez papa-maman, donc j'ai fait beaucoup de sport et j'ai fait la fête. Et j'ai raté mon concours. La deuxième année, mes parents m'ont déménagée et m'ont mise dans un autre appartement. J'ai terminé 25^e sur 600, ce qui signifiait que j'avais bien bossé. En même temps, à ce moment-là, j'étais juge de patinage, donc le week-end j'exerçais cette fonction, et la semaine, j'avais un parcours classique d'étudiante. Je bossais durant les vacances en pharmacie pour mettre un peu de sous de côté et apprendre ce métier. Mais j'ai toujours travaillé dans la même pharmacie. D'ailleurs, ma pharmacie, désormais, c'est celle dans laquelle j'ai commencé. J'ai été stagiaire – j'ai effectué mon stage de deuxième année dans cette pharmacie –, j'y ai travaillé en tant qu'étudiante, j'ai été embauchée en tant que salariée, j'ai été associée, et maintenant, j'en suis titulaire. Parallèlement, je me suis engagée en politique. J'ai pris ma carte au RPR à l'âge de 15 ans, j'ai beaucoup milité. J'ai été députée suppléante de Jean-Yves Besselat, déjà sur la 7^e circonscription, très jeune à l'âge de 24 ans. C'était en 1997, mais j'étais déjà engagée en politique de longue date. J'ai fait les campagnes d'Antoine Rufenacht pour la ville du Havre en 1983, 1989 et bien sûr pour celle de la victoire en 1995. C'est mon père qui, en 1995, était sur la liste. En 2001, j'ai été élue Conseillère municipale, puis adjointe au Maire, première Vice-Présidente de la Communauté d'Agglo, première Vice-Présidente du Conseil départemental. Et en 2017, Députée. Députée de la 7^e circonscription lorsqu'Édouard Philippe a décidé de ne pas se représenter. En raison de la loi sur le non-cumul des mandats, il a fait le choix de rester Maire – bon, entre-temps, il est devenu Premier ministre...



Interview réalisée en avril 2023 - Madame Firmin Le Bodo était alors Ministre déléguée chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé.

Leonie Donnet : Le fait d'avoir fait toute votre carrière dans la même pharmacie doit permettre de nouer des liens particuliers avec vos clients...

Agnès Firmin Le Bodo : Mes clients m'appellent par mon prénom. Il y a des petits que j'ai vu naître et que je vois aujourd'hui m'amener leur bébé, c'est sympa. C'est une vraie officine de quartier. Des clients qui m'ont vue grandir, des salariés aussi. L'une de mes salariées, qui est partie à la retraite récemment, m'a vue arriver quand j'avais 19 ans pour mon stage. Elle me tutoyait, moi je la vouvoyais. Et lorsque je suis devenue patron, j'ai continué à la vouvoyer et elle à me tutoyer... Les gens me connaissent : ils ont suivi mon parcours politique, qui s'est développé de façon parallèle.

L.D. : Observez-vous un lien particulier entre votre métier et votre fonction actuelle de ministre ?

A.F.L.B. : Pour moi, la politique n'est pas un métier, c'est un engagement. Je l'ai toujours considérée ainsi et j'ai toujours continué à exercer mon métier de pharmacien, même en étant députée. Depuis le 4 juillet, je n'ai plus le droit d'exercer mon métier, ce que je trouve dommage car je pourrais au moins faire mes gardes de nuit. Quand j'étais députée, j'ai pu me rendre compte que l'on pouvait très vite prendre de la distance avec l'essentiel, malgré soi. À l'Assemblée nationale, je travaillais beaucoup. On y est comme dans une bulle : on passe de l'hémicycle à une salle de commission, au travail de circonscription. Il est important de ne pas perdre la notion du monde réel. Je voulais garder cette réalité en exerçant dans ma pharmacie : cela faisait aussi partie de mon équilibre. Et ne me faites pas dire que je suis déséquilibrée depuis que je suis ministre [rires].

L.D. : Vos clients arrivaient-ils à faire la distinction entre Agnès Firmin Le Bodo la pharmacienne et la députée - aujourd'hui la ministre ?

A.F.L.B. : Si eux ne la faisaient pas, moi je la faisais. Je n'ai jamais fait de politique à la pharmacie. De temps en temps, il m'est arrivé de me faire reprendre. Plus d'une fois, et je le voyais bien, des clients se positionnaient délibérément pour être sur ma file. Je sentais que la personne avait quelque chose à me dire. Parfois aussi, certains disaient tout haut à mon pharmacien adjoint des choses pour que je les entende. Je dois reconnaître que c'est une bonne tactique. [Rires]

L.D. : En étant ministre, la relation doit être différente... moins directe peut-être ?

A.F.L.B. : Je reste une élue de terrain, quand je rentre chez moi au Havre, je reste au contact des gens. D'abord parce que j'aime ça et puis parce que c'est nécessaire. Je ne peux plus le faire à la pharmacie alors je m'adapte. Le premier qui me dit que je suis hors-sol, je l'emmène avec moi... Il suffit de me suivre lors de mes visites de terrain - on a fait plus de 100 déplacements depuis que je suis ministre - pour voir que ce n'est pas le cas. La relation aux gens est chez moi naturelle, depuis très longtemps. Je ne crois pas qu'on puisse faire de la politique si on n'aime pas les gens... Et on ne peut pas faire un métier de santé si on n'aime pas les gens. C'est un peu le parallèle. D'ailleurs, cela s'est particulièrement vérifié pendant la crise Covid.

L.D. : Être une professionnelle de santé vous a-t-il aidée pendant la crise sanitaire ?

A.F.L.B. : Quand vous êtes pharmacien au front, mais aussi députée et accessoirement proche du Premier ministre, j'ai l'humilité de penser que ça a pu être utile. J'en suis même intimement convaincue. Cela permettait de faire remonter directement au Gouvernement la manière dont on vivait les choses sur le terrain. Et pour le coup, j'étais vraiment au front, comme d'autres sont retournés aux urgences. Je vais dire « nous » parce que je me considère comme professionnelle de santé. Je crois que nos concitoyens n'imaginent pas l'ampleur de la mobilisation des professionnels de santé entre mars 2020 et septembre 2021. Il y a eu cette période de confinement où cela s'est vu, parce qu'on parlait beaucoup des professionnels qui étaient au front. On leur parlait beaucoup de ceux de l'hôpital, un peu moins de la ville. Pourtant, que ce soit en tant que pharmacienne, ou en tant que députée, je sais très bien ce que je faisais ces journées-là. L'été 2020, je n'ai pas pris de vacances, ni l'été 2021, d'ailleurs, parce qu'il y avait une nouvelle vague. À l'été 2021, on faisait des tests parce que les bars rouvraient, et qu'il était nécessaire de faire toutes les attestations. C'est aussi pour cela que l'été 2022 a été dur, aux urgences : cela faisait deux étés que l'on ne prenait pas de vacances et on a ressenti une réelle fatigue psychique et physique. C'est un sujet sur lequel j'ai souhaité contribuer très vite en arrivant au ministère. De cette expérience, de mon inconscient, est ressorti quelque chose d'important : comment prendre soin de ceux qui prennent soin de nous ?





L.D. : Le fait d'avoir vécu la crise aussi en tant que professionnelle vous a-t-il aidée à prendre des décisions en tant que ministre ?

A.F.L.B. : Il y a une alerte de la professionnelle et de l'élue de terrain qui se rend dans les hôpitaux, qui voit la fuite des infirmières, des aides-soignants et qui entend les professionnels qui disent « *je n'en peux plus* ». C'est la conjugaison de tout cela, parce qu'on n'a pas pu, on n'a pas su, à un moment dire « *stop* », parce qu'il n'y avait pas assez de personnel, parce que la crise était toujours là et qu'il fallait assurer les soins. On a fait des plateformes d'écoute au début qui n'ont malheureusement pas été maintenues ensuite. Pendant la période du confinement, on a eu une attention particulière pour les professionnels alors qu'eux étaient dans la spirale... Une fois que le confinement s'est arrêté, la vie a repris son cours. Mais pour les professionnels, cela a repris différemment. L'impact le plus évident a été constaté en matière de santé mentale, de burn-out.

L.D. : Pour que les professionnels de santé s'emparent de leur propre santé, que préconisez-vous ?

A.F.L.B. : Ce sont les travaux que nous menons collectivement actuellement. Les premiers résultats nous montrent que la prise de conscience effective était nécessaire. C'est la première des phases, cette prise de conscience. Le nombre de réponses obtenues au questionnaire que nous avons lancé ensemble* nous permet de le dire : c'est un sujet important et nous avons l'adhésion des fédérations professionnelles, des syndicats. La première des choses à travailler, c'est la façon d'aborder cette question. Il faut lutter contre le déni, mais aussi contre la peur d'aller voir un autre professionnel de santé. Je le vois lors de mes déplacements : ce n'est pas une bonne idée de prendre son mari ou son ami comme médecin traitant. Il ne faut pas qu'il y ait de lien affectif. La consultation de professionnel à professionnel est compliquée : une infirmière a du mal à parler à une infirmière de son entourage, un médecin à un autre médecin de son service, et quand c'est le médecin de l'hôpital, ce n'est pas simple non plus. L'enjeu est de lutter contre le déni et de trouver le lien, la bonne personne.

* La ministre a initié un partenariat avec la Fondation MNH pour le lancement de sa stratégie « visant à préserver et à améliorer la santé des professionnels·les de santé ».

L.D. : L'imaginaire collectif pense que les professionnels de santé ont un accès facilité à d'autres professionnels de santé. Or, la grande difficulté qu'il y a à l'hôpital, c'est d'aller faire son dépistage par la radiologue que vous croisez tous les jours à la cantine, de se mettre à nu — dans tous les sens du terme.

A.F.L.B. : Oui. Cela ne remet pas en cause le professionnel qui va vous examiner, c'est une peur personnelle, assez irrationnelle, mais pas illégitime. Ce médecin qui va m'annoncer mon cancer du sein, je vais le croiser tous les jours. Or, je n'ai pas envie de me mêler aux patients et je ne veux surtout pas prendre le risque d'être vue.

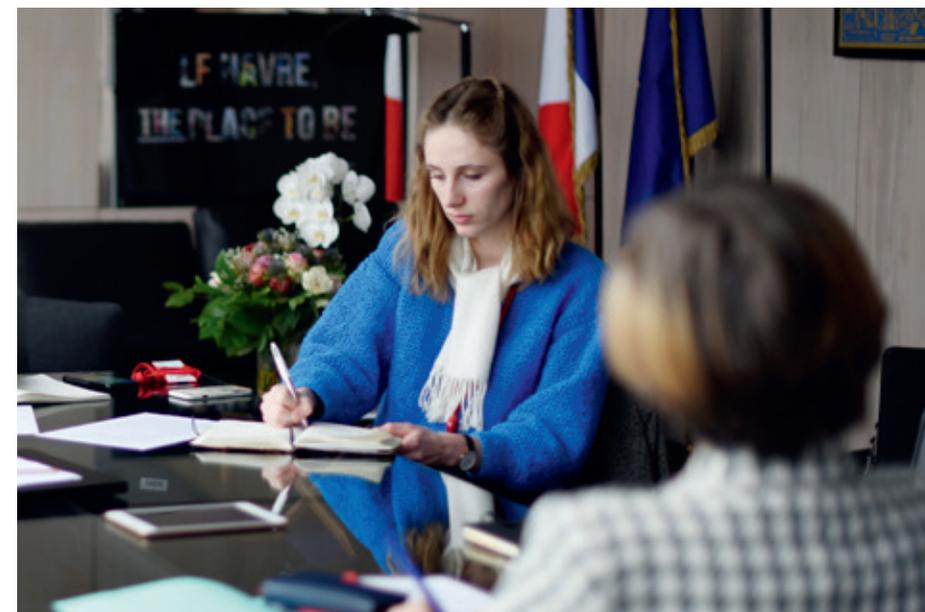
L.D. : Et comment l'hôpital peut-il répondre à cette injonction paradoxale ?

A.F.L.B. : Je pense qu'il faut sortir les soignants de la structure dans laquelle ils travaillent. Ce sont des questions que tous les professionnels de santé se posent. Ce n'est pas un sujet neutre, quelle que soit la fonction qu'on occupe et qui est encore plus prégnante pour certains métiers de la santé.



L.D. : Quand on n'a pas la possibilité de sortir de l'hôpital, par exemple lors de spécificités de santé comme la grossesse ou l'endométriose, comment peut-on adapter l'hôpital ?

A.F.L.B. : Ce n'est pas un sujet observé uniquement à l'hôpital. La question est de savoir comment la société s'adapte aux pathologies du quotidien. Quand j'étais députée, j'ai beaucoup travaillé sur le sujet des policiers diabétiques et sur la façon dont on pouvait améliorer l'exercice de leurs fonctions au quotidien. Prenons un sujet plus commun comme celui des migraines. Comment considérer que les migraines sont une vraie maladie ? Ce n'est pas juste un mal de tête. Comment s'adapter ? Comment le patron s'adapte-t-il à un migraineux ? En tant que pharmacienne, j'ai eu une employée migraineuse : est-ce que je devais lui dire de venir travailler alors qu'elle avait la tête à l'envers et qu'elle vomissait ? Ou lui dire de rentrer chez elle, quitte à revoir le planning ? Est-ce que la société et le travail doivent s'adapter à toutes les maladies ? Est-ce que cela doit être dépendant de la seule volonté du patron ou être encadré par des textes ? Et qui doit faire le certificat de dispense ? Comment demander un congé maladie, et donc parler de sa pathologie à un collègue qui doit faire l'arrêt de travail ? Il est essentiel que l'on prenne en compte toutes ces situations, tous les cas de figure, notamment concernant les femmes.





L.D. : Certains sujets sont revenus dans nos échanges avec les hospitalières, notamment la question des carrières, du parcours et de la conciliation vie professionnelle et personnelle. Quel est votre regard sur ces sujets ?

A.F.L.B. : Cela dépend des choix personnels, d'abord. Il faut que ce soit un vrai choix. Je vois bien ce que mon choix a imposé à mon mari, à ma famille. Les métiers du soin et du prendre soin sont avant tout féminins, ce n'est pas à vous que je vais le dire. Cela me fait sourire à chaque fois que je vais dans les services : la façon de concevoir la parité y est assez intéressante.

L.D. : Dans un article de Marie Sénéchal publié par *Hospimédia* le 7 mars 2023, on peut lire que les plus hauts postes de direction sont toujours majoritairement masculins, que les hommes sont plus souvent chefs et dirigent les structures à plus gros budget.

A.F.L.B. : Les directeurs d'hôpital sont des hommes et c'est pour cela que l'on dit « directeur », d'ailleurs, alors que 80% des salariés à l'hôpital sont des femmes. C'est un phénomène de société, et il faudra du temps avant de changer ça. On dit souvent aux femmes qu'elles doivent oser devenir cheffes d'entreprise. À l'inverse, les hommes doivent oser devenir sages-femmes, par exemple. Si on ne le dit pas, on n'y arrivera pas. Je ne pense pas que naturellement, la majorité des hommes s'engagent pour devenir infirmiers, ou aides-soignants ou sages-femmes. C'est un peu moins vrai chez les médecins où la tendance s'est inversée. Un gentil professeur de médecine avait dit « qu'une profession qui se féminise est une profession qui se perd », c'était un homme.... Je pense, pour ma part, que ceux qui pensent que la médecine générale ne va pas bien parce qu'elle se féminise ont tort.

L.D. : Pour lutter contre ce plafond de verre, doit-on passer par une fluidification des évolutions professionnelles ? Doit-on faciliter le passage d'une profession à l'autre ?

A.F.L.B. : Je ne pense pas que ce soit corrélié. Les jeunes qui entrent maintenant sur le marché du travail n'ont plus les mêmes limites et les mêmes freins que nous avons, que je me suis mis à titre personnel. Jamais, en devenant pharmacienne, je ne me suis dit que je pouvais changer de métier ou même que je voudrais changer de métier. Aujourd'hui, un jeune qui fait médecine peut vous dire du jour au lendemain qu'il veut ouvrir un restaurant. C'est aussi pour cela que si l'on entre dans un système d'obligation, de coercition, on perdra un pourcentage élevé de médecins qui diront : « Vous nous obligez ? Très bien, on part faire autre chose ». Notre génération n'était pas dans le même état d'esprit : notre vie n'était pas faite de plusieurs bouts de vie professionnelle. Un médecin était médecin toute sa carrière, toute sa vie. Il faut prendre en compte les attentes des nouvelles générations : permettre et faciliter ces évolutions est aussi un moyen d'attirer les jeunes vers la santé. Il faut que nous puissions leur dire « un jour, vous serez aide-soignant, et puis vous pourrez devenir infirmier, puis faire encore autre chose à l'hôpital ».

L.D. : Longtemps, il y a eu une sorte de silence sur ces violences...

A.F.L.B. : J'ai rencontré beaucoup d'associations et ce sont des sujets que l'on aborde souvent : des femmes osent témoigner, même si ce sont souvent des femmes plutôt avancées en âge qui racontent ce qu'elles ont subi quand elles étaient jeunes. Ce sujet nous est apparu en pleine figure et toutes les fédérations étudiantes présidées par des jeunes femmes nous ont dit la même chose : médecins, pharmaciennes, kinés, infirmières, elles ont toutes dit la même chose. C'est pourquoi nous souhaitons aborder ce sujet de manière dédiée, pour que les jeunes qui s'engagent dans ces voies n'arrivent pas dans la pratique avec un poids supplémentaire à porter. Comment peut-on les accompagner sans que le directeur d'hôpital dise que ça ne le concerne pas et que la faculté doit s'en occuper, chacun se renvoyant la balle ? On n'a pas voulu voir que le rapport hiérarchique du médecin-chef sur les internes, par exemple, était toujours important. Cela a toujours existé, pour autant, il n'y a pas de raison que ce soit plus maintenant qu'avant.

L.D. : La question de la violence, qu'elle soit dans les équipes, managériale, sexiste et sexuelle, ou de la part des patients, est également beaucoup revenue dans les interviews. Comment fait-on face à ce problème ?

A.F.L.B. : Tout d'abord, j'ai évidemment une pensée pour Carène Mezano, l'infirmière assassinée le 22 mai dernier dans l'exercice de ses fonctions à Reims. Lorsqu'un tel drame arrive, c'est toute la communauté soignante qui est en deuil. Sur un sujet aussi difficile, la première erreur serait de vouloir agir à chaud. L'augmentation des violences est un fait, les chiffres que nous avons le montrent. Mais il y a aussi toutes les violences qui ne sont pas déclarées. C'est toujours compliqué d'aborder ce sujet-là. Il faut que la parole continue de se libérer. La question des violences au sein des équipes est aussi un sujet qu'il ne faut pas négliger.





—*—

L.D. : Dans les interviews, les femmes m'ont dit que ces violences avaient diminué, qu'il y avait eu une prise de conscience, mais qu'elles étaient toujours là et peut-être plus insidieuses.

A.F.L.B. : Les violences sont effectivement sans doute un peu différentes, elles se transforment. Il y a un sujet d'éducation à avoir sur ce que l'on ne peut pas tolérer : une main sur les fesses ce n'est pas tolérable. Mais ça, ça s'apprend et dès le plus jeune âge. Ça s'apprend partout : dans le milieu du sport, à l'école. Cela veut aussi dire qu'il ne faut pas parler qu'aux filles, qu'il faut aussi parler aux garçons à qui il faut continuer à apprendre les notions de respect et de consentement.

L.D. : S'agit-il de poser des limites ?

A.F.L.B. : L'homme et la femme ont des choses à partager et heureusement. Il y a forcément cette volonté de séduire mais définir la limite entre la séduction et l'agression, cela s'apprend. Comment accompagne-t-on ces étudiants, ces étudiantes pour qu'ils puissent parler et que la sanction ne soit pas « *si tu parles, tu ne valides pas ton stage ?* ». C'est comme cela que l'on ruine des vies, des carrières. C'est un vrai sujet et le rapport de force asymétrique est toujours présent, notamment chez les internes.

L.D. : Vous étiez-vous déjà approprié la question de votre propre santé ?

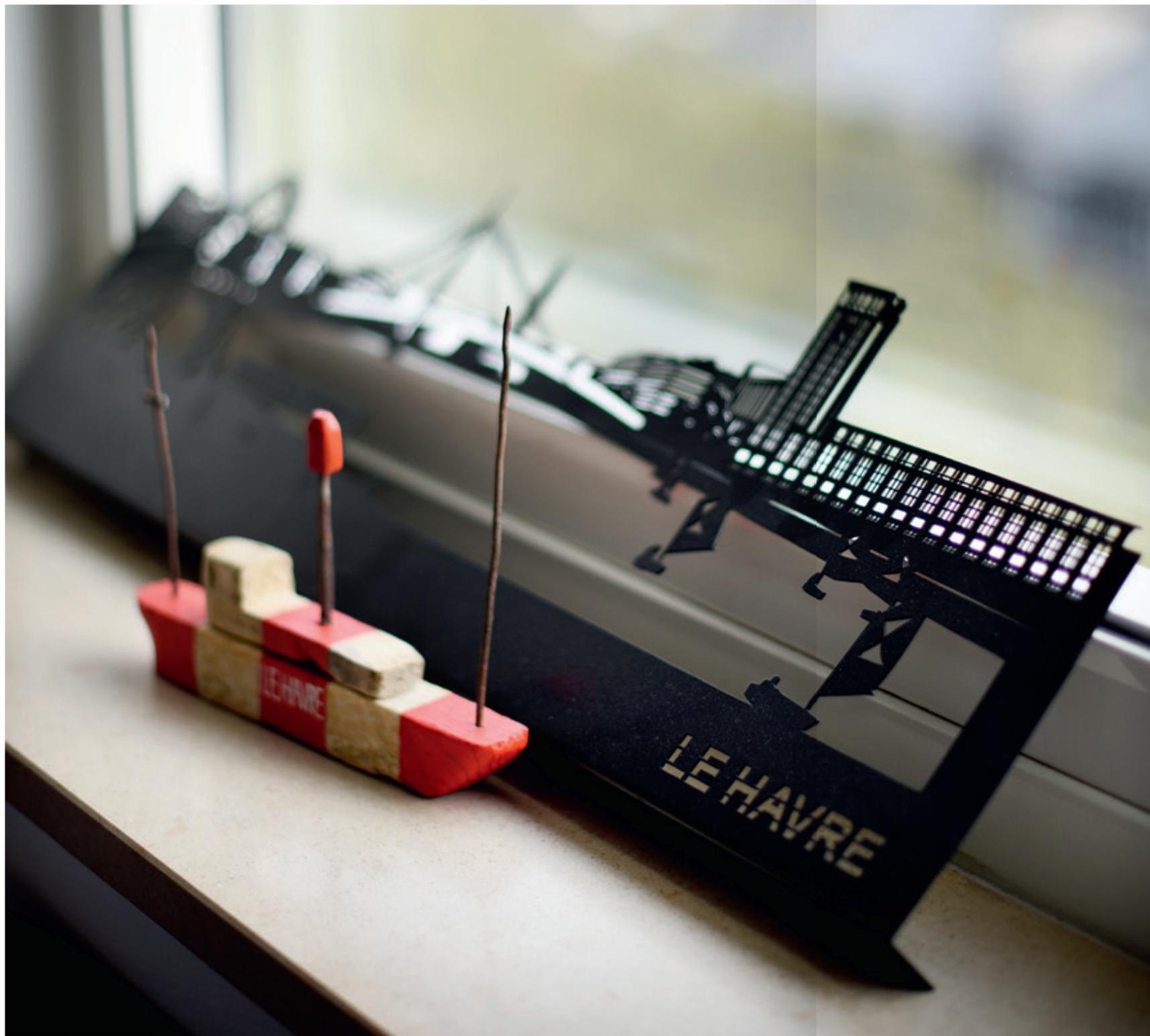
A.F.L.B. : La réponse est non. C'est bien ce que certains de mes gentils collaborateurs m'ont reproché, c'est ce que mon mari médecin m'a reproché aussi. Quand vous êtes à la fois professionnelle de santé et femme politique, vous n'avez pas le temps. Peut-être que vous ne voulez pas prendre le temps non plus.

L.D. : Est-ce un constat que vous avez fait également pour votre entourage de professionnels de santé ?

A.F.L.B. : Il se trouve que, vu mon métier et celui de mon mari, notre entourage est constitué de beaucoup de professionnels de santé. Pour avoir discuté avec certains de mes collègues et confrères et les avoir regardés, c'est clairement une question qu'ils n'abordent jamais. Pour avoir assisté à des débats et des discussions le samedi soir dans les dîners de médecins... j'ai bien vu que les conversations que ces messieurs avaient entre eux, sur la façon dont ils ne prennent pas soin de leur santé, sont assez surprenantes. C'est bien souvent lorsque l'un d'eux a un problème, qu'il aurait potentiellement pu anticiper, que cela fait réfléchir les autres. Ils ne se demandent pas s'ils ont un médecin traitant. Les professionnels, quels qu'ils soient, pas que les médecins, ne prennent pas soin de leur santé, c'est une évidence.

L.D. : Vous avez dit « *ces messieurs* », est-ce que c'est aussi un constat que vous avez fait chez les femmes professionnelles de santé ?

A.F.L.B. : Je pense que c'est différent chez les femmes. J'ai eu la chance d'avoir une grossesse plutôt facile, j'ai travaillé jusqu'à 2 jours avant d'accoucher et je suis retournée travailler 4 jours après. Je ne suis pas sûre que ce soit très sage. Peut-être parce qu'à l'époque, j'étais en profession libérale et que, si on retourne 20 ans en arrière, les congés maternité dans ce statut n'existaient pas vraiment. On a un petit peu progressé, aujourd'hui, je crois que c'est l'une des avancées du quinquennat précédent sur les professions libérales. Les femmes professionnelles de santé qui font leur mammographie à 50 ans se disent peut-être qu'à force de conseiller des dépistages, elles en sont dispensées. Cela n'est évidemment pas le cas.



La politique, l'engrenage de l'engagement...

« À l'âge de 15 ans, en 1983, je me suis dit que ce n'était pas possible que ma ville soit encore communiste. Je me suis dit que ce n'était pas possible dans le monde dans lequel on vit, que Le Havre reste le dernier bastion communiste – peut-être que mon éducation plutôt de droite modérée et libérale a joué. J'ai donc pris ma carte au RPR, par engagement. J'ai fait des actions militantes très fortes, à l'époque, on collait toute la nuit, c'était très drôle. On terminait au poste parce que le ton était recoller avec les militants des extrêmes. C'était un vrai engagement : je n'ai jamais rêvé de faire de la politique. J'ai un métier, c'est pharmacien, ce qui me donne une liberté de ton et d'action, et j'ai la politique. La politique, je peux arrêter du jour au lendemain, je pourrais m'engager ailleurs : dans le sport, aux Restos du cœur, dans le social...

La politique, c'était un engagement comme un autre, pour moi. La preuve : à l'âge de 18 ans, quand mon club sportif s'est trouvé sans président, le jour de l'assemblée générale, c'était ça ou je n'avais plus de club, donc j'ai levé la main et j'en suis devenue présidente. C'est ça, la philosophie qui a toujours été la mienne. Mes parents avaient des métiers qui étaient aussi des métiers d'engagement : lorsque l'on travaille dans le champ du handicap, cela relève du sacerdoce mais également de l'engagement.

Et quand on est militant, quand on fait beaucoup de choses, on commence à se faire remarquer. Comme j'étais vraiment partout (parce que je ne veux pas faire les choses à moitié), je collais, j'allais aux réunions publiques... Donc, on m'a proposé d'être suppléante. J'ai dit « pourquoi pas ». En 97, j'ai été élue députée suppléante dans la circonscription dans laquelle je suis députée aujourd'hui. J'ai commencé comme conseillère municipale, puis adjointe au maire. J'ai fait à peu près tous les mandats. La difficulté est de s'arrêter quand on prend des responsabilités, comme les gens qui entrent dans une association, acceptent d'être trésoriers et deviennent ensuite présidents. C'est exactement la même chose, c'est une espèce d'engrenage.

Antoine Rufenacht m'a dit 2 choses, il m'a dit « Agnès, vous grandirez en politique quand vous aurez appris que vous ne pourrez pas plaire à tout le monde ». C'est dur mais quand on a compris cela, on peut avancer. C'est le plus beau conseil qu'il ait pu me donner. Le deuxième, c'est que personne n'est irremplaçable. C'est pour cela que le jour où vous dites « je veux démissionner », vous partez et on vous oublie rapidement : personne n'est irremplaçable. À mon avis, c'est le plus difficile, la peur du vide... Moi, je sais que le vide est là. J'en ai conscience, c'est déjà beaucoup. Anticiper, c'est bien, je suis jeune encore, mais j'irai faire du macramé. [Rires]

Laurence ROSSIGNOL

+ Sénatrice du Val-de-Marne, ancienne Ministre des Familles,
de l'Enfance et des Droits des femmes



« L'HÔPITAL EST,
À MON SENS, UN LIEU
QUI EST ASSEZ
EMBLÉMATIQUE
– DE LA CONDITION
DES FEMMES POUR
PLUSIEURS RAISONS... »

—*—

A U T O P O R T R A I T

Je suis Sénatrice depuis 12 ans, et j'ai été Ministre chargée de l'Enfance, des Familles et des Droits des femmes dans le Gouvernement de François Hollande. Par ailleurs, je m'intéresse aux questions de santé, je suis membre de la Commission des affaires sociales du Sénat, et de la Délégation aux droits des femmes. Cette délégation a décidé de travailler sur un rapport sur la santé des femmes au travail et d'identifier les biais genrés en matière de santé des femmes au travail : quelle est la spécificité des conditions de travail des femmes, quelle est l'articulation de leurs conditions de travail et des événements qui peuvent survenir dans leur vie (enceintes ou mères de famille), mais aussi l'impact que cela peut avoir sur le travail et la difficile combinaison entre vie personnelle et professionnelle. Par ailleurs, je suis engagée sur les questions féministes.



Gisèle Ciupa : Selon vous, quelles sont les mesures à mettre en œuvre afin de permettre aux femmes d'accéder à davantage de responsabilités ?

Laurence Rossignol : C'est une politique de ressources humaines à mettre en place. Il faut décréter qu'à compétences égales, on prend une femme pour des postes de responsabilités. Quand on a plusieurs CV sur la table pour des postes de responsabilités, on choisit de prendre une femme parce qu'elles sont proportionnellement plus nombreuses - y compris chez les médecins. Cette proportion doit à minima se retrouver dans les postes hiérarchiques : chefs de service, PH, PUPH, directeur d'établissement... C'est une volonté politique. Il serait utile que les médecins se rendent compte que ce serait une manière de rendre l'hôpital attractif et de lutter contre la situation de pénurie de personnel dans laquelle ils se trouvent. Aujourd'hui, dans les promotions d'externes, il y a une majorité de femmes. Si ces femmes ne pensent pas que c'est à l'hôpital qu'elles peuvent faire carrière, elles s'en détourneront.

Leonie Donnet : Lorsque l'on évoque l'évolution de carrière avec les femmes interviewées, la grossesse revient énormément...

L.R. : Oui, je suis stupéfaite, étonnée et abasourdie d'entendre, aujourd'hui encore, que dans un milieu comme l'hôpital - qui est un milieu qui n'est pas supposé être l'un des milieux les moins féminisés - la grossesse reste un événement considéré comme une entrave à la carrière. Les enquêtes le montrent, l'arrivée d'un enfant est un frein à la carrière, tandis que ça n'a aucun impact pour les hommes. Alors que la loi sur l'égalité professionnelle et l'égalité salariale a plus de 40 ans, cela manifeste assez clairement la résistance culturelle à l'égalité et la promotion des femmes. C'est le témoignage d'une résistance à la féminisation des professions de santé.

—*—

G.C. : On a beaucoup d'infirmières en situation de charge de famille...

L.R. : Les professions de soignantes, notamment infirmières et aides-soignantes, sont à l'image de l'évolution de notre société. Ce sont des professions dans lesquelles on trouve une part importante de familles monoparentales. Aujourd'hui, les familles monoparentales représentent 25% des familles, c'est un pourcentage que l'on retrouve à minima chez les soignants. Or, l'hôpital est organisé selon des règles qui sont, en termes de management, d'organisation du temps de travail, celles de l'hôpital mais qui ne sont pas forcément compatibles pour des femmes qui sont par ailleurs chargées de famille et souvent seules. Donc, à mon sens, une des pistes que devrait ouvrir un ministre de la Santé et chargé des hôpitaux, c'est la question de l'adaptation d'une organisation du travail à une réalité de terrain, c'est-à-dire à des femmes, mères de famille et souvent mères monoparentales. Leur rapport au travail est donc assez contingent de leur responsabilité familiale surtout en cas de famille monoparentale, où elles ne peuvent pas partager la responsabilité.

L.D. : Ces derniers temps, beaucoup de choses sont sorties sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital. Quelles sont vos pistes de réflexion à ce sujet ?

L.R. : Dans ce milieu, il y a une sorte d'omerta. De ce que je sais, c'est un élément quasi culturel et on est arrivé à faire croire aux femmes que les violences sexistes et sexuelles faisaient partie de l'identité de l'hôpital. Elles sont en somme considérées comme une sorte de folklore, c'est une manifestation de la corporation, de l'entre-soi corporatiste. Et tout cela était censé justifier les comportements sexuels anormaux. Il faut regarder tous les débats autour des fresques dans les salles de garde : les scènes de viol étaient considérées comme rigolotes et faisant partie de l'humour carabin, il y a donc un déni assez fort. C'est un milieu dans lequel il y a une bonne culture du silence. Là, mon interpellation va aux syndicats : c'est aux syndicats de prendre ça en charge et c'est aux syndicats de faire de l'hôpital un lieu où elles pourront dénoncer ces violences, car cela fait partie de la sécurité au travail.



G.C. : L'hôpital est face à un défi d'attractivité...

L.R. : La question centrale de l'hôpital, c'est 1) de rendre de nouveau l'hôpital attractif pour les infirmières notamment par les conditions de rémunération ; 2) de l'adapter aux nouvelles attentes : ce sont des jeunes femmes, qui ont souvent des enfants, et elles ne doivent pas choisir entre l'hôpital et leur envie de famille ; 3) lutter contre le plafond de verre pour les médecins. Il faut que l'hôpital redevienne un lieu sûr pour les soignantes, concernant leur propre santé, concernant la qualité des soins qu'elles peuvent prodiguer, concernant les violences sexistes et sexuelles, c'est-à-dire un lieu de sécurité professionnel et personnel.

G.C. : On en est loin, beaucoup d'infirmières abandonnent, par exemple.

L.R. : Concernant les infirmières, un tiers d'entre elles ne finissent pas les études, un tiers quittent l'hôpital dans les 2 ans : il y a donc un véritable sujet de réflexion à avoir. Pour moi, la proposition de loi ratio patients/soignants, dont je suis rapporteure, est un des moyens pour lutter contre ces abandons. Dans le cadre de cette PPL, j'ai auditionné beaucoup de parties prenantes, et toutes décrivent que le travail a changé aussi parce que les malades ont changé. C'est aussi la conséquence du virage ambulatoire : les maladies, aujourd'hui, sont des maladies beaucoup plus lourdes, des maladies chroniques, et cette évolution n'est pas prise en compte dans l'organisation du travail. Ça ne fait pas MOINS de travail, alors même qu'on en a déduit qu'il fallait moins de personnel.

G.C. : Les conditions de travail des infirmières ont un impact sur les pénuries de personnel...

L.R. : Cette proposition de loi visant à instaurer des ratios soignants/patients dans les hôpitaux met en effet cela en exergue. Nous sommes partis du principe que les pénuries de personnel, qui sont aujourd'hui un des facteurs des fermetures de lits à l'hôpital, sont étroitement liées, pour ce qui est des médecins, à un manque global en termes de démographie médicale. Mais pour ce qui est des infirmières, c'est lié aux conditions de travail des femmes à l'hôpital et en particulier à la surcharge de travail, aux aléas de postes non-pourvus, aux arrêts maladie et à l'effet domino que cela a sur un service.

L.D. : Mais comment rendre à nouveau attractifs les métiers des soignants ?

L.R. : Il convient de jouer sur 2 leviers : celui de la rémunération, bien sûr, mais aussi sur des conditions de travail sécurisantes pour la santé des personnels dans leur travail et pour la santé des patients. Le seul ratio qu'on connaissait, c'était le ratio « Copernic » avec 1 infirmière pour 15 patients, et parfois, c'est 1 pour 25, voire 1 pour 30. Donc, l'idée, c'est que le volume de personnel est aujourd'hui déterminant pour, à nouveau, attirer les professionnels, infirmiers et aides-soignants. Cette proposition de loi a été adoptée par le Sénat, et j'espère qu'elle prospérera à l'Assemblée nationale.





L.D. : Faudrait-il inclure des modules spécifiques dans les formations concernant la prise en compte par les soignants de leur propre santé, ou des modules de prévention sur les TMS ou les VSS ?

L.R. : Il faut former les médecins, et surtout les hommes aussi, il faut les former à ce qu'est le respect dans un cadre de travail. Alors, non, on ne lance pas un bistouri à la figure d'une collègue, non, on ne met pas une main aux fesses à une infirmière. Que ce soit la question de la formation des infirmières ou la formation de manière générale, il y a beaucoup de choses à revoir. Actuellement, quand les étudiantes infirmières arrivent en stage et qu'elles voient comment ça se passe dans les hôpitaux, que les tutrices sont elles-mêmes tellement débordées et en difficulté pour transmettre le savoir parce qu'elles sont occupées devant les ordinateurs, ça ne leur donne pas envie de rester. Personne ne fait infirmière pour passer sa vie devant un ordinateur, on fait infirmière pour être en contact avec des gens. Donc, la question de la formation des infirmières est aujourd'hui aussi liée à la capacité de l'hôpital à former les infirmières et à avoir le temps de le faire et les moyens.

G.C. : Dans le vestiaire où je me déshabille, une jeune femme m'a dit il y a trois semaines qu'elle arrêterait parce qu'elle estimait qu'elle avait été maltraitée. Elle ne pouvait plus assumer cela après un an et demi. Sur une promotion de 180, il y en a bien 40 qui ont arrêté.

L.R. : Il y a toujours eu des infirmières qui arrêtaient en cours de route, mais aujourd'hui, on est à 1 sur 3 ! C'est énorme. Avant, les jeunes femmes passaient des concours difficiles, avaient des entretiens à passer pour intégrer les formations. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Et l'intégration dans Parcoursup n'est pas optimale. Ces femmes sont jeunes, très jeunes et la situation n'est pas la même aujourd'hui.



L'hôpital est emblématique de la condition des femmes dans la société

« J'observe aujourd'hui que la question des hospitaliers concerne de plus en plus principalement les femmes. Les femmes sont très largement majoritaires dans les professions infirmières et aides-soignantes – et elles le seront rapidement demain chez les médecins. L'hôpital est, à mon sens, un lieu qui est assez emblématique de la condition des femmes dans la société, pour plusieurs raisons.

D'une part, il y a toujours cette idée que dans les activités du soin, les femmes sont passées du bénévolat à la professionnalisation de leurs tâches, sans qu'il n'y ait réellement eu de rupture. Il y a une sorte de continuité, tant les femmes sont supposées être historiquement assignées à la prise en charge des malades et tant leur travail est censé prolonger leur bénévolat.

La deuxième remarque est que, malgré le nombre important de femmes soignantes, d'étudiantes en médecine depuis de longues années, l'hôpital répond à une règle identifiée, la règle dite de la montagne : « *Les femmes, c'est comme l'oxygène : plus on monte dans la hiérarchie, moins il y en a* ». C'est-à-dire que les chefs, les autorités, la hiérarchie, etc. concentrent une proportion d'hommes qui n'est plus représentative de la part des hommes dans le fonctionnement de l'hôpital.

Donc, pour les femmes qui travaillent à l'hôpital ou qui veulent y travailler, ce n'est pas un facteur d'attractivité, dans une structure où les responsabilités et les promotions sont constamment et continuellement attribuées à des hommes.

Je vous ai résumé ici à peu près la question de l'hôpital et comment l'organisation des soins est aujourd'hui indissociable de la condition sociale des femmes dans la société dans laquelle nous vivons. Repenser l'organisation des soins en partant du fait que la démographie médicale est une démographie féminine est une nécessité, aujourd'hui. »

Justine GRUET

+ Députée du Jura, masseur-kinésithérapeute



« ON PEUT FAIRE
LE PARALLÈLE ENTRE
LE POLITIQUE ET LA SANTÉ.
NORMALEMENT, QUAND
ON FAIT DE LA POLITIQUE,
– IL FAUT AVOIR ENVIE
QUE LES UNS ET LES AUTRES
SE PARLENT ET S'ÉCOUTENT
POUR QUE LE SYSTÈME
FONCTIONNE MIEUX. »



A U T O P O R T R A I T

Initialement, je voulais être professeur de sport. Avec 20 ans de pratique du basket, j'ai naturellement intégré un centre de formation de basket. En seconde, alors que je suivais un stage de découverte du métier d'enseignant, une entorse à la cheville m'a fait découvrir la rééducation grâce à un kinésithérapeute qui m'a parlé de son métier. Tout de suite, cela a fait écho à ma façon de penser, à ma manière de faire. J'ai donc choisi le métier de kiné, à l'époque en suivant une PCEM1 (actuellement PACES, *ndlr*). Dès le départ, nous devons faire le choix entre dentaire, sage-femme, médecin ou alors kiné. Donc, dans notre école, c'était véritablement un choix, d'être kiné, et pas un pis-aller en n'ayant pas réussi à suivre médecine.

Pourquoi je n'ai pas souhaité être médecin ? Parce que je voulais avoir ce lien privilégié du rapport à un patient que l'on suit sur une dizaine de séances de 30 minutes, 1 à 2 fois par semaine, pour soulager une pathologie, une douleur, un déficit moteur d'un enfant... Nous côtoyons toutes les catégories socioprofessionnelles, tous les âges, des très jeunes enfants aux personnes âgées. C'est cette approche de la qualité du soin et du temps que l'on peut consacrer aux autres qui me fait aimer ce métier.

Après 4 années d'études, j'ai débuté en libéral, dans un cabinet de 7 kinés, pendant 4 ans. En termes de gestion des patients, d'échanges avec les autres kinés et de confiance en soi, c'était une expérience des plus formatrices et enrichissantes. Mais il me manquait les interactions avec les autres professions médicales, notamment avec les médecins. J'ai donc intégré une maison de santé pluridisciplinaire où je travaille encore dès que je le peux. C'est vraiment intéressant, de pouvoir échanger sur nos pratiques, d'avoir un vrai lien de confiance entre nous pour être le plus pertinents possible pour nos patients. J'ai connu le système hospitalier pendant mes stages, notamment sur des hôpitaux de proximité mais aussi dans des CHU. C'était il y a 15 ans.

Leonie Donnet : Pensez-vous que le fait d'être kiné a eu un impact sur votre candidature au mandat de députée ?

Justine Gruet : Je parle souvent de rencontres. Ma rencontre politique, elle s'est faite avec mon prédécesseur, Jean-Marie Sermier, qui a été député pendant 20 ans. En 2012, pendant les législatives, il m'a demandé d'être présidente de son comité de soutien pendant les élections car il y avait notamment un sujet sur l'hôpital et qu'en tant que jeune femme investie dans le milieu médical, j'avais toute ma place à ses côtés. Peut-être que sans cette rencontre, je ne me serais jamais lancée en politique. Entre le métier de kiné et la politique, ce qui fait écho, c'est la nécessaire sincérité et l'indispensable pédagogie que l'on met dans ses mots. Avec mes patients, je mets toujours un point d'honneur à vulgariser les explications techniques pour me faire comprendre. En politique, c'est la même chose, si l'on veut que les messages passent, il faut savoir les intégrer dans nos discours de façon simple et sincère. Je pense que les gens apprécient qu'on ne leur parle pas dans un verbiage technique ou technocratique.

L.D. : La santé est un écosystème particulièrement complexe, et même les gens qui y gravitent au quotidien résumtent les enjeux de santé à des enjeux simplistes : la question de la liberté d'installation des praticiens, c'est plus compliqué que de s'arrêter à « il faut réguler ».

J.G. : Sur l'obligation d'installation, on a tenté d'opposer le patient - qui veut un médecin traitant et une qualité de soins à proximité - et le médecin - en études depuis 9/10 ans et qui contribue au système de santé français. L'un n'a pas plus raison que l'autre. Cette pédagogie a du mal à percer. Je ne suis pas naïve, je ne changerai pas la politique, et j'espère que la politique ne me changera pas dans ma manière d'aborder les choses, parce que je pense que les électeurs ont envie que l'on garde ce côté sincère. Cette volonté d'expliquer les choses pour que les gens adhèrent, c'est important en politique.

—*—

L.D. : Parvenez-vous à le faire ?

J.G. : En politique comme dans les métiers de la santé, il faut croire en l'humain, avoir envie d'aider les gens, de trouver des solutions pour qu'ils soient mieux. Normalement, quand on fait de la politique, il faut avoir envie que les uns et les autres se parlent et s'écoutent pour que le système fonctionne mieux.

L.D. : Quel est votre regard sur le système de santé ?

J.G. : On dit souvent que l'on ne met pas assez de moyens, mais je pense surtout que l'on ne les distribue pas assez bien. Il y aurait matière à faire mieux avec autant, voire à peine plus. Ce qui manque cruellement à notre système de santé, c'est le temps. J'ai eu cette chance-là, en tant que kiné, de prendre le temps avec mes patients. Mais, en libéral, par exemple, quand tout augmente et que la séance reste facturée à 16,13 €, à un moment donné, le professionnel de santé est en difficulté. C'est là qu'est le manque de considération des politiques par rapport aux professionnels de santé : ils ne leur permettent pas d'exercer leur métier dans de bonnes conditions. Et à l'hôpital, les 35 heures n'y sont pas pour rien, je pense : on a demandé aux soignants de faire la même chose en moins de temps. Donc, évidemment, les gens courent partout, prennent moins le temps de discuter et d'être à l'écoute des patients. Le management et l'organisation dans les hôpitaux, c'est aussi le rapport au travail qui a changé.

L.D. : Cela passe par la posture...

J.G. : J'avais un prof de gériatrie qui nous disait, « quand vous arrivez en séance chez une personne âgée, vous vous asseyez dans le fauteuil à côté d'elle et vous lui demandez : Comment allez-vous, aujourd'hui ? ». C'est l'idée de se mettre dans le même état d'esprit que le patient, de se poser pour concentrer son attention. Les soignants n'ont plus le temps de faire ça, d'autant moins qu'ils ont une charge administrative qui est beaucoup plus lourde. Ils n'arrivent plus à prendre ne serait-ce que 10 secondes quand ils arrivent dans la chambre d'un patient pour se demander « qui est-ce que j'ai en face de moi ? » et de se mettre à leur place. On a perdu ce côté « humain » de prendre le temps de faire les choses.





L.D. : Donc, doit-on mettre un terme à la logique tayloriste de productivité dans le système de santé pour basculer vers une logique globale d'accompagnement ?

J.G. : C'est intéressant, de dissocier la rémunération de la valorisation d'un acte en fonction de la compétence du professionnel. Dans les professions paramédicales, les compétences sont oubliées. On ne rémunère pas assez le travail sur les formations et les qualités du professionnel. Cela interroge aussi sur le rapport du patient à sa santé et au système de santé. Je ne dis pas qu'il faut mettre fin à la gratuité. Mais ce n'est pas gratuit. On parvient à responsabiliser beaucoup plus les gens quand ils ont affaire à un système dont ils connaissent la valeur. Je ne dis pas qu'il faut faire payer les gens, mais qu'ils prennent conscience de ce que ça coûte.

L.D. : Vous avez dit que le rapport au travail avait changé. En quoi ?

J.G. : Je pense que l'on s'épanouit à travers son travail. Faire croire aux gens qu'ils peuvent avoir une rémunération sans travailler, c'est dangereux. Je suis de cette génération qui a changé son rapport au travail. Mes parents ont passé 40 ans dans la même entreprise alors que moi, j'en suis déjà à mon deuxième métier. Il ne faut pas porter de jugement, il faut juste l'entendre. Cela ne veut pas dire que l'on n'a pas envie de travailler, juste que l'on a envie de travailler différemment. Je pense que les gens sont capables de faire 40 heures sur 4 jours pour avoir derrière 3 jours d'épanouissement personnel.

L.D. : L'hôpital doit-il se réorganiser en fonction de ces nouvelles attentes ?

J.G. : Actuellement, il y a déjà des choses qui se font : des journées de 12 heures, puis 3 jours de récupération. Cela fonctionne plutôt bien. Le système a réussi à se réorganiser. Pour autant, ils ne font plus totalement leur métier de soignants, ils passent jusqu'à 2 heures par jour à trouver un lit en téléphonant dans les services, dans d'autres hôpitaux, au lieu de poser un diagnostic. C'est ainsi que l'on perd du sens et de l'épanouissement au travail. J'insiste vraiment sur la valeur ajoutée de nos soignants : ils ont une expertise dans les mains, dans la tête, une capacité de diagnostic qui vaut de l'or. Et on les méprise.

L.D. : C'est cette idée des assistants médicaux à l'hôpital, annoncée par le Président de la République, pour dégager du temps soignant...

J.G. : C'est paradoxal. L'État doit s'interroger sur ses dépenses publiques et diminuer la masse administrative. Quand j'ai commencé à travailler, en 2011, on pouvait conserver les ordonnances pendant 30 mois, car la Sécurité sociale pouvait nous les demander sous prétexte de pouvoir contrôler le fait qu'il y avait bien une prescription médicale. Mine de rien, on nous demande de faire le travail de contrôle que doit faire la Sécurité Sociale. Pour autant, quand on appelle la sécurité sociale, on a l'impression qu'il y a beaucoup moins de monde dans les bureaux avec, toutefois, toujours la même charge financière administrative. Sans que cela coûte plus cher, on peut réorganiser les choses pour remettre de l'humain et du temps.

L.D. : Vous étiez-vous emparée de votre propre santé ?

J.G. : Oui, bien sûr. Personnellement, les expériences et les épreuves vécues tout comme les personnes rencontrées m'ont fait prendre du recul. Par exemple, dans le cabinet où j'exerçais, il y avait Marie-Paule, une sophrologue qui est une amie, maintenant. Au début, je travaillais 45 heures par semaine, je courais partout, je me disais que j'étais en retard tout le temps et elle me disait « Ici et maintenant, prends le temps de souffler. Quand tu te laves les mains, dis-toi que tu te laves les mains et ne te remémore pas ce que tu viens de dire au patient précédent ». En politique, c'est un peu différent : quand on pense maîtriser un sujet et que l'on reçoit 3 ou 4 mails pas très sympathiques... ce n'est pas facile. Ce sont des attaques à travers l'écran. Autant j'arrive à prendre du recul sur mon métier de kiné, autant en politique, il faut que je réapprenne à le faire.



—*—

L.D. : Garder une certaine distance, donc ? N'est-ce pas un peu paradoxal avec votre manière de faire de la politique, d'être proche des gens, de les appeler directement si ça ne va pas ?

J.G. : C'est tout l'enjeu. Ça va parce que je suis bien entourée : un mari et une équipe qui me soutiennent. Quand on connaît personnellement les gens, c'est compliqué, surtout quand on est attaqué sur sa personne et pas sur le fond. Je représente une fonction et la République.

L.D. : Le sujet de la santé a-t-il été abordé pendant vos études ? Les gestes ? Les postures ?

J.G. : Sur le côté placement, le positionnement pour ne pas se faire mal au dos, oui. Sur l'aspect émotionnel et la gestion du rapport à l'autre, c'est tellement kiné-dépendant... On a aussi des retours d'expérience quand on est confronté à des difficultés en stage. Mais on le vit différemment avec son histoire personnelle. L'écoute, on ne l'apprend pas à l'école. Se protéger aussi dans son comportement et ses habitudes pour prévenir des risques de santé, c'est se connaître et avoir la capacité de s'écouter. On est dans une société où l'on est vite happé pour travailler beaucoup. C'est important, d'être capable de mettre des limites. Je faisais 40 heures, je commençais à 8 heures et finissais à 18 heures sur 4 jours dans la semaine pour m'adapter aux horaires de crèche de mon fils. Avant d'être maman, je faisais 7 heures 30 - 20 heures, car je ne mettais pas de limites. Je culpabilisais de ne pas être là pour les soigner. Puis j'ai appris à me préserver et à cloisonner, à mettre un cadre et j'ai compris que je ne pouvais pas sauver le monde toute seule. Faire plus, je ne peux pas, je ne le ferais pas bien.

—*—

L.D. : En ce qui concerne cette appropriation du syndrome du sauveur, pensez-vous qu'il y ait besoin d'un meilleur accompagnement ?

J.G. : Les rencontres que l'on fait ne sont jamais neutres. Dans le cadre de mon mémoire, j'ai rencontré une docteure du centre anti-douleur de l'hôpital qui avait écrit que le premier symptôme pour lequel un patient consultait, c'était la douleur. Donc, dans mon diagnostic kiné, je commence toujours par la douleur : cela permet d'apporter une considération à ce que ressent physiquement le patient. J'ai suivi une formation sur la douleur, et il y avait toute une notion d'acceptation du médecin sur la possibilité de ne pas guérir, la seule capacité à soigner, et parfois même l'incapacité à soigner. Les choses commencent à évoluer, dans les jeunes générations. Alors qu'avant, il fallait « sauver à tout prix », aujourd'hui les choses changent, avec les nouvelles générations. C'est ce que j'ai pu constater en étant vice-présidente de la mission d'évaluation de la loi Claeys-Leonetti sur la fin de vie. On reconnaît aux soignants l'incapacité de ne pas soigner même si on reste dans le soin.

L.D. : Donc, selon vous, le patient a aussi un rôle à jouer.

J.G. : Oui, c'est aussi aux patients de se responsabiliser et le soignant ne peut pas régler toutes leurs douleurs. Le patient doit faire un travail en amont et se demander « comment je vais pouvoir m'en sortir » et avoir une réelle volonté d'aller mieux. J'ai pris du recul quand j'ai accepté que je donnais déjà mon maximum, mais que je ne pouvais pas le faire sans le patient, s'il ne veut pas aller mieux.

L.D. : En politique, c'est un peu pareil...

J.G. : Oui, j'ai fait la même chose au début de mon mandat avec mes équipes : quand les citoyens arrivent avec leurs dossiers, ils pensent qu'une fois qu'ils ont partagé leur problème, leur difficulté, c'est à moi de reprendre leurs problèmes, sauf que je ne peux pas tout régler à leur place. Le but, c'est que l'on résolve leurs difficultés ensemble, en leur donnant les pistes à creuser pour qu'ils fassent eux-mêmes la démarche dans l'idée de les responsabiliser.

L.D. : Vous promouvez donc un système qui est dans la médiation ?

J.G. : Oui, un système d'accompagnement plutôt qu'un système dans l'assistanat.



L.D. : Vous avez évoqué le fait d'avoir adapté vos heures à la naissance de votre fils. Est-ce que cette démarche ne serait pas une piste pour une meilleure prise en compte de la maternité, du post-accouchement ?

J.G. : Ce qui me fait peur, c'est que si l'on ne s'adapte pas aux femmes dans l'hôpital, on va perdre les soignants hyper-investis, qui font bien leur travail, qui font tenir le système. Une amie infirmière m'a dit qu'elle avait éteint son téléphone tout le week-end pour ne pas être rappelée. Elle savait que si on l'appelait, elle ne saurait pas dire non. Il faut laisser des soupapes à nos soignants : quand ils sont en week-end, en famille, il faut les laisser tranquilles. La difficulté du système, c'est que l'on n'a pas assez de monde, que l'on tire sur ceux qui travaillent bien. Il faut garantir aux soignants une bonne qualité de soins, des moyens adaptés quand ils sont au travail, et les laisser tranquilles sur leur temps de repos. On ne leur permet pas de faire ça, on méprise le temps où ils se ressourcent.

L.D. : C'est tout l'enjeu de l'adaptation de la vie professionnelle à la santé des agents, c'est par exemple le cas de l'endométriose...

J.G. : Je dis souvent que « ce n'est pas parce que l'on fait différemment que l'on fait moins bien ». Une femme qui souffre d'endométriose peut difficilement travailler quand elle a ses menstruations. Si on lui permettait d'avoir 2 jours de congé maladie dans le mois quitte à faire 30 min de plus par jour quand elle va bien, cela serait une vraie attention portée à son égard. L'enjeu est d'individualiser les parcours.



LE REGARD – DU COMITÉ ÉDITORIAL

LES DIFFÉRENTES RENCONTRES QUE NOUS AVONS FAITES NOUS ONT PERMIS DE FAIRE RESSORTIR PLUSIEURS THÈMES. IL S'AGIT ICI DU REGARD DU COMITÉ ÉDITORIAL, COMPLÉTÉ PAR DES TÉMOIGNAGES ANONYMES RECUEILLIS TOUT AU LONG DE NOS DÉPLACEMENTS.

HOSPITALIÈRES : — QUAND LA MAJORITÉ EST MISE EN MINORITÉ

L'hôpital est un lieu où travaillent une très large majorité d'hospitalières. 80% des agents sont des agentes, pourtant, elles sont encore trop peu représentées dans les fonctions de direction ou à responsabilités. Toutefois, il faut reconnaître que la situation a évolué, même s'il reste un long chemin à parcourir.



L'hôpital reste un lieu où le corps est banalisé. Les hospitalières rencontrées au cours de la préparation de cet ouvrage nous l'ont souvent dit : *« Le climat des études en santé n'est pas tendre. Le milieu carabin, tout ce qui se rapporte à la médecine, est un milieu sexualisé. Il y a eu les polémiques sur les fresques. Mais ça, je trouve que cela fait partie de la culture. Les fresques avec tous les professeurs qui sont nus, ce sont des fresques scénarisées, ça ne me choque pas. Quand il y a autant de filles que de garçons nus, ça ne me choque pas. C'est un peu la transmission de l'histoire de la médecine. Ça fait partie du folklore, c'est un peu l'identité. »*

D'autres sont plus sévères. Il est vrai que lors de nos entretiens, de nombreuses hospitalières, sous couvert d'anonymat, nous ont expliqué avoir été témoins, voire victimes de violences à caractère sexiste ou sexuelle. Certains ont fait l'objet de nombreuses plaintes pour harcèlement de la part de femmes. Plusieurs nous racontent qu'elles ont vu des scènes discriminantes lors d'annonces de grossesse. *« Attention, je vais compter vos jours pour être sûr que vous ne trichiez pas sur les journées d'absence »*. On note d'ailleurs que l'annonce de la grossesse est souvent source de remarques sexistes, de vexations. Les remarques comme *« Ah, ce n'est pas une bonne nouvelle »* ou *« Encore une ! »* fusent parfois. Les hospitalières restent prudentes. Une d'entre elles souligne : *« Je ne sais pas si c'est propre à mon ancien chef de service ou propre à tous les services, ça c'est dur de savoir. Je ne veux pas faire de généralités. C'est probablement aussi générationnel. Mais c'est vrai que dans les équipes, il y a des choses très compli-*



quées, notamment dans les équipes purement masculines et lorsqu'une femme arrive, c'est dur pour elle. » Une approche culpabilisatrice de la grossesse est confirmée. Une situation vécue par plusieurs femmes désormais mamans. Lorsqu'une des interviewées était maman d'un enfant en bas âge, elle s'est trouvée dans la situation, sous injonction de sa cheffe de service, une femme, donc, d'opérer un choix *« entre [ses] responsabilités au niveau de la chefferie ou de [s]'engager à [s]'absenter moins »*. La raison ? Son enfant était, selon sa hiérarchie, souvent malade, ce qui nécessitait sa présence. Sa cheffe de service lui explique alors qu'elle a été appelée plusieurs fois sans réponse satisfaisante de sa part, ce qu'elle nie. *« Elle m'a demandé de moins courir à droite à gauche pour aller m'occuper de lui. Donc, il n'y avait pas de choix à faire pour moi, c'était mon enfant. Donc, j'ai changé de poste à ce moment-là »,* explique-t-elle.

Ce choix n'en était pas un. Avec le recul, cette même hospitalière en a pris conscience. *« En y repensant, je me dis que le choix, je n'avais même pas à le faire, mon enfant n'était pas plus malade que d'autres enfants. Je suis passée dans un autre service de soins, où je suis restée plus de 10 ans, c'était un service très intéressant. Je travaillais avec des équipes avec qui je m'entendais bien »,* raconte-t-elle. Ses propos sont intéressants puisqu'ils révèlent l'une des forces des hospitalières, leur incroyable résilience et capacité d'adaptation. Cette force n'est-elle pas, au fil des années, devenue une faiblesse dans une organisation pyramidale et très masculine ? Cette absence de reconnaissance de faits ou de propos sexistes constitue un problème. Il y a bien entendu la reconnaissance formelle des faits, par des sanctions ou au moins un soutien institutionnel. Il y a également la reconnaissance par leur identification, leur caractérisation et leur quantification.

Il s'agit de rompre l'isolement des victimes et d'organiser réellement la mobilisation de l'institution hospitalière contre des comportements inacceptables et qui pèsent vraisemblablement lourdement sur son fonctionnement quotidien.

Une autre femme interrogée évoque le soutien d'une équipe bienveillante pour son premier enfant. Son époux était dans une phase professionnelle particulièrement exigeante lorsqu'elle a eu son deuxième enfant. En outre, si pour l'arrivée de son premier enfant, son organisation avec une « super-nounou » lui avait permis de concilier vie personnelle et professionnelle, elle avait le regret d'être « passée à côté de sa petite enfance. C'est sa nounou qui lui avait appris à manger et à marcher. » Alors, pour son deuxième enfant, elle opte pour un congé parental de 6 mois. C'est à son retour que sa situation s'est corsée : « Quand j'ai demandé à reprendre un mi-temps, on m'a dit d'accord, mais tu ne reviens pas sur ton poste. Je pense que le mi-temps ne les arrangeait pas, donc ils m'ont envoyée autre part, avec l'idée que je démissionnerais. Ce qui a fonctionné, puisque j'ai cherché autre part. »

Finalement, cette femme a rebondi. Elle résume ce que nous ont partagé de nombreuses hospitalières : « Mes enfants ont grandi, maintenant, ils se sont fait une raison. C'est vrai que depuis toujours, c'est compliqué, mon mari aussi a tendance à se laisser bouffer par sa vie professionnelle. Il a réussi à reprendre le dessus mais durant ce temps, je palliais beaucoup – c'est la condition de beaucoup de femmes, on fait 2 ou 3 journées dans la journée : on gère le matin, les sorties d'école, le soir et puis dès que les enfants ont eu l'âge de 7 ou 8 ans, ils ont pris le bus et sont rentrés tout seuls, ont fait leurs devoirs tout seuls, je n'ai pas été une mère à tout le temps les surveiller. Je travaille beaucoup sur la confiance. Cependant, quand je suis avec eux, je ne travaille pas, je suis avec eux à 100%. »



Le manque d'adaptation des structures hors hôpital pour prendre en considération les spécificités des métiers hospitaliers est un sujet qui est également beaucoup revenu. Elle reste marquée par les difficultés rencontrées pour une simple inscription de ses enfants en centre de loisirs.

« Quand je voulais inscrire les enfants au centre de loisirs l'été, je devais m'y rendre en journée. J'ai raté l'inscription, parce que je ne pouvais pas m'y rendre quand je travaillais. Et il n'y avait aucune priorisation des enfants de parents qui travaillaient, c'était premier arrivé, premier servi, si bien que 3 jours sur 5 n'étaient plus disponibles pour mon dernier enfant. Pour moi, ce n'était pas possible d'attendre quelque chose comme ça. Nous ne prenions pas toutes nos vacances en même temps : on étalait sur 5/6 semaines, avec seulement 15 jours en commun. Il faut systématiquement avoir une gymnastique intellectuelle de garde pour les enfants. Et c'est encore pire quand les 2 sont soignants, mon ex-mari était à la poste, donc travaillait très tôt mais sans horaires de nuit. »

Les avis sont également partagés sur le fait que l'hôpital se soit vraiment remis en question ces dernières années. Une autre des interrogées nous l'explique : « Pour les infirmières, il y a une amélioration de la reconnaissance de leur qualité professionnelle, je pense aux IPA, par exemple. Avec l'évolution de la technique, il y a eu des postes qui ont été proposés ; par exemple, les infirmières ont accès à des diplômes universitaires pour faire des échographies - du moins dans le domaine de la cardiologie, c'est ce que je connais le mieux. Ces métiers parallèles sont désormais plus valorisés et plus reconnus avec des diplômes universitaires et des spécialisations. »

Cette possibilité d'évolution nous est confirmée : « Quand on entre en bas de l'échelle, on peut accéder à des postes de cadres. Ça existe, aujourd'hui, ça. Une cadre d'ici était ASH à l'origine. »

Certaines hospitalières ont utilisé la locution « que » pour évoquer leur profession : « Je ne suis "que" [métier exercé] ». En leur faisant remarquer ce « que », elles se reprennent toutes bien volontiers. Ce « que » n'est absolument pas anodin. Il révèle le manque de reconnaissance de certaines fonctions, réputées invisibles, pourtant essentielles au bon fonctionnement des équipes hospitalières et à un accompagnement efficace du patient.

L'une des interrogées résume particulièrement bien ce que de nombreuses hospitalières nous ont expliqué de leur perception de l'organisation hospitalière. « L'hôpital n'est plus bienveillant face à son personnel. J'ai été confrontée, lors de mon changement de poste, à du harcèlement par mon encadrant. Ça n'a pas collé dès les premiers jours. Le harcèlement a été reconnu, a été notifié par la psychologue du travail. Restait à savoir ce que je voulais faire. Tu expliques que tu as des preuves, des rapports circonstanciés. Je n'ai pas engagé de procédure pour harcèlement à ce moment, c'était très long. Et je me suis demandé quel avenir j'allais avoir à l'hôpital... »

L'absence de femmes à des postes de direction est aussi revenue. Une hospitalière tente une explication : « Les directeurs sont, pour leur quasi-intégralité, des hommes. Dans les DRH, il y a quelques femmes. Ça reste très masculin. Ça m'amène à réfléchir... Dans les fonctions de directeur d'hôpital, je n'ai jamais vu de femmes. Elles sont dans les postes à pouvoir, en réalité. Je le vois, je suis dans les instances... Dans les directeurs d'hôpital... Vous voyez, on dit toujours "un" directeur, pas "une directrice". En revanche, dans les directeurs de soins infirmiers, j'ai vu les deux, et dans les cadres de santé, pareil. Dès lors que cela se rapporte aux soins, les femmes sont présentes. On les rapporte elles-mêmes aux soins, ou alors les femmes s'approprient davantage ces sujets. »

L'hôpital est le reflet de la société, comme l'expliquait une des interrogées lors de nos échanges. Il est confronté à de multiples défis organisationnels, dont celui, qui apparaît crucial, de mieux prendre en compte sa réalité humaine. Avec 80% de femmes hospitalières, il semble évident que l'organisation du travail devrait prendre en compte les spécificités féminines et que le management devrait mieux refléter cette réalité humaine.

Il serait injuste et inexact de prétendre que rien ne bouge. Les hospitalières sont les premières à le reconnaître : au cours des dernières années, l'hôpital a changé. Il doit continuer et sans doute amplifier sa métamorphose managériale.



LA SANTÉ DES HOSPITALIÈRES, — CETTE PRIORITÉ OUBLIÉE

La santé des hospitaliers au sens large est un véritable sujet de préoccupation, comme le démontre le Baromètre MNH sur la santé des soignants. Toutefois, à écouter les hospitalières, on prend conscience du travail considérable qu'il reste à accomplir en ce qui concerne les agentes. Nous avons été saisies par le nombre de témoignages relatifs aux difficultés rencontrées par les femmes enceintes, par exemple, symbole qu'une prise de conscience reste probablement à affirmer.



Lors de notre échange, une hospitalière nous a expliqué que « l'hôpital n'accompagne pas bien la grossesse. L'allaitement non plus, d'ailleurs. Dans certains services, certains droits par rapport à l'allaitement sont inexistantes. Pour tirer son lait, par exemple, il n'y a pas d'aménagement de salle où la femme peut se retirer, c'est dans la salle de repos qu'elle doit le faire, là où tout le monde peut entrer. »

Une autre confirme : « Concernant la grossesse chez les femmes hospitalières, il y a des aménagements à avoir. Une femme qui déclare sa grossesse à l'hôpital devrait pouvoir bénéficier d'horaires de jour plutôt que de nuit, des horaires plus stables. Je pense qu'il faut aussi réfléchir à avoir des modes de garde pour les enfants avec des crèches hospitalières lorsque l'on a des rythmes et des horaires atypiques. Une crèche à l'extérieur ne répond pas aux besoins des hospitaliers. Il faut se poser la question de comment on facilite la vie des hospitaliers et des hospitalières pour que ça corresponde à leurs besoins et à leur rythme. »

Une troisième met les points sur les i. « En ce qui concerne la maternité, il faudrait quand même changer les perceptions : comprendre, accepter qu'une femme puisse avoir des enfants. Ça fait partie de la vie. Il faudrait réfléchir en termes de garderies, par exemple. Pour les femmes qui ont des enfants, il faudrait aménager les postes : il y a plein de pays en Europe où il y a des crèches sur place, à disposition des soignants. Il faut aussi changer les mentalités et arrêter de penser qu'une femme qui a des enfants ne peut pas assumer autant de travail et de responsabilités qu'un homme. »

Plus généralement, elle précise : « Concernant toutes les maladies, je ne connais pas de femmes soignantes qui aient des aménagements de poste. Je pense que c'est aussi parce que la France n'est pas franchement en avance en ce qui concerne la reconnaissance des maladies féminines. C'est vrai qu'on a plutôt la politique de dire : "Bon, bah tu serres les dents". »

Toutes relèvent les difficultés posées par le travail de nuit. Elles admettent bien évidemment qu'il est consubstantiel de la vie de soignant, comme d'autres contraintes spécifiques, mais insistent sur la nécessité de créer un parcours professionnel adapté aux moments de la vie, par exemple.

« Concernant la santé des femmes, on sait que le travail de nuit est générateur d'un risque plus élevé de cancer du sein que chez les autres. Il faut garder un œil sur ces rythmes atypiques. Pour l'après-grossesse aussi, c'est prévu dans la loi qu'on puisse tirer son lait, mais en réalité, quand on est toute seule dans un secteur, ce n'est pas possible de le faire, donc il faut sécuriser la possibilité de pouvoir tirer son lait. On a beaucoup de professionnels malades à l'hôpital, qui vivent avec leur maladie ou qui nécessitent une attention particulière : des gens diabétiques, des femmes enceintes. La question, c'est comment on tient compte de ces pathologies ou de ces particularités pour ne pas perdre ses talents. Il faut pouvoir les intégrer dans d'autres processus de soins, peut-être. Il faut réfléchir à comment on peut leur proposer autre chose pour qu'ils puissent exercer et continuer à exercer pour que ce soit compatible avec une meilleure santé », explique l'une d'entre elles.

Ces propos sont illustrés par leur expérience personnelle. À titre d'exemple, l'une d'entre elles explique : « Le travail de nuit m'a été imposé par la hiérarchie. Je suis partie du service pour cela. Quand on m'a obligée et que j'étais vraiment au pied du mur, j'étais dans une situation familiale particulière. À l'époque, c'était tant de mois de nuit par an, obligatoires. Ce sont mes collègues qui ont pris le relais pour moi, pour que je ne les fasse pas. Il y avait une vraie solidarité. Aujourd'hui, je me sens soutenue et écoutée par ma direction, dans mes désirs d'évolution. »





D'autres évoquent l'endométriose, comme cette hospitalière qui souligne : « Sur ce sujet, je pense que c'est possible de s'adapter aux femmes. Dans beaucoup d'entreprises, les femmes peuvent avoir un jour de congé menstruel. Cela devrait aussi exister pour les soignantes. Quand j'étais jeune, j'avais des menstruations très douloureuses... Donc tous les mois, j'avais une journée de foutue. Actuellement, je trouve que les femmes ne sont pas protégées par rapport à cela. La France est en retard. Adapter en fonction de la condition spécifique de la personne, avoir des aménagements de poste, ce serait optimal. »



L'importance d'une approche personnalisée est soulignée par une des femmes : « Je pense qu'individualiser les parcours pour permettre ensuite une plus grande productivité, c'est intéressant. Des jours de congé menstruel pour les femmes souffrant d'endométriose, par exemple, mais cela se met en place petit à petit, je l'ai lu dernièrement quelque part... C'est important de reconnaître cette souffrance. Parce que lorsque l'on arrive au travail et que l'on n'est pas bien, cela impacte la qualité de notre travail... On pourrait aussi penser à du télétravail, par exemple, pour aménager le poste. »

« Avant, il existait des biberonnières, par exemple. La soignante en poste prenait en charge les biberons sur plusieurs jours. Souvent, il s'agissait de personnes avec des restrictions et qui n'avaient donc pas besoin, dans ce poste, de porter des charges lourdes. Il y avait aussi des permanencières, ou celles qui faisaient des soins de confort. L'enjeu, c'est de réfléchir en fonction des besoins des soignants, c'est ça qu'il faut retrouver pour recentrer sur l'humain », propose une autre concernant les aménagements de poste.

L'une d'entre elles se souvient « d'une aide-soignante qui était en gynéco et qui ne pouvait plus faire son boulot parce qu'elle avait des problèmes de dos. Donc, ça a été le deuil d'une profession pour en intégrer une autre. C'est une personne qui travaille maintenant à la formation continue et elle s'y plaît beaucoup. Les plans de formation, les plans de financement de formations ne sont pas très développés, on a peu d'argent, il faut y remédier. Les temps d'entretien annuels sont très précieux, c'est important de faire le point sur l'année écoulée et d'envisager les perspectives d'évolution de carrière ou de formation, de spécialisation. »

Cette même hospitalière alerte toutefois sur la situation de la médecine du travail, qu'elle estime « en difficulté. Il y a peu de médecins du travail et il y a même des établissements où il n'y en a plus. Donc, on adresse les soignants à des médecins agréés à l'extérieur. Les services de santé au travail sont en difficulté : il faut reconstruire ces services pour que l'organisation puisse répondre aux besoins des hospitaliers. »

Ce propos est confirmé par une autre des interrogées : « Nous n'avons plus de médecin du travail depuis plusieurs années, c'est embêtant pour l'hôpital. Nous n'avons plus de visites médicales classiques (urine, prise de sang, ouïe, vue...), plus de radio pulmonaire. Dans le temps, quand on avait encore un médecin du travail, elle avait découvert qu'il y avait énormément de cancers du sein. C'était très important au niveau de la prévention pour les femmes, elle nous posait des questions sur les petits maux de femmes - jeunes, vieillissantes, ménopausées. Donc, faute de médecin du travail, on nous a accordé des infirmières du travail : mais elles n'ont pas le droit de te toucher, elles posent des questions, ce n'est pas de la prévention. Elles sont super, ces femmes-là, mais ce ne sont pas des médecins. La médecin que l'on avait autrefois contrôlait si on faisait nos frottis, si on faisait nos mammographies, il y avait un vrai suivi. C'était ça, la prévention, et on ne l'a plus. »

Elle considère que « l'enjeu, c'est d'établir une médecine du travail obligatoire et régulière. Normalement, c'est une visite annuelle ; aujourd'hui, on en est à une visite tous les 7 ans, et on a fini par l'infirmière. On a des visites de médecin seulement quand on a été absent longtemps. Et encore, ce n'est pas dans tous les cas, il faut avoir un arrêt de travail extrêmement long. On a aussi une psychologue du travail, une ergonome. Ce sont des visites que l'on a si on est demandeur. »

La prévention est une démarche saluée et demandée par toutes.

—*—

« Les hospitaliers ont beaucoup de problématiques de dos, de troubles musculosquelettiques. Nous avons fait appel à des formateurs sur les TMS et on a des groupes de formation pour les hospitaliers, pour apprendre à manipuler les patients dans de meilleures conditions, on apprend des techniques de mobilisation de patients. Il faut faire cela dans tous les services et hôpitaux en fonction des risques spécifiques de chaque métier », détaille une hospitalière.

« Tous les mois, on a une formation sur le stress. Des modules contre les risques psychosociaux, de psychologie, de gestion du stress devraient complètement être inclus dans les études, dans les cursus, dès la primaire. Dans tous les métiers, de manière générale, on devrait avoir des cours d'éducation à notre santé, comme on devrait tous avoir accès au PSCI pour savoir agir en cas de malaise. Ce n'est pas en bac+4 ou bac+5 qu'on doit s'attaquer au sujet. On doit planter des graines le plus tôt possible », propose, quant à elle, une des femmes interrogées.

L'idée d'un parcours de soins facilité pour les soignants est souvent revenue. L'une d'elles explique : « Ce qui serait bien, c'est que l'on n'attende pas comme tout le monde 3/4 mois pour avoir une IRM, d'avoir un accès facilité, en définitive. Aujourd'hui, quand on prend rendez-vous, on est une personne lambda. Nous faciliter l'accès, c'est éviter des arrêts de travail. Au lieu d'avoir un arrêt de travail de 6 mois, parce qu'on a mal au genou et qu'on ne peut pas le soigner parce qu'on est obligé de passer une IRM et qu'on doit attendre des mois, il serait bien que l'on puisse consulter rapidement, dans la semaine suivante, pour se soigner plus vite et retravailler plus vite. Après, je sais que beaucoup ne veulent pas se faire soigner au sein du CHU, pour ne pas être reconnus. Je l'entends et chacun fait comme il veut, mais avoir le choix d'un parcours facilité serait un atout. »

Elle insiste également sur le sujet de « la mutuelle, pour lequel l'hôpital a beaucoup de retard par rapport au privé. Cela fait des années que le privé a une mutuelle d'entreprise, remboursée à 50%. Nous, cela viendra seulement en 2026... »



TENSIONS ET VIOLENCES, – L'HÔPITAL AU DIAPASON DE LA SOCIÉTÉ

L'hôpital est « une société dans la société », nous explique une hospitalière. C'est une ville dans la ville, c'est un microcosme. Il est donc le reflet des dérives de celle-ci, notamment les violences, lesquelles prennent différentes formes et intensités. Elles proviennent des patients, d'autres soignants, d'hommes à l'égard de femmes, parfois des soignants vers les patients ou encore de l'institution. L'hôpital a pris conscience de cette réalité, parfois douloureuse et quasiment toujours difficile à gérer. Nos hospitalières en parlent franchement et avec transparence.



Une autre hospitalière rappelle que « c'est important que l'hôpital soit l'hôpital pour tout le monde. Or, dans les salles de soins, on entend parfois de l'intolérance. Il m'arrive d'entendre des réflexions déplacées comme "L'autre, là-bas, avec son 7^e gamin" ou "L'autre cassos" : 5 gamins, 5 pères différents". Je pense que, dans nos hôpitaux, on devrait réexpliquer les missions, les devoirs, les obligations, les règles des soignants. Expliquer la définition de l'humanisme, ce qu'est la prise en charge. Ça manque parfois d'humanisme. Certainement pour diverses raisons, on peut l'expliquer mais on ne peut pas l'excuser. »

Une agente souligne que « la violence vient aussi des patients. Il y a par exemple des pépés qui m'ont mis des mains aux fesses ou m'ont dit "Alors ma petite cochonne, comment ça va ?". Ce n'est pas la majorité mais ça arrive et ça peut être dégradant. Il existe aussi des violences de patients sur d'autres choses. Par exemple, en maternité quand on est amené à placer un enfant, j'ai vu mes collègues devoir appeler la police lorsque ça se passe mal avec les parents. »

Une interviewée nous explique qu'elle est confrontée essentiellement à des patients colériques « qui se plaignent du fait qu'ils n'arrivent pas à avoir de rendez-vous rapidement, de délais de prise en charge trop élevés, que nous ne soyons pas trop disponibles pour échanger avec eux. Parfois, même, des gens qui sont agressifs, qui râlent très fort. »

Elle regrette l'absence de formation pour gérer ces situations : « On n'a pas de module spécifique pendant les études sur le désamorçage d'un conflit. On apprend beaucoup sur le tas. Aujourd'hui, les laboratoires de simulation se développent, il y a beaucoup de situations que l'on peut apprendre à gérer sur simulateur, mais parler aux gens, c'est un autoapprentissage. Quand on explique aux gens pourquoi ça prend du temps, généralement ils se calment. »

Une autre évoque les situations difficiles auxquelles elle peut être confrontée. « On travaille beaucoup avec les services de néonatalité sur des informations préoccupantes. On est en lien avec la justice, on a des ordonnances de placement provisoire. Donc, être présent lors de l'annonce aux parents que l'on place leur enfant, c'est violent pour eux, difficile à annoncer et compliqué pour nous. Ces annonces se font dans les secteurs des soins, donc c'est dur pour nous. Nous ne mélangeons pas la judiciarisation, les services d'aide sociale à l'enfance, et nous soignants. Ce sont eux qui annoncent pour que nous puissions conserver ce rapport de confiance et de soin avec la femme, la mère. C'est très dur à vivre. »

Ces situations font l'objet de « reprises de situation », précise la même, « on fait des retours d'expérience avec les équipes, on récapitule, on ouvre un espace de parole, on verbalise la violence. À ce moment-là, on peut travailler avec la psychologue de la maternité, avec la psychologue du service du travail. »

Cette dernière a beaucoup travaillé, avec ses collègues, sur la détection des violences faites aux femmes. « On a formé les sages-femmes pour qu'elles repèrent plus facilement chez les patientes les signes de violence. L'idée est de comprendre le mécanisme qui se joue dans la tête des patientes : pourquoi une femme protège son agresseur ? Pourquoi elles arrivent, parfois, totalement sidérées ? »

« Ça, c'était la première chose. Et puis on a beaucoup travaillé avec la PMI. On a une réunion avec eux tous les mois, avec les cadres, les sages-femmes de consultation, une puéricultrice, la psychologue, l'assistante sociale, le secteur de pédopsychiatrie, les sages-femmes de PMI, sages-femmes libérales, aussi. Les situations repérées en tant que danger sont prises en charge pour sécuriser la parentalité le plus possible. Beaucoup de personnes travaillent sur la violence : c'est un maillage de territoire. »

Mais la violence prend de multiples formes et elle peut s'exercer en interne, à l'égard des hospitalières, notamment dans le cadre d'un sexisme que l'on pourrait qualifier, hélas, d'ordinaire. « Je fais partie de la cellule "RPS", il y a eu des violences ici, dans certains services où les hommes disaient des grossièretés. Ce sont des services un peu isolés. Mais, le sexisme, le langage très cru, vient aussi beaucoup des femmes, pas seulement des hommes », nous explique une des femmes.





Toutes se rejoignent pour souligner l'importance de l'équipe dans les situations de tensions. Une de ces femmes nous illustre son propos : « Dans ces situations-là, on parle avec l'équipe, on rigole beaucoup et on essaie d'évacuer. On se soutient. On a une équipe solide et on arrive à affronter les périodes de grand stress et de grande activité ».

Si une de nos interviewées a déjà été personnellement témoin de réflexions sexistes, elle insiste sur le fait que cela relève du passé. En revanche, dans le cadre de ses fonctions, il lui arrive de recevoir « des agentes qui [lui] font part d'actes et de paroles qui sont assimilés à des agressions. Des gestes, des propos, des caresses dans le dos qui ne sont pas adaptés sur le lieu de travail avec des personnes qui ne sont pas consentantes ou demandeuses. » Elle admet la difficulté de gérer ces situations. « Déjà, c'est très difficile de le faire reconnaître, et j'ai l'impression que depuis tous les mouvements comme Metoo, les hommes font bloc et se couvrent. Les hommes se protègent. »



Une autre commence par expliquer : « Je n'ai jamais été confrontée intimement à ça, ou quand j'y étais confrontée, j'ai tout de suite su réagir. » Puis, elle se souvient : « J'avais 22 ans, je me trouve très courageuse, quand j'y repense : j'avais peur d'aller au tribunal. Mais c'était inacceptable, la manière dont il me traitait en tant que femme. Un jour, après les heures de travail, il m'a proposé de finir la soirée autour d'un pot, j'ai refusé et il a balancé quelque chose par terre et il m'a dit « ramasse ». Là, je me suis dit qu'il me prenait pour un chien, j'ai pris mes affaires, et le lendemain, j'étais à la Bourse du travail. J'ai passé un entretien la semaine suivante, et je me suis syndiquée. À le vivre au quotidien, sur le moment, tous les petits gestes, toutes les petites paroles, je ne me suis pas rendu compte des points d'alerte. Quand on est passés aux prud'hommes, mon employeur voulait que je démissionne, je ne voulais pas parce que je n'aurais eu aucun droit et j'ai été licenciée pour « incompatibilité d'humeur ». C'est une blague. Je n'avais qu'une hâte, c'était de partir, donc j'ai accepté. J'étais en bas de l'échelle, je ne pouvais rien faire d'autre ».

Ce témoignage, parmi d'autres, rappelle que derrière les silences peuvent se cacher de graves dysfonctionnements. Il révèle également l'exigence pour l'organisation et la hiérarchie de s'impliquer pleinement.

Les agentes doivent se sentir soutenues, des formations de sensibilisation doivent être généralisées comme les campagnes d'information et de prévention. Finalement, c'est bien l'institution qui doit se mobiliser tout entière.



« Il y a une forme de violence institutionnelle. »

L'entourage des hospitalières dénonce la pression permanente qui s'exerce, selon lui, à l'égard des agents. « On demande aux professionnels de santé d'être toujours là, toujours au maximum de leurs capacités. Faire en sorte de résoudre ces violences institutionnelles, c'est primordial. Être seul, 12 heures dans la journée, c'est vivre de la pression en permanence. C'est pareil pour tous les métiers de l'hôpital. Il y a une pression incroyable qui vient du bas, parce que les patients ont des exigences énormes, ce qui est normal. Mais il y a aussi une pression qui vient du haut, on attend des soignants des choses qui n'existent pas dans beaucoup de professions. S'il faut rester 2 heures de plus, on reste. Si on fait uniquement ce qu'on doit faire, l'hôpital ne tourne pas. Si quelqu'un ne va pas bien dans l'équipe et qu'on est rappelé sur un jour de congé, on y va et on doit être performant. Ça aussi, c'est de la violence, pas directement infligée par les patients, mais c'est indirect. Et la violence sexiste est importante. Les comportements sexistes sont très présents. »

ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS : L'HÔPITAL – CONFRONTÉ À UN CHOC GÉNÉRATIONNEL

Parmi ses multiples défis, l'hôpital doit relever celui de l'attractivité. Les jeunes se détournent du soin, les images de soignants en souffrance ne plaident pas en faveur d'une organisation parfois jugée trop exigeante et déphasée par rapport aux attentes des nouvelles générations.



Selon plusieurs femmes, l'hôpital est confronté à un « choc de générations ». L'une d'elles explique : « La jeune génération ne veut plus travailler comme nous avons pu le faire il y a 30 ou 40 ans. À chaque époque sa génération : les nouvelles générations n'ont plus les mêmes attentes. C'est pour cela que l'hôpital est en crise, il ne s'est pas adapté pendant un certain temps, et aujourd'hui, il a beaucoup de retard. Les nouvelles générations nous font comprendre que "non, ça ne fonctionne plus et ça ne fonctionnera plus jamais comme ça". S'adapter aux nouvelles générations, ça fait partie des leviers pour améliorer l'attractivité de l'hôpital. »



Certaines hospitalières se positionnent clairement en accord avec ces nouvelles attentes, comme l'illustre le témoignage suivant : « Je pense que les jeunes ont raison. Et pourtant, j'ai vécu tout l'inverse. La vie passe vite, il ne faut pas passer à côté. Quand on est beaucoup au boulot, on passe à côté de certaines choses, tout en répondant à d'autres besoins, d'autres choses. Je comprends quand les jeunes disent que le travail n'est pas une fin en soi : c'est nécessaire, ça fait partie des valeurs fortes, mais il faut arriver à faire en sorte de mieux concilier vie pro/perso. C'est important, de prendre soin de soi : on ne peut pas bien donner au boulot, si on ne prend pas soin de soi. Ils ont raison de penser la santé comme importante, la vie privée comme prioritaire. »

Une deuxième renchérit par une anecdote : « Il y a beaucoup de vieux chirurgiens, ici. Ils sont là depuis toujours, c'est l'ancienne génération de médecins qui vivent pour leur travail, qui n'ont pas passé beaucoup de temps à la maison, qui ne s'occupaient pas des enfants qui n'ont pas pu les élever. »



Aujourd'hui, ils ont un peu de mal à concevoir qu'on puisse prendre son mercredi après-midi ou avoir envie de partir pour faire une expérience à l'étranger. Ce qui nous est souvent dit, c'est : "Vous, les jeunes, vous n'avez pas envie de travailler". C'est faux, on a envie de travailler, on travaille d'ailleurs beaucoup, mais on travaille différemment. On travaille peut-être de manière plus condensée pour finir plus tôt ou pour avoir une demi-journée de libre. On a une autre manière de voir les choses. On a un conflit générationnel en plus des différences hommes-femmes. Les vieux et les jeunes, c'est une incompréhension sur les méthodes de travail, sur leur manière de voir les choses. Les premiers sont réfractaires à toute évolution. »

Mais parfois, la nouvelle génération peut avoir une approche consumériste du travail. Une hospitalière nous raconte avoir été confrontée à des situations pittoresques. « Une jeune infirmière nous a fait le coup de démissionner le vendredi alors qu'elle travaillait le week-end. Je trouve que c'est un profond irrespect envers nous. Pour trouver quelqu'un en urgence, c'est nous que ça pénalise, car on doit rappeler des collègues en repos. Je lui ai expliqué que je n'avais jamais connu ça, c'était la deuxième fois qu'elle faisait ça. »

Cette même hospitalière reconnaît que les étudiants sont parfois maltraités et mériteraient une attention plus poussée. « Certains soignants sont trop exigeants, beaucoup trop, avec les étudiants et ne s'adaptent pas aux nouvelles formations. Je m'occupais d'une étudiante qui avait un parcours de vie difficile, et je trouvais que l'équipe ne l'aidait pas. Je n'étais pas d'accord sur la façon dont on traitait cette étudiante : alors, effectivement, elle n'était peut-être pas faite pour le métier, mais il fallait lui donner d'autres pistes. On me donnait souvent les étudiants qui "posaient problème" à encadrer, et ça se passait bien. »

Une des interrogées conclut : « Il faut redonner envie aux gens de faire ce métier, beaucoup s'engagent dans des études de santé et puis arrêtent. C'est notamment le cas des études en école d'infirmiers. Il y a beaucoup d'arrêts d'études dans le cursus. On n'arrive pas trop à savoir pourquoi : il y a sûrement une désillusion qui apparaît au moment du stage. C'est un métier qui n'est pas facile. Le fait d'avoir retiré les concours d'entrée, je pense que c'était une erreur. Avant, on entrait avec un concours, donc on avait quand même une certaine motivation. Maintenant, on peut s'inscrire sans passer le concours, mais finalement, à 19 ou 20 ans, quand on a fait deux années d'une école et que ça ne nous plaît pas, on se dit que ce n'est pas grave, de changer de cursus. Le mépris du repos, le fait d'être très souvent rappelé le week-end pour remplacer quelqu'un en arrêt, ça dégoûte de ce métier. »

L'HÔPITAL A D'ORES ET DÉJÀ — ENTAMÉ SA MUE

L'hôpital change, il se métamorphose. Il est loin d'être figé et coincé dans des dogmes d'un autre temps, comme certains seraient tentés de le dépendre. Toutefois, ce pilier de la République dans bien des territoires est également une grosse machine ; humaine, d'abord, mais également technique, technologique et logistique. Il est gourmand en énergies humaine et financière car il est l'outil de la prise en charge de la santé des Français, notre richesse personnelle et collective la plus précieuse. L'hôpital est, enfin, le symbole de nos services publics à la française, ancrage de notre solidarité nationale.



L'une des femmes interviewées l'affirme : « L'hôpital a évolué : il a mis en œuvre de nouvelles techniques, le nombre de jours d'hospitalisation a été réduit. La prise en charge des patients est différente, ils sont davantage acteurs de leurs soins. Grâce à la mise en place de l'éducation thérapeutique, par exemple, le patient apprend à connaître sa pathologie et à être acteur de ses soins, il est plus autonome et ne les subit plus. Pour les équipes, cela a demandé une grosse adaptation. »

Une autre alerte sur la nécessité de maintenir une vigilance : « J'espère, déjà, que cela ne va pas se dégrader davantage, notamment au niveau des effectifs. J'aimerais pouvoir rester disponible et soigner les gens correctement en temps et en heure sans problème. Probablement que la technologie prendra de plus en plus de place, qu'on opérera avec des robots encore plus mais bon... Tout cela ne remplacera pas le médecin, ça c'est sûr. Justement, c'est le côté humain qui reste important. »

On ressent confusément que ces hospitalières sont traversées par une forte attente de poursuivre le changement ainsi que leur préoccupation de soignantes à l'égard d'une dégradation de la prise en soins. Alors, évoluer, se moderniser, améliorer l'organisation, serait-ce contradictoire avec une approche humaniste du soin ?

Plusieurs appellent quant à elles à une « dématérialisation », pour leur « faciliter vraiment la vie ». La charge administrative est d'ailleurs dénoncée par toutes les hospitalières rencontrées.

Le sujet du télétravail constitue une avancée pour les hospitalières en charge de missions administratives. Une agente nous dépeint son lieu de travail idéal : « Le télétravail facilite vraiment la vie dans des métiers. Cela pourrait être un axe d'amélioration : 2 jours de télétravail par semaine, ce serait parfait. Comme autres suggestions pour améliorer les conditions de travail, j'avais pensé à d'autres dispositifs : permettre des petits endroits cocooning, avoir une salle de sport à disposition, des fauteuils pour une sieste rapide ».

Le temps de travail est un axe d'amélioration de l'organisation qui apparaît comme majeur pour nos hospitalières. L'une des femmes a pris le temps de nous faire un large tour d'horizon.

« Quand je suis rentrée, on était en 7 heures. On pouvait, à l'époque, prendre nos vacances facilement. En général, on avait une manne de personnel qui permettait de faire le tampon lorsqu'il y avait de l'absentéisme. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas, les agents se remplacent eux-mêmes quand il y a des arrêts, c'est-à-dire qu'on décale leurs jours de repos », explique-t-elle.

Elles sont nombreuses à penser et à nous dire que le temps de repos n'est pas vraiment reconnu par leur hiérarchie. Celle-ci semble confrontée à de telles contraintes d'effectifs qu'elle n'est plus en mesure de protéger les actifs en poste. En conséquence, la créativité semble sans limite pour créer de nouvelles fenêtres de travail. La même évoque les « journées hublots », « des journées sur lesquelles vous n'êtes pas imposés. En réalité, vous vous asseyez encore sur votre repos, ce qui dégrade encore plus votre santé, la prise en charge des patients et les conditions de travail. »



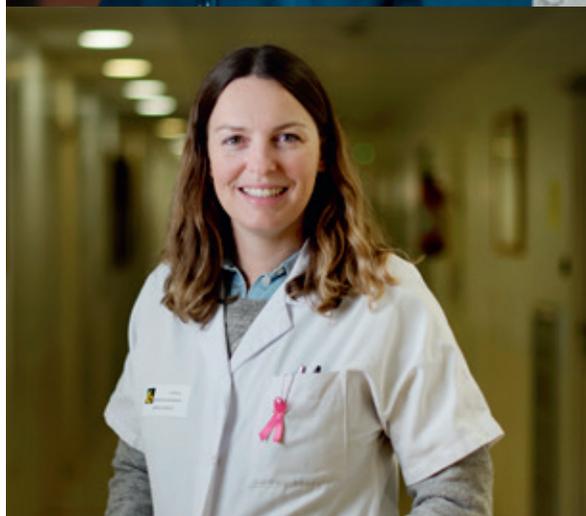
Elle évoque les journées de 12 heures, dont sont adeptes les jeunes générations. « Au départ, j'étais arc-boutée contre les 12 heures. Il s'agit d'un régime dérogatoire, mis en place exceptionnellement, lors d'une crise sanitaire, par exemple. Le travail, c'est important, mais la vie ne se résume pas à ça, il y a aussi les loisirs et beaucoup d'autres choses. Les petites jeunes, souvent, aiment bien les 12 heures, elles aiment faire la fête, sortir, et je l'entends, donc ça leur donne plus de choix de repos. Sauf que la majorité des personnes qui demandent les 12 heures, c'est parce qu'elles en ont marre d'être à l'hôpital, donc elles se disent : "Si j'ai réussi les 7 heures, je peux aussi monter à 12 heures.". En réalité, il n'y a pas plus de temps de repos, ça génère plus de pathologies, plus de divorces – je sais que c'est nul, mais c'est prouvé -, plus de maladies cardiovasculaires, plus d'accidents du travail. »

Elle résume ses attentes : « On a eu le Ségur, mais c'était le minimum, je pense. Ça faisait plus de 10 ans qu'on n'avait pas été augmentés. Et il aurait fallu que ça soit distribué à tout le monde, sans distinction de grade, ce qui n'a pas été le cas. Donc, si on mettait un salaire décent, avec un déroulé de carrière décent et égalitaire pour les femmes et pour les hommes, des conditions de travail de qualité – c'est-à-dire avoir le temps de s'asseoir à côté d'une dame qui pleure et de la reconforter parce que c'est du soin psychologique -, le personnel ne serait pas pour les 12 heures. »

Elle insiste : « Il faut préserver nos services de santé et remettre de l'humain, non pas qu'il n'y en ait pas mais il n'y en a pas assez. Il faut ouvrir des postes avec du personnel qualifié. On a été applaudis, on nous a dit "plus jamais ça" et aujourd'hui, en réalité, on reste méprisés. Ne pas faire d'économies sur la santé, c'est investir pour l'avenir. Une population en bonne santé, c'est une population qui travaille, c'est donc une population qui cotise et donc une population qui consomme. »

—*—





« MERCI À TOUTES CES FEMMES
QUI ONT ACCEPTÉ D'ÊTRE
INTERVIEWÉES.
— MERCI À TOUTES LES FEMMES
QUI ONT FAIT LE CHOIX DE
L'HÔPITAL PUBLIC. »



EN SAVOIR PLUS — SUR LA MNH

« LA MNH, CE SONT DES HOSPITALIERS QUI PROTÈGENT LES HOSPITALIERS DEPUIS PLUS DE 60 ANS, AVEC LA PERFORMANCE D'UN ASSUREUR, ACCENTUÉE PAR LES VALEURS ÉTHIQUES D'UNE MUTUELLE, RENFORCÉE PAR L'EXPERTISE D'UN ACTEUR AFFINITAIRE. »

Benoit Fraxlin, Président de la MNH

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH) a été fondée le 1^{er} février 1960 par des hospitaliers qui avaient l'ambition de couvrir solidairement leurs besoins de protection en santé. La MNH est la première mutuelle du monde de la santé et du social, spécialiste de la couverture complémentaire santé et de la prévoyance des hospitaliers. La mutuelle a construit son action sur l'efficacité et la détermination à défendre, sans compromis, le pouvoir d'achat et le bien-être des hospitaliers. Elle agit pour améliorer

les conditions et le parcours de vie de ses adhérents, en protégeant l'enfance, la famille, les personnes âgées ou handicapées.

En 2013, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers a engagé une transformation unique dans le secteur des mutuelles et a créé, en 2018, le groupe MNH-nehs, qui développe une offre globale de services totalement dédiée aux professionnels de santé et à leurs établissements. La Mutuelle Nationale des Hospitaliers compte un million de bénéficiaires en santé et prévoyance.



— NOUS CONTACTER

Leonie DONNET,

Chargée d'affaires publiques

06 30 50 50 77

Robin MOR,

Directeur des affaires publiques

06 45 51 72 05

Depuis la rentrée 2021, la MNH propose ses cahiers de décryptage des grands enjeux auxquels l'hôpital public est confronté. Au fil des mois, elle publiera ses analyses et propositions fondées sur son expertise de l'hôpital public et de ses agents. En tant que mutuelle affinitaire, elle se doit de participer au débat public autour des enjeux de santé, en fidélité avec son positionnement d'acteur majeur dans la protection des hospitaliers. Ses contributions ambitionnent d'être toujours positives, appuyées sur des éclairages qui se construisent à partir des réalités de la fonction publique hospitalière. Ce cinquième numéro, baptisé Nous sommes hospitalières, s'impose d'ores et déjà comme un ouvrage très spécial.

© Mutuelle Nationale des Hospitaliers, 331 avenue d'Antibes 45200 AMILLY

Tous droits réservés. Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits.

Directeur de la publication : Robin MOR

Réalisation : Leonie DONNET

Mathieu QUETEL, Sountsou - Affaires Publiques

Photos : Florence BROCHOIRE

Conception : Bruno FRANCESCHINI, Moka design

Relecture : Hélène DACHY, Ellipse

Impression : Sylvie LECURIEUX, Stipa

Imprimé en France en avril 2023 sur papier issu de sources responsables par STIPA : rue des Lilas 93100 Montreuil

Choix d'imprimeur avec une démarche RSE et une maîtrise environnementale globale (ISO 14001,

Imprim'vert, Ecovadis - Or 70/100). Impression offset avec des encres à séchage instantané

(Low Energy), certifiée « désencrables » (test INGEDE 100 sur 100)

et compostables



Nous sommes —hospitalières

13 témoignages de femmes
qui font l'hôpital

Les experts se succèdent sur les plateaux et aux micros pour livrer leurs analyses, ils écrivent des tribunes dans les journaux pour dresser leur diagnostic adossé à leur inventaire de solutions. En échangeant entre nous, nous avons fait le constat que ces spécialistes de l'hôpital étaient essentiellement des hommes, quand l'hôpital est à 80% composé d'hospitalières. Nous avons donc voulu aller à la rencontre de celles qui font l'hôpital aujourd'hui et participent à dessiner l'hôpital de demain. Ce numéro met en avant les hospitalières. Des femmes qui ont décidé de consacrer leur vie aux autres. Elles occupent des fonctions essentielles au fonctionnement de l'hôpital public, fleuron de notre système de santé et symbole de nos services publics à la française. Il invite à la découverte de 10 personnalités féminines qui font l'hôpital. Il propose également des rencontres inédites, avec 3 femmes politiques, certaines femmes du soin, toutes des femmes d'engagement au plus haut niveau de l'État. Un ouvrage qui se lit comme un roman « page turner », tant ces paroles de vie se révèlent vivifiantes et revigorantes !

UN OUVRAGE DE

MNH Mutuelle Nationale
des Hospitaliers