



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**La prévention des Risques
Psychosociaux levier organisationnel
au service de l'amélioration de la
qualité de vie au travail**

Rébecca SAY

Remerciements

Je tiens avant tout à adresser mes plus vifs remerciements à Françoise GUILLAUD, ma maîtresse de stage et directrice de l'hôpital Le Vésinet, pour son aide au cours de ce travail et tout au long de mon stage.

Mes sincères remerciements à Mme LAJEUNESSE, cadre de santé du service de soins de longue durée et au Docteur LEVILLAIN, responsable du service, sans qui ce travail n'aurait pu être aussi riche et enrichissant. Je les remercie de m'avoir apporté leur expertise et leurs connaissances. Je salue chaleureusement leur implication et leur intérêt pour ce travail.

Je remercie également l'ensemble du personnel du service de soins de longue durée, avec qui j'ai eu le plaisir de travailler, pour sa précieuse contribution.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe de direction pour son accueil chaleureux. Elle a contribué largement à la richesse de mon stage en m'intégrant rapidement dans la structure.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui m'ont soutenues lors de la réalisation de ce mémoire et tout particulièrement Mme BONVALLOT et M MADEC pour leurs conseils et leur aide précieuse mais aussi mes collègues de promotion.

Sommaire

Introduction.....	1
Méthodologie	4
1 Prévenir les risques psychosociaux au sein des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est aujourd’hui incontournable et nécessaire dans un cadre réglementaire en pleine évolution	7
1.1 Définition des RPS	7
1.1.1 Une notion au contour flou	7
1.1.2 Les apports des approches psychopathologique et ergonomique	8
1.1.3 Définition retenue	9
1.2 Les enjeux de la prévention des risques psychosociaux au regard de la qualité de vie au travail.....	9
1.3 Le cadre règlementaire en vigueur et les accords interprofessionnels associés	13
1.3.1 Le cadre général : la responsabilité de l’employeur	13
1.3.2 Une réglementation récente en pleine évolution.....	14
1.4 Les facteurs de RPS	15
2 Au sein de l’hôpital Le Vésinet, bien qu’une prévention se soit concrétisée par la mise en place d’un processus standardisé et généralisé, une réflexion sur le service de soins de longue durée s’est imposée.....	17
2.1 La prévention des RPS et la mise en place d’une politique de qualité de vie au travail dans le cadre de la certification V2014 au sein de l’hôpital Le Vésinet	18
2.2 Le choix du Service du Soins de Longue Durée.....	21
2.2.1 Les USLD, un service à mi-chemin entre le sanitaire et le médico-social ...	21
2.2.2 Le service de SLD de l’hôpital Le Vésinet	23

3 Résultats de l'enquête sur la prévention des RPS au sein du service de SLD	28
3.1 Pré diagnostic (dépistage)	28
3.2 Diagnostic approfondi :	33
3.2.1 Résultats des questionnaires	33
3.2.2 Résultats des entretiens semi-directifs.....	38
3.3 Conclusion.....	49
4 Recommandations pour la prévention des RPS au service de l'amélioration de la qualité de vie au travail.....	50
4.1 La rédaction du projet de service	51
4.2 L'audit de la charge de travail	53
4.3 Une organisation du travail, fédératrice, impliquante qui redonne du sens au travail	55
4.3.1 La reconnaissance de l'encadrement de proximité	55
4.3.2 L'implication des professionnels	56
4.3.3 L'instauration de lieux de discussion et de réflexion sur les pratiques professionnelles.....	57
4.4 Associer le CHSCT à la démarche de prévention des RPS	58
Conclusion.....	59
Bibliographie	60
Liste des annexes	64

Liste des sigles utilisés

AGGIR :	Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso Ressources
ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANESM :	Agence Nationale de l'évaluation des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARACT :	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignant
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
AT :	Accident de Travail
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BIT :	Bureau International du Travail
CHSCT :	Comité d'Hygiène, de sécurité et des Conditions de Travail
CLM :	Congé Longue Maladie
CLD :	Congé Longue Durée
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DARES :	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGAFP :	Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique
DGT :	Direction Générale du Travail
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP :	Equivalent Temps Plein
GIR :	Groupe Iso Ressources
GMP :	Gir Moyen Pondéré
GMPS :	Gir Moyen Pondéré Soins
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MPR :	Médecine Physique et Réadaptation
PMP :	Pathos Moyen Pondéré

QVT :	Qualité de Vie au Travail
RPS :	Risque Psychosocial
SLD :	Soins de Longue Durée
SMC :	Suites Médico Chirurgicales
SPN :	Soins de Périnatalité
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
TMS :	Trouble Musculo-Squelettique
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Les risques psychosociaux (RPS) sont devenus une préoccupation majeure dans le monde du travail. Des études et enquêtes confirment l'ampleur du phénomène, qui semble toucher un nombre croissant de secteurs d'activités : Etude épidémiologique Samotrace (INVS)¹, Enquête Sumer (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, DARES)²...

Le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P)³ révèle que pour la première fois, les pathologies psychosociales (anxiété, stress, dépression) arrivent au premier rang des motifs de consultation de pathologie professionnelle⁴.

Les enquêtes périodiques "conditions de travail" de la DARES⁵ donnent des indications portant sur les facteurs psychosociaux au travail. En effet, d'après ces enquêtes, les conditions de travail sont perçues comme contraignantes, ainsi :

- plus de 1/3 des travailleurs reçoit des ordres ou des indications contradictoires ;
- 1/3 des travailleurs déclare vivre des situations de tension dans leurs rapports avec leurs collègues ou leur hiérarchie ;
- 60 % des salariés interrogés estiment devoir fréquemment interrompre une tâche qu'ils sont en train de faire pour en commencer une autre ;
- 48 % déclarent travailler dans l'urgence (devoir toujours ou souvent se dépêcher) ;
- 53 % déclarent que leur rythme de travail est imposé par une demande à satisfaire immédiatement ;
- 1 salarié sur 4 travaillant en contact avec du public subit des agressions verbales ;
- 42 % déclarent vivre des situations de tension avec le public (parmi les 68 % des salariés en contact avec le public).

Au sein de l'hôpital Le Vésinet un premier sentiment de qualité de vie et de conditions de travail idéales était affirmé par l'institution (instances, réunions, direction). Or, l'hôpital avait fait l'objet d'une expertise par un cabinet conseil extérieur mandaté par le Comité Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) suite à une alerte signalée par le médecin du travail auprès de l'inspection du travail.

¹ Samotrace – Volet « Epidémiologie en entreprise », Résultats intermédiaires à un an (3000 questionnaires). Collection « Santé et travail ». C. Cohidon, M. Murcia et le Comité de pilotage de Samotrace région Centre. Mai 2007.

² L'Enquête surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER). DARES 2010

³ Le réseau National de Vigilance et de prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P) est un réseau national d'experts qui recense, à l'occasion des consultations de pathologies professionnelles en Centre Hospitalier Universitaire (CHU), de façon systématique et standardisée l'ensemble des problèmes de santé au travail.

⁴ Rapport annuel 2007, RNV3P

⁵ Enquête SUMER 2003 et « conditions de travail » 2005 réalisées par la DARES

A la suite de ce signalement, un groupe de travail émanant du CHSCT a mis en place une procédure de prise en charge des RPS.

Pourtant malgré la mise en place de cette démarche d'alerte, le discours d'un grand nombre de professionnels restait sur la minimisation de la problématique. Il m'est apparu dès lors que l'analyse de cette situation se révélait être très intéressante. **En premier lieu pour objectiver réellement le problème et ne pas rester uniquement sur des impressions et des avis. En second lieu pour comprendre et analyser les facteurs de RPS, leurs conséquences et impacts sur la qualité de prise en charge des patients et ou résidents. Une action sur les facteurs identifiés permettrait in fine d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels ainsi que la qualité de prise en charge des résidents, les deux étant intimement liés.**

Pour mener cette étude, je me suis concentrée sur le service de Soins de Longue Durée (SLD) de l'établissement. Le service a la particularité d'être intégré dans un établissement sanitaire mais est soumis à l'obligation de conventionnement tripartite (tout comme les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, EHPAD). Or cette différence est importante, puisque l'hôpital Le Vésinet est un hôpital de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) financé en dotation globale, ce qui conditionne l'allocation des moyens notamment en terme humain qui est dès lors différente entre les services de SSR et le service de SLD de l'hôpital.

Par ailleurs, le service étant dans la phase de renégociation de sa convention tripartite, cette étude me permettait d'intégrer mes analyses et mes constats et les axes d'amélioration à envisager dans le cadre de la convention. L'objectif final dans les deux cadres se recoupe puisqu'il s'agit d'améliorer la qualité de la prise en charge du résident.

Enfin cette étude s'intègre parfaitement aux problématiques actuelles que rencontre un certains nombres d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Aujourd'hui, les établissements sont confrontés à :

- une évolution des populations accueillies dont les professionnels ne sont pas forcément formés pour leur prise en charge
- des restructurations des organisations, à travers la mutualisation des compétences entre plusieurs établissements, ou le regroupement de structures

Ces situations peuvent occasionner pour les professionnels un décalage entre leurs attentes, leurs envies, et leur vocation, au regard d'une situation de travail qui ne leur correspond plus.

Par ailleurs, la pression et l'exigence administrative peuvent être perçues comme contraires à leur vocation initiale, entraînant de ce fait un conflit de valeurs, voire un sentiment de perte de sens dans l'exercice de leur métier. Se développe également chez certains professionnels la perception que l'exigence de rentabilité se fait au détriment de la qualité de leur travail, avec un sentiment de perte d'autonomie. Les exigences administratives et

d'efficience sont également susceptibles de les mettre en difficulté du fait de l'accroissement de l'intensité de travail.

Les métiers du secteur sanitaire, social et médico-social exposent de fait à une exigence émotionnelle quotidienne pour certains professionnels, aux exigences extérieures (public accueilli, familles...), et parfois à l'agressivité avec la nécessité d'une maîtrise de soi et d'une réponse professionnelle à des actions reçues comme des atteintes personnelles.

Il s'agit par ailleurs de métiers avec des contraintes physiques répétitives, entraînant une fatigue physique et exposant à des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Toutes ces contraintes, sources de RPS, peuvent avoir un impact sur la qualité de vie au travail des professionnels et se répercuter sur la prise en charge des populations accueillies avec un risque de dégradation de la qualité de prise en charge, voire même des situations de prise en charge maltraitante.

J'ai été ainsi amenée à me questionner sur l'impact de l'organisation du service pouvant être source de RPS. L'hypothèse sous-jacente étant que la mise en place d'une démarche de prévention des RPS au sein du service pouvait permettre d'identifier des organisations de travail non efficaces et sources de mal-être, de souffrance ou de dégradation des conditions de travail et des rapports sociaux. Cette démarche de prévention des RPS aurait donc comme objectif d'optimiser le fonctionnement organisationnel du service tout en permettant d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels.

Cette étude a permis par le biais de l'analyse des facteurs de risques psycho-sociaux sur le service de soins de longue durée de définir des axes d'amélioration de la prise en charge des résidents tout en intégrant l'aspect qualité de vie au travail pour les professionnels. L'objectif étant de permettre aux professionnels d'être moteur dans l'organisation du service et acteurs de la prise en charge des résidents.

Ainsi en prévenant les risques psycho-sociaux, l'employeur transforme une obligation réglementaire en levier organisationnel au service de l'amélioration de la prise en charge des résidents tout en améliorant la qualité de vie au travail, source de motivation, de fidélisation et de bien-être des professionnels.

Prévenir les risques psycho-sociaux au sein des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est aujourd'hui incontournable et nécessaire dans un cadre réglementaire en pleine évolution (I). Au sein de l'hôpital Le Vésinet, cette prévention s'est concrétisée par la mise en place d'un processus standardisé et généralisé, cependant une réflexion axée sur le service de soins de longue durée (II) par une étude spécifique (III) a permis de mettre en place des propositions pour améliorer la qualité de vie au travail (IV).

Méthodologie

Pour réaliser mon enquête sur la prévention des RPS et construire mon analyse, je me suis appuyée sur une méthode reposant sur 4 phases.

L'observation :

Cette observation au sein du service m'a permis de partager le quotidien des professionnels et de me rendre compte des conditions de travail, des pathologies des résidents, des contraintes architecturales et des modalités de prise en charge des résidents.

Cette première expérience m'a permis de partager avec les professionnels et d'avoir une idée précise et réelle du travail réalisé par ceux-ci et de constater que les contraintes architecturales avaient un réel impact sur leur travail quotidien.

La recherche documentaire :

Cette phase a permis d'affiner et d'étayer les connaissances théoriques, de comprendre les notions et principes de base en matière de prévention des RPS. La lecture des guides méthodologiques sur la prévention des RPS a été la base de la construction de ma démarche d'analyse.

La mise en œuvre de la démarche :

Pour construire mon analyse, je me suis inspirée des préconisations proposées par le guide de la DGAFP⁶. Il existe de nombreux guides permettant la réalisation de l'évaluation et la prévention des RPS. Il m'a semblé plus opportun de choisir ce guide recommandé par l'accord cadre du 22 octobre 2013⁷,

Cette analyse s'est donc déroulée en deux temps qui sont les suivants :

- Une phase de pré diagnostic ou de dépistage
- Une phase de diagnostic approfondi

La phase de pré diagnostic :

Elle a consisté à recueillir et à construire des indicateurs qui m'ont permis d'avoir une idée sur la situation du service par rapport aux RPS. J'ai ainsi recueilli les indicateurs suivants :

⁶ Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. DGAFP, Edition 2014. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique

⁷ Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

- Taux d'absentéisme
- Nombre de maladies professionnelles (MP) et d'accidents du travail (AT) du service
- Taux de rotation du personnel
- Pyramide des âges

La phase de diagnostic approfondi :

Cette phase a consisté au recueil de l'avis des professionnels sur la problématique des RPS à partir d'un questionnaire et d'entretiens semi-directifs mais aussi au recueil de la satisfaction des résidents et des familles par le biais de questionnaires spécifiques.

Le questionnaire utilisé auprès des professionnels⁸ s'est inspiré des modèles de questionnaires proposés par le guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique⁹. Il comportait les items suivants :

- Exigences du travail (demande psychologique)
- Autonomie et marge de manœuvre (latitude décisionnelle)
- Rapports sociaux,
- Reconnaissance
- Sens du travail et conflits de valeurs
- Contraintes professionnelles
- Ambiance de travail et pénibilité
- Valorisation
- Vision d'avenir

Ce questionnaire a été transmis à l'ensemble du personnel du service de SLD à l'exception de l'équipe de nuit (non intégrée dans l'étude car non fixe au service et tournant sur l'ensemble des services de l'hôpital). Par ailleurs, j'ai réalisé deux réunions d'information auprès des professionnels pour leur expliquer l'intérêt de ce questionnaire et surtout sa finalité à savoir l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Le questionnaire permettait également aux agents de s'exprimer sur les points forts et les points faibles du service ainsi que de proposer des axes d'améliorations. Afin de permettre de faire une analyse par tris croisés et tris à plats, j'ai utilisé un logiciel de traitement des données de l'hôpital (application Blue Médi Santé).

J'ai souhaité compléter par des **entretiens semi-directifs**¹⁰ auprès des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), des Aides-Soignants (AS), des Agents des Services Hospitaliers (ASH) des 2

⁸ Annexe 1 : Questionnaire sur les conditions de travail et les RPS

⁹ Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. DGAFP, Edition 2014. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique

¹⁰ Annexe 2 : Grille d'entretien du personnel du SLD

unités du service afin de mieux préciser les difficultés rencontrées sur des points précis et notamment, l'organisation du travail et les relations professionnelles qui se révélaient présenter des écarts de satisfaction dans l'analyse des questionnaires. Pour chaque catégorie professionnelle, 2 agents ont été interviewés. Le choix des 2 agents s'est basé sur leur ancienneté dans le service et sur l'unité d'affectation (l'objectif étant d'avoir par exemple une AS de chaque service dont une avec plus d'ancienneté). Afin d'avoir une vision complète de la problématique, j'ai également réalisé des **entretiens semi-directifs** auprès du responsable, du cadre et du psychologue du service¹¹, ainsi qu'auprès du médecin du travail¹².

En parallèle et pour que les professionnels aient un retour de l'avis des résidents et de leurs familles sur la prise en charge réalisée, un **questionnaire de satisfaction résidents** et un **questionnaire de satisfaction familles** ont été réalisés. La satisfaction des résidents et des familles n'avaient pas été évaluées depuis 2007, il apparaissait donc important que les professionnels aient un retour de cet avis afin d'avoir une connaissance des satisfactions ou insatisfactions sur la prise en charge globale.

Ce diagnostic a eu pour objectif d'identifier les éléments qui sont source de RPS pour les agents. Cette étape indispensable a permis de comprendre sur quels facteurs il était important d'agir pour réduire, voire supprimer les facteurs de risques auxquels les agents étaient exposés.

La présentation des résultats :

L'analyse des trois questionnaires et des entretiens a fait l'objet d'une présentation à l'ensemble des professionnels du service et a permis d'élaborer un plan d'actions pour la prévention des RPS et l'amélioration de la prise en charge des résidents, ceci en prenant en compte l'avis de tous (professionnels, résidents et familles).

¹¹ Annexe 3 : Grille d'entretien du cadre de santé, du responsable et de la psychologue du SLD

¹² Annexe 4 : Grille d'entretien du médecin du travail

1 Prévenir les risques psychosociaux au sein des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est aujourd'hui incontournable et nécessaire dans un cadre réglementaire en pleine évolution

1.1 Définition des RPS

1.1.1 Une notion au contour flou

Les risques psychosociaux sont une notion aux contours difficile à établir, il n'existe aujourd'hui en effet pas de définition unique et reconnue des RPS. Comme l'exprime le rapport Nasse et Légeron « *la grande variété des thèmes mis sous le vocable de risques psychosociaux est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer entre les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui unissent et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique* »¹³

Les risques psychosociaux étaient réduits au « stress », au « harcèlement », à la « souffrance au travail ». Cette question de vocabulaire a ainsi constitué pour certaines organisations un réel frein au traitement du problème. D'abord parce que l'usage de certains termes constituait un « tabou » mais aussi parce que les acteurs de la prévention avaient le sentiment d'être démunis face à la qualification de ces facteurs de risque.

On les appelle « psychosociaux » car ils sont à l'interface de l'individu (psycho) et de la situation de travail dans sa dimension principalement relationnelle (sociaux : contact avec les autres : encadrement, collègues, patients, familles...). Pour reprendre la définition de L.Lerouge¹⁴ les risques psychosociaux du travail désignent « *une nouvelle catégorie de risque associés aux phénomènes de transformation du travail, liés à l'intensification, à la précarisation, aux nouvelles organisations d'entreprise et à l'introduction de nouvelles technologies (...). [Ils] sont aussi une catégorie de risques relatifs aux conditions de travail regroupant le stress, le harcèlement, la dépression, la souffrance, l'épuisement professionnel (« burn out »), voire les discriminations et le suicide* ».

Cette évolution en termes de vocabulaire vers la notion de « risques psychosociaux » correspond à la fois à une avancée des recherches scientifiques sur le sujet, mais également à une prise de conscience collective de la nécessité de traiter ces manifestations dans une logique de prévention des risques professionnels. Les apports des approches psychopathologiques et ergonomiques ont

¹³ Rapport Nasse et Légeron (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. p7. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/>

¹⁴ Lerouge L. Les risques psychosociaux au travail reconnus par le droit : le couple dignité-santé, in Lerouge L. (dir.) Risques psychosociaux au travail... op.cit., p9 ; Lerouge L., La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail, LGDJ, 2005.

permis de mieux appréhender les RPS afin de ne pas se limiter aux frontières des différentes disciplines qui pourraient définir les RPS sous un angle plus étroit, soit trop individuel, soit trop globalisant.

1.1.2 Les apports des approches psychopathologique et ergonomique

La psychopathologie du travail distingue deux types de conflits : le premier oppose le corps et les conditions de travail (physiques et psychiques) ; le second, le fonctionnement psychique (le mental) et l'organisation du travail. Par organisation du travail, il faut prendre en compte non seulement la répartition des tâches entre les individus mais aussi la division sociale du travail, soit le contrôle du travail, les modalités de surveillance des salariés, les méthodes de management. Dans tout travail, il existe une relation de domination qui peut engendrer du stress, de la peur, et plonger l'individu dans une profonde détresse psychique. Cependant, le travail peut aussi être bénéfique à l'équilibre mental et à la santé du corps si son contenu est source de satisfactions.

Face à l'augmentation du nombre de pathologies possiblement en lien avec l'organisation et les conditions de travail (stress, « burn-out », troubles musculo-squelettiques, dépression, suicides...), les travaux de la psychopathologie ont démontré que les nombreux changements sociaux intervenus dans les années quatre-vingt, changements traduits par de nouvelles formes d'organisation du travail fondées sur la mise en concurrence exacerbée des individus, ont conduit à une déstructuration du « vivre ensemble » en réduisant les rapports de solidarité et de coopération et ainsi à augmenter la souffrance au travail.

Parmi les transformations survenues dans le monde du travail, les chercheurs en psychopathologie mettent en avant : l'introduction de l'évaluation individualisée des performances, l'objectif de la qualité totale et le développement de la sous-traitance.

Christophe Dejourné a démontré notamment le fait que l'évaluation des performances repose sur le faux postulat selon lequel le travail serait mesurable. Or, selon lui, il ne l'est pas puisque, par définition, le travail est vivant, individuel et subjectif.¹⁵

L'objectif de qualité totale, soit de la réalisation d'un travail parfait, apparaît comme un objectif inatteignable qui peut contraindre les salariés à mentir ou à frauder pour satisfaire aux contrôles et aux audits. Cette injonction paradoxale peut occasionner un conflit de valeurs et d'éthique chez les salariés.

L'approche ergonomique s'intéresse quant à elle à l'organisation et/ou au contenu du travail. Les ergonomes contribuent à la conception et à l'évaluation des tâches, du travail, des produits, des environnements et des systèmes en vue de les rendre compatibles avec les besoins, les compétences et les limites des personnes¹⁶. L'objectif est de remettre le travail au centre du débat.

¹⁵Dejourné Ch., Aliénation et clinique du travail, Actuel Marx, 2006, n°39, p.123-144.

¹⁶Définition de l'ergonomie par l'International Ergonomics Association.

En effet, en termes de prévention des RPS, comprendre le travail, c'est comprendre les ressorts qui font ressource et les résistances qui font obstacle dans la confrontation au réel. La mise en avant de l'expérience, de la capacité créative et de prise de décisions des individus peut servir de levier pour aider l'organisation à évoluer dans sa manière de voir la contribution du travail à la performance. Ainsi, pour les ergonomes, la prévention durable des RPS exige de passer par le travail réel et le vécu des différents membres de l'organisation. Ce travail réel est à distinguer du travail prescrit.

L'apport de ces différentes approches, a permis de donner une définition plus complète et englobant les multiples dimensions qui entrent en jeu.

1.1.3 Définition retenue

La définition retenue dans le cadre du mémoire sera celle du rapport du collège d'experts présidé par Michel Gollac¹⁷ :

« Ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »

Cette définition met l'accent sur les conditions d'emploi, ainsi que sur les facteurs organisationnels et relationnels, qui sont considérés par rapport à leurs effets possibles sur la santé. Le terme de risque psychosocial ne renvoie donc pas à des symptômes, troubles ou pathologie.

Autrement dit, on parle de risque psychosocial pour désigner des situations de travail caractérisées par une organisation, des pratiques relationnelles, des conditions d'emploi potentiellement pathogènes pour les agents. L'enjeu n'est pas de savoir quelle est la part individuelle ou personnelle mais de prendre conscience des conséquences possibles sur la santé physique, mentale, sociale.¹⁸

1.2 Les enjeux de la prévention des risques psychosociaux au regard de la qualité de vie au travail

Les enjeux de la prévention des RPS sont de deux types :

- La préservation de la santé des salariés
- La performance de l'organisation

Préjudiciables pour la santé des agents, les RPS le sont également en termes économiques pour la collectivité et les employeurs.

¹⁷Gollac, M. (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser –Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000201/index.shtml>

¹⁸ DGAFP, Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. Edition 2014. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique.

Selon une étude réalisée par l'INRS en 2009¹⁹, le coût financier lié au stress en France pouvait être, à minima, entre 1,9 et 3 milliards d'euros par an. Bien que ces chiffres intègrent à la fois des coûts directs (dépenses de soins) et des coûts indirects (liés à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés), l'INRS a considéré ces évaluations comme des minimas.

Ainsi, le Bureau International du Travail (BIT) estime que le coût du stress dans les pays industrialisés s'élève entre 3 et 4% du PIB. En 2010, cette estimation correspondrait pour la France à une fourchette de 58 à 77 milliards d'Euros.

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail s'est aussi exprimée sur le sujet : « *Le stress occasionné par le travail est l'un des principaux défis que doit relever la politique en matière de santé et de sécurité en Europe. Presque un travailleur sur quatre en souffre et les études indiquent que le stress est à l'origine de 50 à 60 % de l'absentéisme. Cela représente des coûts énormes, tant en termes de souffrance humaine qu'en raison de la réduction des performances économiques.* »

Il n'existe pas d'études spécifiques permettant d'estimer le coût global pour la fonction publique des conséquences de l'exposition des agents aux RPS. A l'échelle d'un établissement, ces coûts peuvent être de différentes natures et être générés de manière directe ou indirecte :

- Gestion de l'absentéisme, du turn-over
- Remplacement du personnel
- Accidents du travail
- Maladies professionnelles
- Diminution de la productivité (démotivation du personnel, dysfonctionnements...)
- Dégradation du climat social
- Grèves
- Etc

Par ailleurs, les mécanismes physiologiques mis en jeu par les salariés pour faire face à une situation de forte exposition aux RPS peuvent engendrer des conséquences importantes sur la santé physique et mentale. Les mécanismes de décompensation sur la santé peuvent se manifester par :

- Des symptômes de stress physiques, émotionnels et comportementaux,
- Des pathologies graves, dont certaines études ont montré l'existence d'un lien avéré avec une exposition forte aux RPS

Le tableau ci-dessous présente ces différents symptômes et pathologies.

¹⁹ Agir pour la prévention des risques psychosociaux. Collection les guides AGIR pour l'amélioration des conditions de travail. SECAFI, Groupe

Symptômes de stress physiques, émotionnels et comportementaux

- Douleurs (musculaires ou articulaires, maux de tête)
- Sentiments de mal-être ou de souffrance
Crises de nerfs ou de larmes sur le lieu de travail
- Troubles du sommeil
- Symptômes digestifs (coliques, gastralgies)
- Malaises sur le lieu de travail
- Consommation de médicaments psychoactifs
- Conduites addictives
- Idées mortifères
- Etc.

Pathologies diagnostiquées pouvant être en lien avec les risques psychosociaux

- Hypertension
- Coronaropathies
- Diabète
- Troubles lipidiques
- Troubles musculo-squelettiques
- Pathologie mentale
- Dépression
- Burn-out
- Infections à répétition
- Dermatoses
- État de stress post-traumatique
- Etc.

En matière de symptômes, sont généralement distingués :

- Les symptômes émotionnels : nervosité ou sensibilité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation de mal-être, etc.
- Les symptômes intellectuels : troubles de la concentration, oublis, erreurs, difficulté à prendre des initiatives ou des décisions...
- Les symptômes physiques : douleurs musculaires ou articulaires, troubles du sommeil, coliques, maux de tête, perturbation de l'appétit ou de la digestion, sensations d'essoufflement ou d'oppression, sueurs inhabituelles...

Ces symptômes ont des répercussions sur les comportements : agressivité, retrait, recours à des produits calmants ou excitants (somnifères, anxiolytiques, café, alcool, tabac, substances illicites, etc.), mais aussi sur les relations sociales, notamment professionnelles, sur la qualité du travail réalisé, sur la productivité, la sécurité des agents...

Au sein des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, les conséquences mises en évidence ci-dessus sur la santé des salariés ont des répercussions sur la prise en charge des patients et ou résidents. Un des symptômes observé au sein de ces établissements est la « déshumanisation de l'autre ». Le résident ou le patient n'est plus vu comme une personne mais comme un objet. Or la qualité de la prise en charge du patient, résident repose en partie sur la qualité relationnelle instituée entre le soignant et le soigné. Tout soin technique ou non ne peut s'envisager sans une dimension relationnelle qui permet l'acceptation de celui-ci par le soigné. Le risque de maltraitance des personnes est alors important chez un soignant en situation de souffrance au travail. Dans la recommandation des bonnes pratiques professionnelles consacrée à la bientraitance en EHPAD, l'Agence Nationale de l'Évaluation des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dédie un chapitre à la qualité du lien entre professionnels et usagers. « *La bientraitance relève d'une démarche à la fois individuelle et collective volontariste.*

L'engagement individuel et la mobilisation collective nécessitent plusieurs conditions. Certains risques doivent être pris en compte – découragement, « burn-out », recours à des formes d'action standardisées à l'extrême, par exemple - et surtout, les ressources de créativité, d'intelligence et de sollicitude des professionnels doivent trouver l'occasion de s'exprimer le plus pleinement possible. »²⁰

Le lien est donc clairement établi entre RPS et risque d'actes de maltraitance.

Les professionnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont fortement confrontés à des exigences émotionnelles qui peuvent générer des RPS.

Au-delà des enjeux de préservation de la santé des personnels, la prévention des RPS au sein de ces établissements se révèle primordiale pour maintenir la qualité de la prise en charge des usagers et limiter voire supprimer la survenue d'évènements indésirables (erreurs de prescription, acte de malveillance, erreur d'administration d'un médicament...).

Par ailleurs, au sein des établissements sanitaires, une réflexion sur l'amélioration de la qualité de vie au travail a été initiée. La Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) avaient notamment réfléchi en octobre 2013 sur l'intégration de la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification²¹. Il fait aujourd'hui partie intégrante des thématiques de la V2014²².

L'HAS définit la qualité de vie au travail ainsi : « *La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts* »²³.

De nombreux facteurs organisationnels ont une incidence sur la qualité de vie au travail et peuvent être à l'origine des risques psychosociaux. Les déterminants de la qualité de vie au travail et les RPS sont aujourd'hui connus et mis en évidence par une littérature abondante. L'ANACT et la Direction Générale du Travail (DGT) rappellent ainsi que les déterminants de la Qualité de Vie au Travail (QVT) et des RPS peuvent-être regroupés en quatre grandes familles de facteurs²⁴ :

- Les exigences du travail et son organisation : autonomie dans le travail, degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires ;

²⁰http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf, p33

²¹ Synthèse des résultats et expérimentation, ANACT, HAS

²² HAS Fiche thématique « Renseigner le Compte Qualité sur la Thématique Qualité de Vie au Travail, 2014

²³ HAS Fiche thématique « Renseigner le Compte Qualité sur la Thématique Qualité de Vie au Travail, 2014

²⁴<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>

- Le management et les relations de travail : nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle ;
- La prise en compte des valeurs et attentes des salariés : développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique ;
- Les changements du travail : conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations...

Prévenir les RPS permet donc d'améliorer la qualité de vie au travail des salariés, les deux étant en effet intimement liés puisque agir sur les RPS ne peut avoir qu'un effet bénéfique sur la santé des salariés et participer à améliorer leur bien-être.

1.3 Le cadre réglementaire en vigueur et les accords interprofessionnels associés

La démarche de prévention des RPS au sein de la Fonction Publique repose sur une responsabilisation de l'employeur s'appuyant par ailleurs sur une réglementation récente qui évolue.

1.3.1 Le cadre général : la responsabilité de l'employeur

La loi définit une obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur. En effet, celui-ci, en vertu de l'article L4121-1 du code du travail, « *prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* »

Au sein de la fonction publique hospitalière s'applique directement la réglementation du code du travail relative à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.²⁵

Pour satisfaire à son obligation générale de sécurité, le chef d'établissement²⁶ doit respecter les neuf principes généraux de prévention des risques professionnels (dont les RPS font partie), définis par l'article L4121-2 du code du travail :

« *L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L.4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :*

1. *Éviter les risques ;*
2. *Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;*
3. *Combattre les risques à la source ;*

²⁵ Article L. 4111-1 du code du travail

²⁶ Article L 4121-1 du code du travail

4. *Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;*
5. *Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;*
6. *Remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou ce qui l'est moins ;*
7. *Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L1152-1 ;*
8. *Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;*
9. *Donner les instructions appropriées aux travailleurs. »*

Dans cette perspective de prévention, l'article L. 4121-3 du code du travail prévoit une évaluation des risques, auxquels sont exposés les agents, qui permet de mettre en œuvre des actions de prévention « *ainsi que des méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement.* ». Les résultats de cette évaluation sont inscrits dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. La prévention des risques psychosociaux est donc une obligation et doit être articulée avec la démarche globale de prévention de l'ensemble des risques auxquels sont exposés les agents.

1.3.2 Une réglementation récente en pleine évolution

La réglementation en vigueur dans le cadre de la prévention des RPS s'appuie sur différents textes :

- L'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique qui intègre l'accord national interprofessionnel du 02 juillet 2008 sur le stress au travail applicable aux entreprises privées
- La loi n°2010-751 du 05 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique qui crée notamment les CHSCT dans la fonction publique d'Etat et territoriale. S'agissant de la fonction publique hospitalière, les CHSCT existent depuis 1991
- Le protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013
- La circulaire du 20 mars 2014 sur la mise en œuvre d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans la fonction publique

- L'instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques

En application de l'accord du 22 octobre 2013, chaque employeur public devra, d'ici 2015, élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS. Ces plans de prévention reposeront sur une phase de diagnostic à laquelle l'ensemble des agents sera associé et qui devra être intégrée dans le document unique d'évaluation des risques professionnels. Le CHSCT contribuera à chaque étape, de l'élaboration du diagnostic à la mise en œuvre du plan de prévention.

La mesure n°3 du protocole d'accord-cadre prévoit que les employeurs pourront s'appuyer sur les différents outils méthodologiques développés dans le cadre des travaux, théoriques ou pratiques, faisant autorité sur le sujet. En particulier, ils pourront s'appuyer sur le Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique²⁷.

1.4 Les facteurs de RPS

Les causes des risques psychosociaux sont plurifactorielles. Elles s'enchainent dans le temps, créant des cercles vicieux, jusqu'à l'apparition d'une dégradation de la santé des salariés. L'exposition des salariés aux RPS peut ainsi être attribuée à des événements issus de l'organisation du travail et de l'environnement économique et social de l'établissement.

Les facteurs présents dans l'organisation du travail peuvent être nombreux : charge de travail, autonomie, utilisation des compétences, modalité de coopération interne, système de reconnaissance professionnelle...

Les facteurs de RPS ont été définis selon différentes dimensions ou domaines de tensions et de régulation par un Collège d'expertise présidé par Michel Gollac²⁸ et par l'ANACT²⁹.

Pour le Collège d'expertise, ces facteurs situés à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, sont analysés selon six dimensions :

- Les exigences du travail, qui regroupent les risques en lien avec le travail sous pression, les contraintes de rythme, la difficulté à concilier la vie professionnelle et la vie familiale, l'exigence de compétences élevées ;
- Les exigences émotionnelles, liées par exemple à un travail en contact direct avec le public, contact de la souffrance, agressions verbales ou physiques ;

²⁷ Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. DGAFP, Edition 2014. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique

²⁸ Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail (2011), « Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser », avril.

<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm>

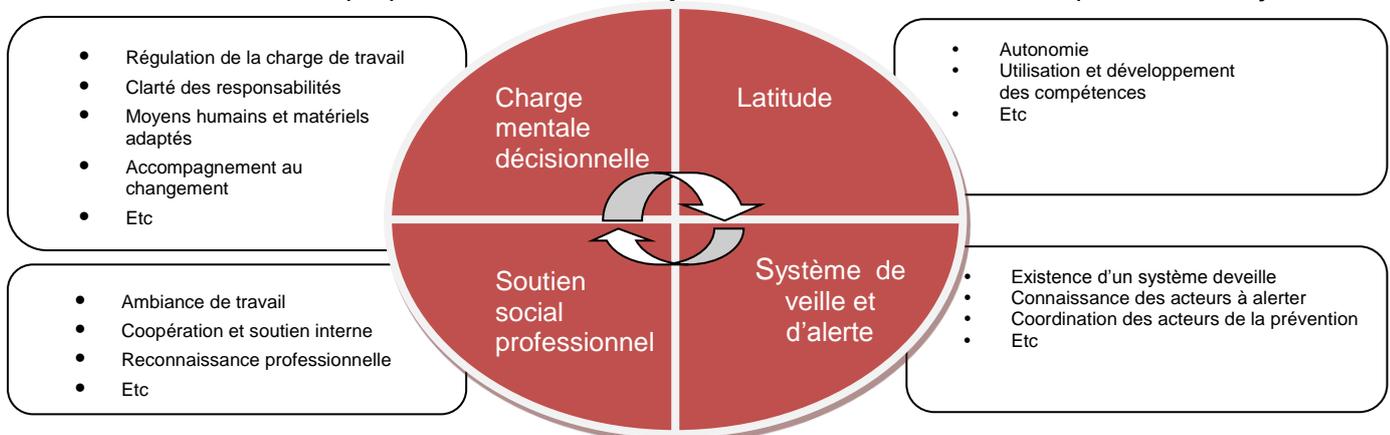
²⁹ Philippe Douillet, Prévenir les risques psychosociaux : outils et méthodes pour réguler le travail", juin 2013.

- L'autonomie et les marges de manœuvre qui désignent la possibilité d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir dans son travail ;
- Les rapports sociaux, les relations de travail qui couvrent les relations avec les collègues, la hiérarchie ; est questionnée aussi la reconnaissance du travail (reconnaissance symbolique, rémunération, promotion...);
- Les conflits de valeurs qui désignent une situation où l'on demande à une personne d'agir en contradiction avec ses valeurs professionnelles ou personnelles (conflits éthiques) ;
- L'insécurité économique qui inclut le risque de perdre son emploi et les changements non maîtrisés de la tâche ou des conditions de travail.

L'ANACT propose une analyse en quatre domaines de tensions et de régulation :

- Les exigences du travail et de son organisation : contraintes entre les objectifs de travail et les moyens mis à disposition, entre le niveau de prescription et les marges de manœuvre possibles, entre les efforts exigés et les possibilités de récupération ; degré d'exigence en matière de qualité ; pression temporelle ; complexité ; vigilance et concentration requises ; injonctions contradictoires ; autonomie dans le travail ; prévisibilité ; marges de manœuvre procédurales ; exigences émotionnelles
- Le management et les relations de travail : nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs : soutien social, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle
- Les valeurs et attentes des salariés : conciliation entre vie professionnelle et vie privée, entre les attentes individuelles de parcours professionnels et les exigences de l'établissement à court terme
- Les changements du travail : nouveau système d'information, réorganisation du service, restructuration de l'établissement, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi

Le schéma ci-dessous³⁰, propose un cadre d'analyse résumant les dimensions qui entrent en jeu



³⁰ Agir pour la prévention des risques psychosociaux. Collection les guides AGIR pour l'amélioration des conditions de travail. SECAFI, Groupe

2 Au sein de l'hôpital Le Vésinet, bien qu'une prévention se soit concrétisée par la mise en place d'un processus standardisé et généralisé, une réflexion sur le service de soins de longue durée s'est imposée.

L'hôpital Le Vésinet est un établissement de Soins de Suite et Réadaptation (SSR). Sa mission principale est la prise en charge pendant une durée limitée de patients qui requièrent des soins continus, après la phase aiguë de la maladie ou d'une intervention chirurgicale. Son activité se décompose dans quatre services distincts :

- 140 lits et places de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) prennent en charge des patients présentant des affections post-traumatiques, orthopédiques et neurologiques,
- 60 lits de Soins en Périnatalité (SPN) sont spécialisés dans le suivi médical, psychologique et social de la mère et de l'enfant avant et après la naissance,
- 60 lits de Suites Médico-chirurgicales (SMC) accueillent des personnes provenant de services de court séjour après une intervention chirurgicale ou une maladie aiguë,
- 60 lits de Soins de Longue Durée (SLD) prennent en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

La particularité du service de soins de longue durée demeure le mode de financement qui est différent du reste des autres services de soins. En effet, ce service n'est pas considéré comme un service de SSR et est régi par une convention tripartite tout comme les EHPAD.

Malgré cette distinction du mode de financement, le service est intégralement rattaché à l'hôpital Le Vésinet. Cette spécificité a l'avantage de faire bénéficier le service de tous les moyens et structures d'un hôpital comme des instances, des directions propres (qualité, achats, travaux et maintenance, ressources humaines, soins) sous la responsabilité d'une direction générale, une équipe mobile douleur et soins palliatifs, une équipe opérationnelle d'hygiène, une pharmacie à usage interne... En terme de prévention de la gestion des risques, cette appartenance à l'hôpital permet au service de bénéficier d'une réflexion commune intégrée dans la certification V2014.

Ainsi nous verrons tout d'abord quelle politique de prévention des RPS et de qualité de vie au travail a été amorcée au sein de l'hôpital pour ensuite s'intéresser à cette problématique au sein du service de soins de longue durée.

2.1 La prévention des RPS et la mise en place d'une politique de qualité de vie au travail dans le cadre de la certification V2014 au sein de l'hôpital Le Vésinet

Une réflexion avait été initiée, au départ en 2012, sur la prévention des RPS avec notamment l'intégration de ce risque au sein du document unique d'évaluation des risques professionnels. A la suite d'un signalement par la médecine du travail à l'inspection du travail, un cabinet conseil a été missionné en juillet 2012.

Le cabinet mandaté a fait le choix d'avoir une approche qualitative et représentative des diverses catégories de professionnels au travers d'entretiens. L'expertise a démarré en octobre 2012.

Compte tenu de l'effectif de l'hôpital et afin de couvrir l'ensemble des domaines d'activités, une approche par entretiens collectifs a été privilégiée en matière de recueil des informations. Trois groupes ont été constitués couvrant le secteur des soins, le secteur administratif et le secteur logistique & technique. La finalité de ces entretiens collectifs était de faire émerger et de mettre en discussion les difficultés, les points de dissension autour du travail.

Les conclusions très critiques du rapport d'expertise montrent un hôpital dans lequel

- les services sont cloisonnés
- les médecins sont confrontés à des formes compliquées de souffrance : ils sont les premiers exposés aux relations conflictuelles et ils pâtissent de leur propre manque de solidarité ;
- la souffrance psychique ne relève pas de cas singuliers dont l'existence pourrait être méconnue, mais bien d'un dysfonctionnement d'ensemble de l'hôpital au plus haut, qui fait système et dont les répercussions touchent à des degrés divers toutes les strates de l'organisation.

Pourtant malgré ce constat assez alarmant, le cabinet a fait le choix de ne proposer aucune recommandation structurée sous forme d'un plan d'action estimant que cela s'avérait prématuré.

Les seules indications que le cabinet propose sont les suivantes³¹ :

- diffuser largement le rapport afin que chacun puisse comprendre comment les choses se nouent, et ainsi réfléchir à son positionnement, son rôle et ses devoirs au sein de l'établissement.
- réinvestir les instances, en particulier la Commission Médicale d'Etablissement (CME), le CHSCT, et les conseils de pôle (restant à instaurer), afin qu'ils fonctionnent pleinement et qu'il soit à nouveau possible d'y débattre du travail concret dans toutes ses dimensions : médicale, pragmatique, subjective, sociale, réglementaire, juridique, économique, etc.

Pour le cabinet ces deux prérequis sont un passage obligé afin de sortir de l'hibernation de la parole et des stratégies de blocus, et rétablir une saine conflictualité, c'est-à-dire : dans le juste

³¹ Rapport d'expertise ArtisFacta, p45

respect des personnes, instaurer une véritable confrontation des idées pour élaborer ensemble une vision partagée de l'avenir de l'hôpital.

A la suite de ce rapport, la direction et le CHSCT de l'hôpital ont décidé de mettre en place une démarche de prévention des RPS. Pour initier cette démarche un comité de pilotage a été mis en place, il était composé de :

- La Directrice des Ressources Humaines et présidente du CHSCT
- Quatre représentants du personnel au CHSCT (dont le secrétaire de l'instance)
- Un représentant de la CME au CHSCT

A partir des éléments mis en évidence dans le rapport d'expertise de 2013 et du projet d'établissement, le comité a défini une feuille de route structurée autour de 3 axes :

- Structurer les procédures et les outils de prévention
- Piloter la résolution des situations de RPS détectées à l'hôpital et capitaliser sur les bonnes pratiques à développer
- Mettre en place des actions de prévention transverses à l'hôpital

A la fin 2014, lors de mon arrivée, l'hôpital avait rédigé sa procédure d'alerte permettant de repérer au plus tôt des situations psycho-sociales afin de les résoudre dans les meilleurs délais. Cette procédure a été validée par la direction et les instances entre septembre et octobre 2014.

Par ailleurs, les agents ont été informés sur le document lors de réunions plénières d'information début novembre.

Enfin, l'ensemble des cadres de proximité a été formé aux RPS par un cabinet de formation extérieur : G&P. L'objectif de la formation à laquelle j'ai pu participer visait à faire comprendre aux cadres ce que recouvrait la notion de RPS et de réfléchir à des situations concrètes pouvant induire des RPS. Cette formation d'une journée a été très appréciée par les cadres qui ont cependant ressenti le besoin d'avoir une formation complémentaire plus adaptée à leur environnement professionnel et leur apportant des réponses concrètes et pragmatiques.

En plus de cette réflexion sur la prévention des RPS, l'hôpital dans le cadre de la certification V2014, dont la visite des experts visiteurs est programmée du 31 mars au 03 avril 2015, a défini une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail.

La qualité de vie au travail fait en effet partie intégrante des thématiques prioritaires définies par l'HAS dans le processus de management.

L'HAS définit la QVT dans sa fiche technique critère 3d de mars 2011 par la qualité :

- Des relations sociales et de travail (telle que la reconnaissance du travail, la participation aux décisions...)
- Du contenu du travail (l'autonomie, le degré de responsabilisation...)

- De l'environnement physique (le bruit, l'éclairage, la chaleur, les agents chimique, l'ergonomie...)
- De l'organisation du travail (capacité organisationnelle, charge de travail, résolutions des dysfonctionnements...)
- Les possibilités de réalisation et de développement professionnels (rémunérations, formation, développement des compétences...)
- La conciliation entre vie professionnelle et vie privée (accès aux transports, services, horaires de travail...)

La qualité de vie au travail a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'établissement. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts. Ainsi, la qualité de vie au travail est une démarche de progrès qui passe :

- Par une volonté politique clairement exprimée
- La capacité à expérimenter donc une réversibilité possible des décisions et organisations après évaluation des dispositifs
- Une évaluation intégrée et mise en œuvre au quotidien dans une perspective d'apprentissage progressif

Au sein de l'hôpital, la qualité de vie au travail est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement. En effet, le projet social 2010-2015 comprend un axe qualité de vie au travail.

Cinq axes au regard de la QVT sont développés dans le projet social :

- Horaires et temps de travail
- Organisation du travail et insertion professionnelle
- Encadrement et autonomie dans le travail
- Information et expression
- Sécurité et agressivité

Enfin, un baromètre social a été réalisé en septembre 2014 auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement par le biais d'un questionnaire de satisfaction identique à celui du baromètre social de 2009 afin de pouvoir réaliser une comparaison entre les deux résultats obtenus.

Le taux de retour de ce questionnaire était de 83% qui comparativement à celui de 2009 (30%) fait relativiser la comparaison entre les deux années de références.

Cependant, ce questionnaire permet de mettre en évidence une évolution favorable pour les thèmes suivants :

- Intégration
- Amélioration des compétences
- Encadrement
- Gestion du temps

et une baisse de la satisfaction pour les thèmes suivants :

- Rapports d'équipe
- Satisfaction au travail
- Conditions de travail

Au regard de ses résultats, des axes d'amélioration seront proposés dans le cadre de la rédaction du projet social 2016-2020.

On constate donc que l'hôpital a mis en place des outils et dispose d'une organisation permettant d'identifier les alertes de RPS et d'intégrer la Qualité de vie au travail comme axe stratégique du projet d'établissement avec une déclinaison dans le projet social. Il m'est donc apparu intéressant de faire une étude sur les RPS au sein du service de soins de longue durée du fait de sa particularité (mode de financement, pathologie des résidents...) par rapport aux autres services de soins de l'hôpital mais aussi par l'analyse de données statistiques (absentéisme, turn-over) montrant un écart significatif avec les autres services.

2.2 Le choix du Service du Soins de Longue Durée.

2.2.1 Les USLD, un service à mi-chemin entre le sanitaire et le médico-social

A) Des réformes qui ont bouleversé le fonctionnement des USLD et redéfini leurs missions

Les USLD ont été redéfinis par :

- l'article 46 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2006,
- l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales dans les unités de soins de longue durée,
- la circulaire du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée³² concernant les unités de soins de longue durée.

Ces réformes ont été marquées par une crainte du corps médical de voir les USLD transférées dans le médico-social, d'autant qu'à la suite de la création de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), par la loi du 30 juin 2004, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des

³² Circulaire du 10 mai 2007:DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193

droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées organise par son article 59-1 le transfert des USLD dans l'enveloppe gérée par la CNSA.

Les USLD sont ainsi définies³³ « *Les unités de soins de longue durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner une perte d'autonomie durable. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale et une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum (fluides médicaux, appareil ECG, accès à un laboratoire d'analyses médicales et à un centre d'imagerie médicale par convention)* ».

La répartition des capacités d'accueil et des crédits afférents se base sur l'outil PATHOS³⁴. Cet outil permet d'évaluer les niveaux de soins nécessaires pour la prise en charge de la polypathologie des personnes âgées. Ensuite un PATHOS Moyen Pondéré (PMP) est calculé, il représente la charge en soins médicaux et techniques pour une population donnée.

L'objectif premier de cette démarche était de reconnaître les besoins et les profils des patients et de pouvoir offrir la prise en charge la plus adaptée. En effet, cette réforme clarifie les missions des USLD, les réorganise autour de structures dédiées et définit les besoins en soins et en personnels nécessaires à leur bon fonctionnement.

Cependant, l'utilisation de l'outil PATHOS ne reflète pas toujours la réalité de l'activité médicale des établissements. En effet, il se limite à une photographie à un jour J.

B) Des unités soumises à une tarification médico-sociale

Les USLD, bien que relevant du champ sanitaire, sont soumises à la tarification médico-sociale. Ainsi trois tarifs sont calculés : tarif soins, tarif dépendance et tarif hébergement. Les deux derniers tarifs sont à la charge du résident, sauf attribution de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) pour les plus de 60 ans, et attribution d'une aide sociale par le Conseil Départemental sur le tarif hébergement.

Le forfait soin de l'USLD est calculé à partir de l'évaluation du Gir Moyen Pondéré Soins (GMPS) qui tient compte à la fois de la dépendance des patients (Gir Moyen Pondéré -GMP) et de la lourdeur médicale ou Pathos Moyen Pondéré de l'établissement (PMP). Le calcul du GMPS est le suivant : $GMP + (PMP \times 2.59)$, et le calcul de la dotation soins de l'USLD reprend le GMPS définit précédemment auquel on multiplie la valeur du point (13.10€) et le nombre de places. Le montant ainsi calculé correspond à la dotation soins plafond à laquelle peut prétendre l'établissement.

³³ Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale, article 46

³⁴ Arrêté du 12 mai 2006

C) Un encadrement qui se veut adapté aux profils des résidents pris en charge

Conformément à l'annexe II de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2007³⁵, les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMPS de l'USLD, qui tient compte du GMP (Gir moyen pondéré). En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein (ETP) par lit.

2.2.2 Le service de SLD de l'hôpital Le Vésinet

A) Une architecture qui complexifie la prise en charge des résidents

Le service a été ouvert en 1994 au sein même de l'hôpital par la construction d'une aile. Le bâtiment est composé de deux étages correspondant aux deux unités du service.

Chaque unité a une capacité d'accueil de 30 lits répartis en 10 chambres individuelles et 10 chambres doubles. Chaque chambre dispose d'une salle de bain avec toilette et douche intégrées. Le service dispose donc d'un nombre de chambres individuelles fortement inférieur aux recommandations préconisées par l'arrêté du 26 avril 1999³⁶. Cette contrainte est source d'insatisfaction pour les résidents³⁷, d'autant que le prix de journée est identique entre une chambre individuelle et une chambre double.

Le bâtiment n'est aujourd'hui plus aux normes en termes de sécurité incendie, par ailleurs il n'a pas fait l'objet d'un investissement lourd depuis sa création. L'architecture du bâtiment ne répond plus aux besoins des résidents accueillis. En effet, la superficie des chambres (18m² pour les chambres individuelles et 26m² pour les chambres doubles), de la salle à manger, la largeur des couloirs ne sont plus adaptées à la prise en charge des résidents dont l'état de santé nécessite des fauteuils gériatriques adaptés pour la moitié des résidents accueillis. Ces fauteuils sont plus encombrants en largeur et en longueur que les fauteuils roulants classiques dits actifs.

Ces contraintes ne sont pas négligeables en termes de conditions de travail. J'ai pu observer lors de ma présence auprès des soignants, que les transferts, c'est-à-dire les passages du lit au

³⁵ Référentiel d'organisation des soins article 84 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007

³⁶ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

³⁷ Données issues de l'enquête de satisfaction réalisée en février 2015 auprès des résidents du service

fauteuil, qui nécessitent l'utilisation de matériel adapté (lève-malade) se révèlent très compliqués. Les soignants sont dans l'obligation de multiplier les manipulations pour réaliser correctement ces déplacements. Bien que le service soit doté de matériels suffisants et adaptés pour réaliser ces transferts, les contraintes architecturales actuelles occasionnent une charge de travail supplémentaire qui peut être source de stress dans le cadre de l'intensification du travail ressenti par les AS notamment. Elles ont le sentiment que le temps perdu à réaliser ces transferts l'est au détriment du temps relationnel qu'elles pourraient consacrer aux résidents.

Le bâtiment ne dispose pas non plus de zones de rangements adaptés ce qui entraîne l'encombrement des couloirs. Cette absence de locaux dédiés en nombre suffisant a de nouvelles conséquences sur la charge de travail mais aussi sur la qualité de la prise en charge. Les résidents qui ont la capacité de circuler de façon autonome dans les couloirs (marche ou utilisation de fauteuils roulants actifs) sont entravés dans leur libre circulation et peuvent risquer de chuter. Ceci oblige les personnels à rester extrêmement vigilants et à venir en aide parfois aux résidents. De nouveau, ces contraintes peuvent occasionner du stress pour les professionnels.

Ces contraintes peuvent amener à se poser la question de la distinction entre le travail réel et le travail prescrit. On constate en effet que la multiplication des tâches induites par l'architecture du bâtiment (chambres trop petites, couloirs étroits...) entraîne un temps de travail réel qui ne correspond pas forcément au travail prescrit. Cette prise en compte en terme ergonomique s'avère nécessaire pour comprendre les difficultés rencontrées au quotidien par les personnes et les implications en termes de charge de travail.

Le service ne dispose par ailleurs pas d'un lieu de repos clairement défini. Les personnels utilisent les offices situés au cœur des unités. Les temps de pauses quotidiennes peuvent permettre de liquider, au jour le jour, une part de stress chronique. Cependant, le positionnement de ce lieu ne permet pas aux professionnels de s'isoler et de décompresser. Ils sont confrontés à des injonctions paradoxales : besoin de souffler et réponses aux sollicitations des résidents ou des familles. Cette absence de coupure temporelle et spatiale ne leur permet pas d'évacuer les tensions émotionnelles, psychiques ou physiques vécues au quotidien.

Dans le cadre du renouvellement de la convention tripartite en 2009, un projet de reconstruction du service avait été inscrit et initié mais n'a pas abouti. Le personnel vit assez mal cette situation. Il a en effet le sentiment que les investissements de l'hôpital se concentrent sur les autres services de soins au détriment du SLD.

En Septembre 2014, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France a sollicité l'ensemble des établissements disposant d'un SLD. Les établissements concernés devaient compléter une

enquête afin de faire un état des lieux de la situation patrimoniale. A l'issue de cette enquête, l'hôpital va bénéficier d'une subvention de 2 millions d'euros afin de se conformer aux normes architecturales des USLD³⁸. Ce projet de reconstruction du service qui va être intégré au renouvellement de la convention tripartite prévue en 2016 devra associer les professionnels et prendre en compte le projet de service en cours de rédaction. Les études ergonomiques menées en milieu médico-social ont montré l'importance de la parcellisation du travail des soignants qui empêche un accompagnement du résident passant par la présence du soignant à ses côtés pour une possibilité de soins relationnels³⁹. Des démarches de formation-action ergonomique ont été mises en œuvre dans des établissements sanitaires et médico-sociaux pour réduire les RPS du personnel tout en améliorant la qualité des soins. Par ces initiatives, il s'agit de profiter notamment des réaménagements pour optimiser l'efficacité des équipes, tout en promouvant la satisfaction professionnelle, la fidélisation des soignants et l'attractivité des postes.

Dans le cadre du projet de reconstruction du service, cette approche apparaît comme nécessaire pour définir une nouvelle organisation prenant en compte les besoins de l'ensemble des acteurs (professionnels, résidents, familles).

B) Le personnel et le profil des résidents

a) L'encadrement du service

L'effectif validé par le Conseil Départemental (CD) des Yvelines prend en compte les personnels présents dans le service ainsi que les charges de personnel consacrées à l'activité du service converties en ETP (prestation de restauration, d'encadrement de nuit, pharmacien...). Il est le suivant en date de janvier 2015 :

Personnel salarié au sein du SLD

Catégories	Effectifs en ETP
Administration et services généraux	1,00
Animation, social	1,80
Agent de service hospitalier	12,50
Aide-soignante	25,01
Psychologue	0,50
Infirmière	12,05
Auxiliaires médicaux	1,34
Médecin	1,60
Total permanents	55,80
Remplacements (ASH et IDE)	1,30
Total personnel	57,10

³⁸ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

³⁹Rogez, I (2009). Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes-Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention. Les dossiers de l'ARACT Nord-Pas de Calais, 22 pages

Charges de personnel consacrées au service et converties en ETP

Catégories	Effectifs en ETP
Administration et services généraux	5,34
Agent de service hospitalier	1,02
Aide-soignante	1,00
Pharmacien	0,39
Total	7,75

Sur cette base, le Conseil Départemental définit le ratio d'encadrement par GMP pour 2015 ainsi :

	Total
Total effectifs ETP	64,85
Ratio encadrement (a)	1,138
Ratio (a) / GMP	1,259

Or, si l'on se base sur l'article II de la LFSS de 2007, l'encadrement de 1,1 ETP par lit ne prend en compte que le personnel infirmier, aide-soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical, soit un taux d'encadrement de 0,93 et en terme d'encadrement en soins (ASH, AS et IDE) de 0,88. Bien que les modes de calcul soient différents, on obtient des ratios qui sont proches dans le 2^{ème} cas, des bonnes pratiques.

b) Profils des résidents accueillis (données de 2014)⁴⁰

Les résidents proviennent essentiellement d'un autre service de l'hôpital (MPR ou SMC) ou de centres hospitaliers proches.

L'âge moyen s'établit à 83 ans ; 13 patients ont plus de 90 ans ; la moyenne d'âge est de 85 ans pour les femmes et de 78 ans pour les hommes avec des âges extrêmes allant de 65 à 102 ans. La durée moyenne augmente continuellement depuis 2010 pour atteindre 4,4 années malgré un nombre de décès assez constant et proche du nombre d'admissions (entre 15 et 16).

L'évolution de la répartition des pathologies dont sont atteints les résidents entraîne une accentuation de la médicalisation du service.

En effet, avant 2009, les pathologies les plus fréquentes étaient les démences (53%) puis les troubles neurologiques (26%) et enfin les polyopathologies (19%). Une inversion s'est depuis opérée puisque la répartition à décembre 2014 est la suivante : 64% des pathologies neurologiques et psychiatriques, 27% de démences et 9% de polyopathologies.

Les résidents nécessitent une prise en charge pluriprofessionnelle (rééducateurs, soignants, psychologue...) avec un personnel formé à ses pathologies lourdes.

⁴⁰ Rapport d'activité 2014 du service de soins de longue durée

Par ailleurs, l'évaluation de la dépendance des résidents effectuée à l'aide du système AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) montre une forte dépendance puisque 93% des résidents sont classés dans les GIR 1 (53%) ou 2 (40%). Le GMP est de 903 et le PMP de 503.

Pour le service de SLD de l'hôpital Le Vésinet, le PMP n'a pas été revu depuis 2011 dans le cadre du 1^{er} renouvellement de la convention tripartite et ce PMP ne sera pas revu avant 2016. En effet la Délégation Territoriale ARS des Yvelines (DT ARS 78) a fait part à l'établissement de ses difficultés pour réaliser ces coupes PATHOS sur l'ensemble des établissements sous sa responsabilité. Or cette coupe PATHOS conditionne le montant de la dotation globale en soins qui inclut les charges de personnel afférentes à la section soins (IDE, 30% des AS, auxiliaires médicaux et médecins), les charges à caractère médical, les médicaments. Par ailleurs, dans le cadre du projet de reconstruction du service de SLD, une réunion a été organisée avec l'ARS Ile de France, le Conseil Départemental des Yvelines et la DT ARS 78. Dans le cadre de cette réunion, le médecin inspecteur de la DT ARS en charge du calcul de cette coupe PATHOS a fait remarquer que compte tenu du PMP actuel du service particulièrement élevé, la réactualisation de la coupe PATHOS pouvait être « à double tranchant ». Elle nous a en effet fait part du risque que la coupe réactualisée soit inférieure à la coupe actuelle et nous a clairement déconseillé de solliciter une réactualisation rapide de cette coupe. La réalité rattrape bien la théorie puisque lors de la redéfinition des USLD par la LFSS, les nouvelles USLD étaient destinées à accueillir le bon patient au bon endroit et éviter que les EHPAD ne soient amenés à prendre en charge des résidents nécessitant des soins médicaux lourds avec l'obligation d'une présence médicale et infirmière 24h/24. Or lors de cette réunion, le médecin nous a précisé que le profil des résidents, accueillis au regard du GMP et du PMP, était trop orienté sur une prise en charge sanitaire et que l'ARS à terme ne pourrait pas suivre en terme de financement via la dotation globale de soins qui est déjà aujourd'hui insuffisante (cette section est en effet déficitaire depuis 3 ans). Elle nous a donc conseillé de réfléchir à une orientation plus médico-sociale du service en revoyant notamment le profil des résidents accueillis.

En dehors des considérations financières, cette réorientation pose des questions éthiques. Si les USLD sont amenées à devenir des structures médico-sociales, quelles sont leurs différences avec les EHPAD et surtout si les pathologies des résidents nécessitent une surveillance médicale 24h/24, quelles structures les accueilleront si les USLD font le choix de mixer les profils des résidents en ouvrant les admissions à des personnes moins dépendantes. Face à ce discours, le responsable du service et la directrice bien que perplexes sur l'avenir des USLD, maintiennent leur volonté d'accueillir au sein du service des résidents ne pouvant être admis en EHPAD de par leurs pathologies. Ce choix éthique apparaît noble et logique, cependant, il fait planer le risque

d'un financement inadapté qui nécessitera si cela se confirme dans le futur de revoir l'organisation de la prise en charge avec un encadrement soignant revu à la baisse.

Au final, les résidents accueillis au sein du service sont fortement dépendants physiquement et psychologiquement. La médicalisation accrue du service nécessite de nombreux soins techniques qui doivent être maîtrisés afin d'être réalisés dans des conditions de sécurité et de confort satisfaisantes.

Après cette présentation générale, je vais exposer les résultats de l'enquête sur la prévention des RPS obtenus au sein du service.

3 Résultats de l'enquête sur la prévention des RPS au sein du service de SLD

3.1 Pré diagnostic (dépistage)

- Taux d'absentéisme :

L'absentéisme est un indicateur fréquemment utilisé dans le dépistage des situations de travail problématiques du point de vue des RPS. Selon les chiffres de 2013⁴¹, le taux d'absentéisme pour raison de santé serait de 10.9% dans la fonction publique hospitalière.

Pour le service de SLD, j'ai fait la comparaison par rapport aux autres services de l'hôpital en intégrant les absences pour raisons de santé suivantes :

- Jours d'arrêts de maladie ordinaire
- Jours d'arrêts de longue maladie et de maladie de longue durée
- Jours d'arrêts de maladie professionnelle et d'accidents du travail et de trajet
- Jours d'arrêts pour maternité

J'ai fait un comparatif entre 2013 et 2014 et l'on obtient les éléments suivants :

	2013		2014	
	Taux d'absentéisme	Nombre de jours d'absence par agent	Taux d'absentéisme	Nombre de jours d'absence par agent
SLD	12,7%	46	11,5%	42
MPR	7,3%	27	7,5%	27
SPN	7,1%	26	8,8%	32
SMC	2,0%	7	6,1%	22
Total Hôpital	10,4%		10,3%	

On constate que le taux d'absentéisme du service est supérieur au taux général de l'hôpital. Il est en baisse entre 2013 et 2014 contrairement aux autres services de soins. Cependant, un élément

⁴¹ Données Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) issues des bilans sociaux des établissements publics de santé : Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2013. ATIH, mars 2015.

peut expliquer le taux supérieur du service par rapport aux autres services. L'hôpital a fait le choix d'intégrer les jours d'arrêts pour congé longue durée et congé longue maladie dans une unité fonctionnelle spécifique « personnels non affectés » pour tous les services de soins excepté le service de soins de longue durée. Ce choix permet à l'hôpital de justifier des ETP de personnel de remplacement auprès des autorités de tutelle (ARS et Conseil Départemental). Si l'on retire ces jours comme pour les autres services, le taux d'absentéisme du service serait de 8,8% en 2013 et de 10,3% pour 2014.

Le taux d'absentéisme du service reste dans les normes nationales et n'apparaît pas excessif, cependant, on constate que si l'on ne prend que les arrêts pour maladie ordinaire, leur part sur les autres absences pour raison de santé est en augmentation entre 2013 et 2014 (il représente 40% des absences en 2013 contre 55% en 2014), soit une augmentation de 26% ce qui peut se révéler être symptomatique d'un mal être au travail et un signe de RPS si cette évolution était amenée à se poursuivre sur les années à venir. En effet, cette augmentation sur une année peut également être uniquement conjoncturelle et sans lien avec le travail.

J'ai également fait une étude des données d'absentéisme par catégorie professionnelle afin de voir si certaines catégories étaient plus concernées par l'absentéisme. Les données sont présentes dans le tableau suivant :

	2013		2014	
	Taux d'absentéisme	Nombre de jours d'absence par agent	Taux d'absentéisme	Nombre de jours d'absence par agent
IDE	7,7%	28	11,9%	43
AS	14%	51	11,6%	42
ASH	20,7%	76	9,4%	34

Cette forte variation s'explique notamment par la présence ou non d'absences pour raison de maternité pour les IDE et les ASH. Le tableau ci-dessous reprend les jours d'absence par catégorie :

	2013				2014			
	MO	CLM-CLD	Maternité	AT-MP	MO	CLM-CLD	Maternité	AT-MP
IDE	263	0	74	10	284	0	178	66
AS	450	506	251	27	612	114	251	73
ASH	290	275	308	20	373	0	0	7

Ce tableau montre que :

Pour les IDE comme les ASH la variable d'évolution concerne les absences pour maternité.

Pour les AS, les arrêts pour longue maladie (Congé Longue Maladie (CLM) et Congé Longue Durée (CLD)) sont en forte baisse (-78%) alors que les arrêts pour maladie ordinaire augmentent de 36%.

Si l'on s'intéresse, sur 2014, à la répartition des arrêts en fonction de leur durée, sur la base des données fournies par le logiciel de gestion du bilan social de l'hôpital, on s'aperçoit que le nombre

de jours d'arrêts inférieurs à 6 jours est minime puisqu'il représente sur l'ensemble des jours d'arrêts pour raisons de santé seulement 4% des arrêts totaux.

La fréquence des arrêts de courte durée est généralement un indicateur de désinvestissement du travail ou de démotivation.

Ces données montrent que l'absentéisme est élevé et principalement centré sur la maladie ordinaire. En effet, les absences pour congé maternité sont des absences prévisibles et qui sont remplacées par des personnes en contrats. Les absences pour CLD et CLM sont en forte diminution et sont le reflet de la gestion des inaptitudes par l'hôpital qui anticipe au plus tôt en lien avec le médecin du travail. Ces absences sont concentrées autour de 1 ou 2 personnes et leurs absences font également l'objet de remplacement par des contractuels.

Les absences pour maladie ordinaire sont, elles, en augmentation pour les 3 catégories professionnelles AS, IDE et ASH. Bien que les absences de courtes durées sur 2014 soient négligeables, on peut s'interroger sur l'augmentation de cet absentéisme. Lors des entretiens avec le personnel, il est ressorti que cet absentéisme était dû, selon eux, aux conditions de travail uniquement pour les AS. Pour les autres catégories professionnelles, cet absentéisme serait conjoncturel et lié à des problèmes de santé sans lien avec le travail et donc difficilement maîtrisable. Quoiqu'il en soit, cet absentéisme reste un signal d'alerte pour le cadre puisqu'il peut signifier un malaise, une fuite ou une démotivation qui sont clairement exprimés par les AS et les IDE lors des entretiens semi-directifs. Le sentiment d'incapacité à mener correctement le travail en raison du sous-effectif ressenti abouti à un sentiment de lassitude et de fatigue émotionnelle. Ce sentiment est d'autant plus renforcé que la cohésion d'équipe fait défaut notamment entre les IDE et les AS qui ont de grandes difficultés à travailler ensemble.

Cet absentéisme a des conséquences sur le fonctionnement de l'organisation et des conditions de travail. Cet absentéisme peut avoir des conséquences sociales sur le collectif et l'individu. Au niveau individuel, les personnels présents doivent assumer une charge de travail supplémentaire si l'absence n'est pas remplacée ou travailler avec un intérim ou un vacataire qu'il faut former. Cette situation peut occasionner de la fatigue et du stress qui peut se combiner avec le sentiment de ne pas être reconnu à la hauteur des efforts pratiqués. Au niveau du collectif, cet absentéisme peut générer une baisse de solidarité et dégrader les relations interpersonnelles. Or la qualité du travail au sein du service se base sur une prise en charge pluriprofessionnelle qui repose sur un travail d'équipe. La prise en charge du résident ne peut être individuelle, elle doit être partagée et échangée en équipe pour être optimale.

L'absentéisme peut donc détériorer la qualité de vie au travail. Le risque de s'inscrire dans un cercle vicieux entre dégradation des conditions de travail et absentéisme devient alors réel.

- Le nombre de MP et AT du service

Les accidents du travail constituent un indicateur couramment utilisé par les acteurs de la prévention. Ils sont pertinents dans le dépistage des RPS car ils peuvent être la conséquence de troubles de l'attention ou de la vigilance induits par ces risques. Sur l'année 2014, au sein de l'hôpital, le nombre de déclaration d'AT était de 39 pour 40 en 2013⁴².

Parmi ces AT, 10 ont été déclarés au SLD en 2014 et 9 en 2013. Même si le nombre de déclarations d'AT est assez faible au sein de l'hôpital, on constate qu'environ 25% de ces déclarations proviennent du SLD. Cependant, on constate que le nombre de jours d'arrêts est assez faible puisque par exemple, pour l'année 2014, le nombre de jours d'arrêts n'est que de 17 jours. Ce nombre de jours d'arrêts ne concerne que les arrêts déclarés en 2014 et pas l'ensemble des jours d'arrêts issus d'arrêts antérieurs. Ces 17 jours d'arrêts correspondent à des accidents dont le motif est « effort de soulèvement ».

Pour les maladies professionnelles, au sein du service, il n'y a eu aucune déclaration depuis 2012. On constate donc que ces deux indicateurs ne sont pas révélateurs au sein du service de RPS.

- Taux de rotation du personnel

Le turn-over se définit comme la rotation du personnel (mouvements d'entrées et de sorties). Il se mesure par le rapport entre le nombre d'entrées (ou de sorties) au cours d'une année et l'effectif total moyen.

Au sein du service, le turn-over est de 36%.

Si l'on s'intéresse à ce turn-over par grade et plus particulièrement pour les AS et les IDE, on constate que le turn-over est très :

- important pour les IDE : 53%
- en dessous de la moyenne pour les AS : 24%

Ce taux de turn-over élevé peut révéler un certain degré d'insatisfaction, une difficulté manifeste au travail (pénibilité, démotivation...). Il a des conséquences en terme d'organisation du travail puisqu'il nécessite de former les nouveaux personnels et reporte le temps de formation sur les personnels présents avec une conséquence sur la charge de travail qui s'accroît.

Comme le rappelle Gérald Naro⁴³ « *Il peut s'avérer coûteux (coûts de remplacement, de formation et d'apprentissage...), il peut être nuisible à la qualité et au service* ».

Ce turn-over est également le reflet de la politique de fidélisation du personnel au sein de l'hôpital. En effet, pour pallier les difficultés de recrutement des AS et des IDE notamment au sein du service, la direction des soins a fait du service de SLD le passage obligé pour être titularisé ou affecté par la suite au sein d'un autre service de soins de l'établissement. Pour les agents en promotion professionnelle, un contrat d'engagement est formalisé avec à la clef la possibilité de

⁴² Données du bilan social 2013 et 2014 de l'Hôpital Le Vésinet

⁴³ Naro Gérald, 2007 « Les indicateurs sociaux : du contrôle de gestion sociale aux développements récents du pilotage et du reporting »

changer de service lorsqu'un poste vacant se libère. Cette politique a permis de combler les postes vacants et réduire le délai de recrutement notamment des IDE qui ne sont pas naturellement attirées par un service gériatrique. Cependant cette politique ne permet pas de fidéliser le personnel au sein du service. Ce turn-over est mal vécu par les équipes mais aussi par les résidents. Il nuit à la qualité de la prise en charge et bouleverse les repères des résidents qui ont besoin de référents stables. Les personnels se plaignent plus du turn-over que de l'absentéisme car il nécessite de former le personnel nouvellement arrivant, par ailleurs, il a des conséquences non négligeables sur la cohésion d'équipe et sur la mise en place de projets. L'importance de collectifs de travail soudés faisant évoluer un projet de soins ou un projet de vie personnalisé est reconnue⁴⁴. Mais la stabilité du personnel apparaît comme nécessaire à la réussite de la mise en œuvre de ses projets visant l'amélioration de la prise en charge du résident.

- Pyramide des âges

Sur un nombre physique de personnes de 60, toute catégorie confondue, la répartition est la suivante :

- 53 femmes
- 7 hommes

Tranche d'âge	Nombre de personnes	Pourcentage
18-30 ans	17	28%
31-40 ans	14	23%
41-50 ans	16	27%
51-60 ans	10	17%
+ de 60 ans	3	5%
TOTAL	60	

Si l'on réalise cette pyramide par grade et plus particulièrement sur les grades d'IDE, d'AS et ASH, on obtient les résultats suivants :

IDE :

Tranche d'âge	Nombre de personnes	Pourcentage
18-30 ans	2	14%
31-40 ans	4	29%
41-50 ans	3	21%
51-60 ans	5	36%
+ de 60 ans	0	0%
TOTAL	14	100%

AS :

Tranche d'âge	Nombre de personnes	Pourcentage
18-30 ans	8	32%
31-40 ans	7	28%
41-50 ans	8	32%
51-60 ans	2	8%
+ de 60 ans	0	0%
TOTAL	25	100%

ASH :

Tranche d'âge	Nombre de personnes	Pourcentage
18-30 ans	6	46%
31-40 ans	2	15%
41-50 ans	4	31%
51-60 ans	0	0%
+ de 60 ans	1	8%
TOTAL	13	100%

On constate donc que le personnel du service est sur une pyramide des âges équilibrée avec une bonne répartition entre les personnels nouveaux (entre 18 et 30 ans) et les personnels proches de la retraite (entre 51 et plus de 60 ans).

Si l'on analyse par grade, on s'aperçoit que les ASH et les AS sont particulièrement jeunes notamment les ASH où plus de 46% ont moins de 31 ans.

⁴⁴Estryn-BéharM Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe (2008) Presses de l'EHESP 383 pages

Pour les AS, la répartition est plus homogène ce qui permet de faciliter la transmission du savoir et des connaissances.

Pour les IDE, la pyramide est très concentrée entre 31 et 50 ans avec plus d'un tiers des effectifs qui est proche de la retraite et qui est donc à intégrer pour les recrutements dans les 5 années à venir.

Cependant, au regard du turn-over très important sur cette catégorie, il apparaît primordial de fidéliser le personnel présent pour faciliter le recrutement à venir. Les IDE recrutées au sein du service sont généralement de jeunes diplômées en contrat d'engagement dans le cadre du financement de leurs études ou de leur promotion professionnelle. Or les IDE qui vont partir à la retraite sont des agents qui avaient fait le choix de travailler au sein du service et qui ont une ancienneté et une connaissance de la prise en charge des résidents. Au sein de l'équipe elles sont perçues comme des éléments moteurs et des soutiens sur lesquels peuvent s'appuyer les autres professionnels. Pour limiter la perte de connaissances et d'expériences que peut entraîner ces départs, il s'avère primordial de les anticiper en fidélisant les personnes présentes et en les reconnaissant dans un rôle d'accompagnement des équipes dans la prise en charge des résidents. Cette phase devra être pilotée par l'encadrement en communiquant sur l'intérêt d'un tel passage de témoin et en suscitant l'envie de jouer ce rôle en les valorisant dans leurs missions.

3.2 Diagnostic approfondi :

3.2.1 Résultats des questionnaires

Le taux de retour du questionnaire, 40% (19 questionnaires reçus sur 47 remis) se révèle correct.

Pour permettre une analyse par tris croisés, le questionnaire comportait des questions sur les caractéristiques individuelles des personnels à savoir :

La fonction occupée :

- 5 IDE (50% des IDE du service)
- 6 AS (30% des AS du service)
- 3 ASH (23% des ASH du service)
- 4 autres fonctions (ergothérapeute, kinésithérapeute, animatrice...)
- 1 non réponse

L'âge

- 18-30 ans : 39% (60% pour les IDE, 50% pour les AS)
- 31-40 ans : 17%
- 41-50 ans : 22%
- 51-60 ans : 22% (40% pour IDE et 33% pour les AS)

L'Ancienneté dans le service

- Moins de 2 ans : 39% (80% pour les IDE et 50% pour les AS)
- De 3 à 5 ans : 28%
- De 6 à 10 ans : 17% (20% des IDE et 17% des AS)

- Plus de 10 ans : 17% (aucune IDE et AS)

Ces caractéristiques montrent conformément aux données sur le turn-over que le personnel est assez jeune et avec une ancienneté limitée (67% des personnes ont moins de 5 ans d'ancienneté). Ces informations pourraient traduire la difficulté pour le service de fidéliser les personnels, cependant, elles ne font surtout que confirmer le fait que les agents qui arrivent dans le service généralement pour leur premier poste (notamment pour le personnel soignant) ont une perspective de changer par la suite de service lorsqu'un poste se libère au sein d'un autre service de soins. Cette mobilité au sein de l'hôpital est d'ailleurs valorisée et mise en avant lors du recrutement par la Direction des Soins. Elle a permis, en lien avec une politique de financement des études au sein des IFSI (Institut de Formation des Soins Infirmiers), de pallier la difficulté à recruter des IDE (cette politique est d'ailleurs appréciée par le service puisque le responsable du service et la cadre lors des entretiens l'ont mise en avant).

Pour les autres thématiques du questionnaire, j'ai fait le choix de mesurer la gradation de satisfaction en agrégeant les réponses « toujours » et « souvent » pour définir une satisfaction positive et en agrégeant les réponses « parfois » et « jamais » pour mesurer une insatisfaction. Cette règle étant fonction par ailleurs du type de questions posées. Ce mode de calcul m'a permis de mettre en avant :

- Les points forts (satisfaction supérieure à 70%)
- Les points à améliorer (satisfaction comprise entre 60 et 69%)
- Les points faibles (satisfaction inférieure à 60%)

Les résultats complets du questionnaire sont présents en annexe⁴⁵, le tableau ci-dessous récapitule par thématiques les résultats ainsi calculés.

⁴⁵ Annexe 5 : Résultats du questionnaire sur les conditions de travail et les risques psychosociaux

Thématiques	Points forts Satisfaction supérieure à 70%	Points à améliorer Satisfaction entre 60 et > à 69%	Points faibles Satisfaction inférieure à 60%
Autonomie et marge de manœuvre	Prise de décisions individuelles (72%) Travail nécessitant un niveau de compétence (95%) Utilisation pleinement des connaissances (79%)	Activités variées (63%)	Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles (53%) Travail avec des tâches répétitives (69%) Travail créatif (56%) Consultation sur le changement dans le travail et les conditions de travail (44%)
Exigences du travail	Pense à son travail avant de s'endormir (37%) Conciliation vie privée, vie professionnelle (95%)	Temps nécessaire pour exécuter correctement le travail (62%) Moyens pour réaliser un travail de qualité (63%)	Travail à réaliser vite (78%) Travail intense (89%) Quantité de travail excessive (72%) Attendre le travail des collègues ralentit le travail (56%)
Rapports sociaux, relation de travail	Cadre se sent concerné par le bien-être des personnels (79%) Cadre prête attention aux avis du personnel (89%) Cadre réussit à faire collaborer le personnel (83%) Personnel compétent (94%) Intérêt des collègues (79%) Collègues amicaux (79%) Collègues s'entre-aident (74%)	Le cadre aide le personnel à mener à bien ses tâches (69%)	
Reconnaissance	Respect mérité des supérieurs hiérarchiques (94%) Respect et estime mérités au vu des efforts pratiqués (88%) Respect mérité des collègues (94%) Soutien satisfaisant dans les situations difficiles (82%) Travail apprécié à sa juste valeur par les supérieurs (89%) Travail apprécié à sa juste valeur par les résidents (100%) Travail apprécié à sa juste valeur par les familles (89%)	Travail apprécié à sa juste valeur par les collègues (67%)	Perspectives de promotion fortes (42%)

Sens du travail et conflits de valeurs	Tâches effectuées correspondent aux attentes (79%) Travail utile pour les autres (100%) Fierté du travail bien fait (94%) Métier réalisé tel qu'il était conçu (76%) Moyens de faire un travail de qualité (74%) Activités en désaccord sur le plan moral (non à 72%)		Décisions et pratiques à l'encontre des valeurs professionnelles (41%)
Contraintes professionnelles	Conditions de travail inchangées (72%) Bonne ambiance de travail		Temps insuffisant pour mener à bien l'activité Situation de sous-effectif Problème de collaboration
Ambiance de travail et pénibilité	Ne doit pas faire semblant d'être de bonne humeur ou cacher ses émotions (74%) Soutien des collègues quand difficulté dans le travail (100%)	Poste et environnement de travail satisfaisant (61%)	Soutien de la hiérarchie quand difficulté dans le travail (58%)
Valorisation	Sentiment d'avoir une valeur professionnelle (88%) Liberté de s'exprimer (89%) Développement de la confiance en soi (94%) Participation à l'amélioration de la qualité (76%) Participation à la prise de décisions (73%) But et valeurs communs partagés (84%) Projet professionnel avec voie de résolution (83%)	Appartenance à un groupe (65%)	Compétences utilisées à 100% (40%)
Question générale	Satisfaction globale (95%)		

Par ailleurs, l'ambiance de travail est jugée dynamique (58%), chaleureuse (53%), tendue (42%) et conflictuelle (37%). Pour les IDE cette ambiance de travail est jugée sereine (80%), Dynamique (60%), Chaleureuse (60%) et confiante (40%). Pour les AS l'ambiance de travail est jugée dynamique (67%), tendue (50%), chaleureuse (50%) et confiante (40%).

L'analyse par tris croisés permet de voir les variations de satisfaction selon les catégories professionnelles. Cette analyse s'est révélée particulièrement saillante pour les IDE et les AS.

Pour les IDE, concernant la latitude décisionnelle, elles ont pour 80% d'entre elles, le sentiment d'avoir des activités variées, ce qui démontre l'absence de monotonie et l'intérêt des tâches qui sont réalisées. Les IDE dans le cadre de leur fonction ont en effet la particularité d'avoir des rôles propres et médicaux délégués. Le rôle propre de l'IDE concerne les soins liés aux fonction d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne. Dans ce cadre, l'IDE a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires⁴⁶. Elle peut notamment déléguer une partie de cette activité à d'autres professionnels qu'elle évalue et supervise en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration. Dans le cadre du service de SLD, cette délégation est assurée par les AS.

La demande psychologique apparaît comme moins forte puisque la quantité de travail n'est pas jugée excessive et les moyens mis à la disposition des IDE leurs permettent de faire un travail de qualité. Les IDE ne rencontrent également pas de difficulté dans la réalisation de leur travail en fonction de l'avancée du travail des autres professionnels. Selon elles, attendre le travail des collègues ne ralentit pas leur propre travail. Pourtant la prise en charge des résidents nécessite « un bouquet de compétences »⁴⁷ propice à des soins de qualité. On peut donc s'interroger sur les relations entre les AS et les IDE dans la prise en charge du résident et sur la complémentarité du travail, renforcé par le sentiment pour les AS de n'avoir au contraire pas suffisamment de temps pour réaliser des soins de qualité.

Les IDE se montrent également assez critiques sur le soutien apporté par le cadre. Elles estiment qu'il ne sent pas assez concerné par le bien être des personnels et ne réussit pas suffisamment à faire collaborer le personnel. La mission principale du cadre de santé est de répondre aux besoins et attentes du personnel en promouvant la qualité des prestations dispensées. Il devra dès lors « *porter attention au personnel de son service afin de lui offrir les meilleures conditions possibles pour que celui-ci puisse exercer son métier, le développer et s'épanouir* »⁴⁸. Or pour être facilitateur, le cadre a pour Walter HESBENN la mission de communiquer en favorisant les échanges, le partage et la compréhension des informations. C'est un moyen pour créer des liens entre les professionnels et alimenter le cheminement d'une équipe.

⁴⁶Article R.4311-3 du Code de la Santé Publique.

⁴⁷Walter HESBENN, « La qualité du soin infirmier » 2ème édition Masson, 2002

⁴⁸Walter HESBENN, « La qualité du soin infirmier » 2ème édition Masson, 2002, p87

Ce manque de liens entre les professionnels mis en avant par les IDE est renforcé par le sentiment que leurs collègues ne leur portent pas suffisamment d'intérêt et qu'elles ne sont pas soutenues dans les situations difficiles.

Pour les AS, la latitude décisionnelle est jugée comme faible avec la réalisation de tâches répétitives, des activités peu variées et créatives et une prise de décisions individuelles limitées. Celle-ci se couple avec une demande psychologique forte puisque le travail est intense, doit être réalisé très vite et que la quantité de travail est jugée excessive. Elles ont dès lors le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité pour la moitié d'entre elles. Elles se situent donc dans un « job strain » qui correspond à la situation de travail tendue caractérisée par une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique. Par ailleurs, elles ont tout comme les IDE le sentiment que leurs collègues ne leur portent pas suffisamment d'intérêt et ne sont pas forcément amicaux.

Elles ne se sentent pas reconnues à leur juste valeur et au regard des efforts réalisés. Ce sentiment de manque de reconnaissance peut être source de RPS, d'autant qu'elles se situent dans une situation de travail tendue. La reconnaissance apparaît comme un besoin que l'homme cherche à satisfaire tout au long de sa vie. Le besoin de reconnaissance, son caractère indispensable et constitutif, doivent trouver satisfaction dans tous les domaines de l'existence et par conséquent dans le monde du travail où la relation à l'autre est omniprésente. La recherche de satisfaction de ce besoin est alors un vecteur de motivation de premier plan.

Selon Mac Gregor, si les hommes sont paresseux, prennent peu d'initiatives et de responsabilités, la faute est due aux méthodes managériales. « *Il n'y a pas de mauvais soldats, il n'y a que de mauvais chef* »⁴⁹.

3.2.2 Résultats des entretiens semi-directifs

En complément de ce questionnaire, des entretiens semi-directifs ont été menés tout d'abord auprès du personnel AS, IDE et ASH du service ⁵⁰ mais également auprès du cadre, du responsable de service et de la psychologue⁵¹ et enfin auprès du médecin du travail⁵².

A) Entretiens auprès du personnel

Ces entretiens ont permis de mettre en avant certains aspects qui n'avaient pas été démontrés dans les questionnaires.

⁴⁹Douglas Mac Gregor : Management autoritaire (théorie X) contre management participatif (théorie Y) la dimension humaine de l'entreprise

⁵⁰ Annexe 2

⁵¹ Annexe 3

⁵² Annexe 4

Sur l'organisation du travail

Tout d'abord les ASH, sont globalement satisfaites des conditions de travail. Le travail qu'elles réalisent est valorisant et valorisé. Elles ne sont pas uniquement cantonnées à des activités de ménage comme les ASH des autres services de soins de l'hôpital. Elles sont intégrées dans l'équipe à part entière, participent aux transmissions et leur avis sur l'évolution de l'état d'un résident est écouté et pris en compte. Ce sentiment d'appartenance à l'équipe est source de motivation et d'investissement et bien qu'elles n'aient toutes les deux pas choisies de travailler auprès des personnes âgées, cette intégration au groupe les motive. Si l'on reprend la pyramide de Maslow représentant les besoins humains, on constate qu'elles se situent au niveau de la réalisation de l'estime de soi puisqu'elles se sentent reconnues, appréciées et approuvées. Cette reconnaissance est d'autant plus facilitée que le travail à mener est clairement identifié et contrôlé. Il n'existe aucun glissement de tâches entre les AS et les ASH. Ces glissements de tâches fréquents au sein des structures médico-sociales peuvent être source de conflits de valeurs et de questionnement éthique. En effet, la valorisation du travail sans reconnaissance semble vaine. Reconnaître c'est considérer, or quelle considération peut retirer une ASH faisant fonction d'AS si elle n'est pas dans un véritable processus de valorisation de ses connaissances et de son expérience dans le cadre d'une Validation des Acquis et des Expériences. De plus, elle peut être confrontée à des questionnements sur sa capacité à réaliser des activités pour lesquelles elle n'a pas été formée. La seule expérience professionnelle ne suffit pas à reconnaître un professionnel si cela n'est pas suivi par une reconnaissance en termes de statut et de rémunération. La charge de travail n'est pas perçue comme intense, elles ont le temps de faire leur travail correctement.

Pour les IDE et les AS, il existe un problème de coordination entre elles et un manque de reconnaissance réciproque du travail de l'autre. Or la caractéristique de la prise en charge des résidents au sein d'un service de SLD repose sur une équipe constituée d'acteurs de professions et de métiers différents. « *Une simple juxtaposition de compétences ne suffit pas à appréhender de façon optimale la complexité du soin gériatrique. L'interaction entre les différents professionnels impliqués s'impose afin d'élaborer, de réaliser, d'évaluer et d'ajuster un plan d'actions et de prise en charge adapté* »⁵³. Cette notion d'interprofessionnalité se définit donc par un échange de connaissances, une complémentarité, une coordination des actions vis-à-vis d'un objectif commun. Pour réussir à collaborer et travailler ensemble, cela suppose une communication de qualité ainsi que la reconnaissance et le respect des rôles et des fonctions de chacun. En effet, pour mettre en œuvre le plus efficacement possible ces talents et ces ressources dont disposent les professionnels pour prendre soin et assurer leurs missions

⁵³ Dominique MANIERE, Martine AUBERT, France MOUREY, Sabrina OUTATA, Interprofessionnalité en gérontologie, Edition ERES, 2005

d'expert et de conseiller, l'interprofessionnalité demande une réelle interpénétration des fonctions de chacun⁵⁴. Complémentarité, écoute et élaboration d'objectifs communs sont des facteurs de cohésion en faveur d'une équipe interprofessionnelle performante. Or les entretiens montrent que cette interprofessionnalité entre les AS et les IDE est peu performante et fortement personne dépendante.

Malgré l'instauration d'un travail en binôme pour la réalisation des toilettes le matin, l'opérationnalité de ce travail en collaboration dépend de la définition qu'en fait chaque soignant. Pour l'AS, l'instauration de ce binôme doit lui permettre de réaliser une toilette avec une IDE qui vient en soutien mais également en évaluation et supervision de son travail tout en lui permettant d'avoir un retour sur sa pratique professionnelle. L'IDE joue dès lors son rôle de supervision et d'évaluation des AS en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration (décret de compétence des IDE, Code de la Santé Publique). Ce rôle de formation est de la compétence de l'IDE, pourtant certaines IDE n'interviennent que pour la réalisation de l'acte technique (généralement le pansement) et ne voient pas la prise en charge globale du soin réalisé au résident. A contrario, certaines AS ne supportent pas que leurs toilettes soient supervisées ou évaluées par l'IDE.

Pourtant, il est mis en avant à la fois par les IDE et les AS que ce binôme est un moyen de renforcer la cohésion d'équipe et limite la charge de travail. Ce binôme permet aussi à l'AS de se sentir valorisée et soutenue par l'IDE qui l'accompagne ainsi dans la réalisation de ces toilettes. Ce binôme peut dès lors devenir un moment d'échange et de partage sur les pratiques professionnelles.

La reconnaissance du travail de l'autre est également source de difficulté dans le prendre soin. Les AS estiment que les IDE ont une charge de travail moins lourde et pénible et qu'elles ne restent que dans leurs actes techniques sans prendre en compte le soin dans sa globalité (toilette, aide au repas). Elles déplorent que certaines IDE ne font ces soins que lorsqu'ils sont sur prescription médicale. Les IDE, notamment les plus jeunes, ne se sentent pas forcément reconnues dans leur travail, elles ont le sentiment de devoir s'adapter en permanence aux exigences des AS qui organisent des fois leurs activités comme bon leur semble sans prendre en compte l'organisation définie lors des transmissions. Ces dysfonctionnements sont sources de frustration, de démotivation et de renfermement sur soi. Lors des entretiens, il m'a été clairement précisé que certaines personnes savaient la veille en fonction du planning que la journée de travail serait compliquée. Le relationnel de travail devient dès lors source de stress.

Pour les IDE et les AS le rôle d'instauration d'une cohésion d'équipe incombe au cadre de santé. En effet, grâce à sa position d'interface, le cadre assure un rôle de coordination et de décloisonnement entre les différents professionnels. Le caractère fédérateur de

⁵⁴ Walter HESBEEN, « La qualité du soin infirmier », 2ème édition, Masson, 2002

l'interprofessionnalité peut alors être un puissant facteur de motivation dans ce secteur, si sensible en termes de démotivation voire d'épuisement professionnel, qu'est la gériatrie⁵⁵. Ces professionnels souhaiteraient que des réunions de service soient plus fréquentes pour permettre de développer la communication sur les difficultés rencontrées par les AS et les IDE, mais également de permettre une meilleure explication et compréhension du travail respectif de chacun. Comme l'écrit Dejourns⁵⁶ « *les contradictions inhérentes à l'organisation du travail supposent un espace de discussion structuré comme un espace public* ». Or au sein du service cet espace de discussion n'est pas présent et ne permet pas l'établissement de compromis et de perspectives communes sur le travail avec un objectif de faire évoluer réellement le contenu du travail.

L'intensification du travail est également mise en avant notamment par les AS qui estiment la charge de travail intense et nécessitant de travailler en permanence dans l'urgence. Cette intensification s'est renforcée par l'évolution de la population accueillie au sein du service avec l'augmentation des résidents atteints de troubles neurologiques majeurs ou de polyopathologies.

Les résidents accueillis sont généralement dépendants physiquement et psychologiquement. La finalité des soins est basée sur la qualité de vie. Répondre aux besoins de base ne suffit pas. Parallèlement aux soins de nursing, les soignants doivent avoir une excellente connaissance des polyopathologies. La vigilance et l'expertise des professionnels dans la détection de problèmes de santé requièrent donc des qualifications, des compétences pointues et variées (fragilité, chutes, incontinence...). Ils dispensent également de nombreux soins techniques qui doivent être maîtrisés afin d'être réalisés dans des conditions de sécurité et de confort satisfaisantes. Les qualités relationnelles sont plus que jamais indispensables pour introduire plus de vie et de communication.

Le soin gériatrique se caractérise par une approche globale et multidimensionnelle de la personne, rendue indispensable de par l'aspect plurifactoriel du vieillissement, la fréquente poly pathologie et l'ensemble des interactions psychosociales⁵⁷.

Or, l'effectif actuel ne permet pas selon les professionnels de réaliser correctement la prise en charge. L'effectif du matin par unité est de 3 AS, soit la réalisation pour chacune de 10 toilettes. La charge de travail avec l'effectif alloué ne leur permet de réaliser que les actes de nursing, et elles déplorent que les toilettes ne soient quasiment réalisées qu'au lit. Lorsqu'elles sont 4 AS (environ 2 fois dans le mois) elles ont le temps de faire des douches, des soins complémentaires et surtout d'être à l'écoute du résident. Malgré ce constat, il apparaît que

⁵⁵ Walter HESBENN, « La qualité du soin infirmier » 2ème édition Masson, 2002

⁵⁶ Dejourns C. Le facteur humain, Puf, Que sais-je ? p227

⁵⁷ Dominique MANIERE, Martine AUBERT, France MOUREY, Sabrina OUTATA, Interprofessionnalité en gériatrie, Edition ERES, 2005

fréquemment, lorsque 4 AS sont inscrites au planning, l'une d'entre elles demande à poser une journée. Cette situation pose question : cette charge de travail est-elle vécue de la même façon pour toutes les AS, sentent-elles le besoin de souffler, ont-elles conscience que les soins nécessitent une approche globale et multidimensionnelle de la personne et enfin portent-elles de l'intérêt pour le travail de leurs collègues ?

Cette intensification du travail perçue par les AS pourrait selon elles mais également selon les IDE être mieux gérée si le travail de collaboration était réellement instauré.

Sur l'absentéisme et le turn-over, il est assez intéressant de constater que pour l'ensemble des professionnels interrogés, l'absentéisme est très fluctuant en fonction des périodes. Il a été assez important en fin d'année 2014 et l'est beaucoup moins sur le début d'année 2015. Pour tous, cet absentéisme est dû aux conditions et à la charge de travail uniquement pour les AS. Ce qui peut être confirmé par les chiffres évoqués auparavant ou l'absentéisme pour maladie ordinaire est plus important chez les AS que pour les autres catégories professionnelles. Cet absentéisme chez les AS serait donc un signe supplémentaire de mal-être qui nécessiterait une rupture temporaire avec son travail. Ce phénomène a aussi des conséquences sur le reste de l'équipe qui doit s'adapter et s'organiser de sorte à effectuer les soins dans les meilleures conditions possibles. En effet, ces absences sont généralement palliées avec l'appel à l'intérim ou aux vacances qui changent régulièrement ce qui perturbe le fonctionnement du service. Pour les personnels, pour contenir cet absentéisme, il faudrait que l'effectif des AS soit plus important mais aussi que le travail d'équipe entre AS et IDE soit plus performant afin de leur permettre de travailler dans de meilleures conditions et de réduire la charge de travail demandée quotidiennement.

Le turn-over est important et concerne toutes les catégories professionnelles. De nombreux professionnels font le choix de quitter le service pour aller dans un autre service de l'hôpital car la charge de travail est considérée comme moins importante physiquement et psychologiquement. Le travail en gériatrie peut paraître ingrat. La charge de travail est élevée et les ratios d'encadrement des résidents pas forcément adaptés aux exigences de qualité. Les professionnels sont dès lors confrontés à leurs limites ce qui peut provoquer des souffrances entraînant épuisement, frustration et dévalorisation du travail.

Ce turn-over nécessite par ailleurs de former les nouveaux arrivants. Cette période de formation demande du temps et des moyens qui ne sont pas toujours à la disposition des professionnels. Le service rencontre des difficultés à fidéliser son personnel ce qui est facilité par la possibilité pour les agents de changer de service au sein même de l'hôpital. Bien que l'évolution professionnelle soit source de bien-être, il apparaît nécessaire de trouver un juste équilibre pour permettre au service notamment d'instaurer une cohésion d'équipe avec des professionnels qui resteraient présents dans l'idéal au moins 5 ans.

Sur le management et la motivation professionnelle, tous les professionnels interrogés confirme qu'il n'existe pas de projet de service. Or un projet de service permet de définir les objectifs du service en matière notamment de coordination, de coopération et d'évaluation des activités, de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Un projet de service avait été défini en 2007-2008, cependant, il n'a pas été mis en œuvre malgré un investissement important de l'ensemble des professionnels du service. Du fait du turn-over important, peu de personnels ont connaissance de ce projet et ceux qui se sont investis, déplorent que l'encadrement n'ait pas fait vivre ce projet.

Tous les professionnels interrogés sont motivés par l'ambiance et les contacts et échanges avec les résidents. Lorsque le travail en équipe est réalisé de façon coordonnée, le travail apparaît comme moins lourd et plus facile à supporter.

Tous ont le sentiment d'avoir leur place au sein du service et que leur travail à un sens. Pourtant les AS interrogées souhaiteraient quitter le service car elles ne se sentent pas reconnues à leur juste valeur notamment par leurs collègues mais également par l'encadrement.

Au final, les professionnels estiment que l'encadrement n'est pas assez présent sur le terrain, le cadre du service est souvent pris dans des tâches administratives qui l'empêchent de consacrer du temps aux professionnels. Ce manque d'encadrement de proximité nuit à la coordination de l'équipe puisque les professionnels ne se sentent pas assez soutenus, évalués et encadrés ce qui entraîne selon eux des dérives (non-respect de l'organisation du travail, non-respect des horaires, travail d'équipe non optimal...).

- B) Entretiens auprès du cadre, du responsable de service, de la psychologue et du médecin du travail.

Les entretiens auprès du cadre, du responsable de service et de la psychologue se basaient sur la même grille d'entretien⁵⁸.

Quels seraient selon vous les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants au sein de l'USLD ?

Le responsable et le cadre du service partagent le même avis sur certains points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants, à savoir :

- L'amélioration des locaux :

En effet, actuellement le service dispose de surfaces assez réduites ce qui rend difficile les manipulations de matériel. Les transferts et les mobilisations s'avèrent complexes à réaliser et nécessitent de déplacer le matériel. Les personnels ne travaillent pas selon eux dans un environnement aisé malgré la présence au sein du service de matériels adaptés et suffisants

⁵⁸ Annexe 3

(lèves malades, fauteuils gériatriques...). Ils mettent en avant le fait que les locaux inadaptés se révèlent être « *un facteur de difficulté au travail* ».

- Un encadrement renforcé :

Pour le responsable de service, avoir un deuxième cadre permettrait à l'encadrement d'être plus présent sur le terrain. Il regrette qu'aujourd'hui la convention tripartite ne permette pas ce financement. Le service est aujourd'hui encadré par un cadre de santé qui est épaulé par une IDE référente qui vient de prendre ses fonctions en février 2015, cependant, ce poste est financé sur le budget de l'hôpital et non dans le cadre de la convention tripartite. Le cadre de service pense également qu'un encadrement renforcé permettrait aux personnels « *de constater que l'on s'intéresse réellement à leur travail mais aussi de mieux comprendre les problématiques actuelles du service et de les objectiver* ». Pour le cadre ce renfort permettrait d'évaluer le travail réalisé par le personnel sur le terrain et de mieux définir les axes d'amélioration (axes organisationnels, axes relationnels...). On peut remarquer que ce rôle pourrait très bien être rempli par l'IDE référente à condition de la former sur ce poste d'encadrant, d'explicitier clairement son rôle et de le valoriser.

D'autres points, permettant d'améliorer la qualité de vie au travail des personnels, sont partagés à la fois par le cadre et le responsable mais également la psychologue du service, à savoir :

- Un temps de réflexion sur les pratiques professionnelles :

Pour la psychologue, « *le questionnement des professionnels est sain et logique et le risque peut être limité si l'interrogation est partagée avec l'ensemble des professionnels, fait l'objet d'une réflexion sur les pratiques et permet de mettre en place une prise en charge collégiale et un soutien mutuel des professionnels du service* ». Selon elle, les réunions qui existent actuellement au sein du service ne permettent pas cette réflexion mutuelle. En effet, les réunions de synthèse qui sont l'occasion de revoir le dossier d'un résident et sa prise en charge sont très organisées. La prise de parole est limitée et les professionnels se répartissent dans la salle de réunion en fonction de leurs métiers. Elle précise que dans le cadre de ses réunions, le responsable et le cadre orientent les discussions et les professionnels n'osent pas forcément aborder certains thèmes ou difficultés rencontrées. Les réunions de grandes transmissions sont plus propices à l'échange mais là encore, ce sont plutôt les IDE qui orientent la discussion en faisant le choix des dossiers des résidents abordés. Le cadre de service confirme que les difficultés rencontrées par les professionnels ne sont pas systématiquement abordées lors de ces deux réunions car pour certains professionnels, parler de leurs difficultés remet en cause leurs compétences notamment lorsque ces difficultés ne sont pas partagées par les autres collègues. Elle précise que lors des réunions de synthèses et de grandes transmissions, « *les soignants se sentent vite jugés, ce sentiment provenant peut être aussi d'un manque de communication entre eux* ».

Pour le cadre du service, le renforcement du travail en binôme (IDE-AS, AS-AS), permettrait de mettre en place un échange autour des pratiques. Ce partage sur les prises en charge des résidents permettrait de faciliter le travail en réalisant le soin toujours de la même façon. L'objectif serait de revoir résident par résident, les soignants qui arrivent le plus aisément à réaliser les soins afin d'adopter la pratique « idéale ». En effet, aujourd'hui certaines AS ont du mal à ne pas faire une toilette complète pour certains résidents, si l'encadrement leur demande de réduire le temps de toilette, elles ont l'impression de ne pas faire un soin de qualité et sont confrontées à un conflit de valeurs préjudiciable pour leur santé mentale à terme. Pour réaliser ce travail, le cadre pense qu'il faudrait mettre en place des fiches individuelles sur les habitudes de vie des résidents ce qui permettrait de construire par l'intermédiaire de ces fiches le projet de vie individualisé du résident. Pour réaliser ce travail, il faudrait revoir l'organisation du travail et instaurer des IDE et AS référentes par résident afin que lors de réunions de synthèses et de grandes transmissions, ce soit l'IDE et l'AS référentes d'un résident qui présente le dossier. Cette double référence permettrait d'avoir le regard des deux professionnels et un partage des expériences respectives de l'IDE et de l'AS. La mise en place de ce travail nécessite cependant pour le cadre d'avoir un encadrement présent sur le terrain pour contrôler la réalisation des fiches, pour évaluer le travail mais aussi pour communiquer sur l'intérêt de ces documents.

Pour la psychologue, pour aider les professionnels à se questionner sur leurs pratiques et les soutenir, un groupe de réflexion pourrait être constitué afin de permettre aux professionnels d'exprimer leurs difficultés dans la prise en charge des résidents et de répondre à leurs interrogations sur des thématiques telles que l'alimentation, la douleur, le refus de soins ou de traitement, le décès, la prise en charge d'un résident non communiquant...

- La mise en place de réunions de service

Ces réunions de service auraient comme objectif :

- de communiquer auprès des personnels sur les projets du service tout en leur permettant de s'impliquer sur les réflexions en cours et ainsi de donner leur avis.
- d'aborder les difficultés rencontrées par les professionnels en termes d'organisation, de fonctionnement du service, de relations professionnelles.

Actuellement, au sein du service, il n'existe pas de temps spécifiquement dédié à ce type de réunions. L'instaurer et définir clairement le rôle de ces réunions permettraient aux professionnels d'être d'une part mieux informés des évolutions envisagées en termes d'organisation et de fonctionnement, notamment dans le cadre de la signature à venir du renouvellement de la convention tripartite, mais aussi d'échanger sur les difficultés mutuelles, sur les rôles respectifs de chacun des professionnels...

- L'existence d'une salle de repos en dehors du service

Comme nous l'avons vu précédemment, le personnel ne dispose pas à ce jour d'une salle de repos dédiée située géographiquement en dehors du service. Pour le responsable, le cadre et

la psychologue, cette contrainte ne permet pas aux personnels de décompresser et d'évacuer les tensions émotionnelles, psychiques ou physiques vécues au quotidien.

Par contre, entre le responsable et le cadre du service, leur avis est divergent sur l'effectif du personnel. En effet, pour le responsable du service, le personnel, et particulièrement les AS, n'est pas en nombre suffisant. Selon le responsable, l'effectif actuel des AS ne permet pas de prendre en charge correctement les résidents.

Le cadre pense que l'effectif est suffisant pour réaliser les soins. Selon elle, les AS ont le sentiment que le travail est intense car *« le travail est lourd psychologiquement et physiquement »*. Le profil des résidents a évolué au cours du temps, ils sont aujourd'hui plus dépendants et demandent beaucoup plus de soins infirmiers. Cette évolution du profil des résidents a créé *« une séparation entre les AS et les IDE »*. Pour elle, *« les IDE s'attachent essentiellement aux soins sur prescriptions et plus aux soins qui relèvent de leurs rôles propres »*. Elle précise que les IDE et les AS démarrent leurs soins le matin sans s'organiser entre elles. Elle donne l'exemple de la réalisation des pansements *« L'idéal serait de faire les pansements après la toilette qui doit être réalisée en binôme entre l'IDE et l'AS. Actuellement, cela n'est pas réalisé de cette façon, l'AS fait la toilette et appelle l'IDE pour qu'elle vérifie le pansement. L'IDE n'est pas forcément disponible lorsque l'AS a terminé la toilette, ce qui obligera l'AS à retourné dans la chambre du résident plus tard pour le lever »*.

Pour le cadre, l'IDE laisse *« trop de côté les soins de base⁵⁹ »* ce qui est mal vécu par les AS qui estiment ne pas avoir suffisamment d'aide de la part des IDE. Pour le cadre, les rôles propres des IDE sont trop délégués aux AS et uniquement aux AS. Quand une IDE participe aux toilettes, pour elle, elle aide l'AS alors que selon le cadre *« il ne s'agit pas d'aide car cela est du rôle de l'IDE »*. Elle précise également que les IDE arrivent difficilement à mener leurs missions d'encadrement des AS soit parce qu'elles sont jeunes et n'arrivent pas s'imposer face aux AS plus anciennes dans le service, soit parce qu'elles estiment que cette mission ne leur incombe pas et qu'elles ne doivent pas assurer ce rôle d'organisation et de coordination des soins.

Ce manque de coordination et de cohésion entre les AS et les IDE seraient selon le cadre à l'origine du ressenti de l'intensification du travail par les AS. Par ailleurs, cette absence de cohésion d'équipe dégrade la prise en charge des résidents et dévalorise le travail respectif des AS et des IDE qui estiment réciproquement que leur travail n'est pas reconnu à sa juste valeur. Pour le cadre, il apparaît nécessaire d'objectiver le travail des professionnels afin de mesurer si les difficultés rencontrées par les professionnels sont dues à des problèmes d'organisation ou à des problèmes d'effectif. Cette objectivation permettrait pour le cadre de faire un état des lieux

⁵⁹ Les soins de base correspondent aux soins du rôle propre de l'IDE à savoir, la toilette, l'aide à l'alimentation, le rasage, l'installation sur les toilettes pour les résidents incontinents...

et de revoir si nécessaire les organisations et les rôles de chacun mais également de valoriser le travail, de remettre du sens aux missions de chacun, de partager et surtout d'harmoniser les pratiques de prise en charge des résidents.

Le responsable du service va dans le sens du cadre puisqu'il précise que « *pour que la prise en charge du résident soit efficace et cohérente, les AS et les IDE doivent fonctionner en binôme. Par ailleurs, les IDE doivent être en mesure d'évaluer le travail des AS et les encadrer et pas uniquement les aider comme le désirent aujourd'hui les AS* ».

Cependant, selon le responsable, « *si les AS étaient plus nombreuses et bien encadrées, cela permettrait une meilleure coordination avec les IDE. Dans ces conditions, la prise en charge serait plus fluide et l'IDE pourrait se consacrer aux actes techniques tout en pouvant faire des toilettes en binôme avec les AS et ainsi évaluer leur travail* ».

Selon vous, la situation s'est-elle dégradée ou améliorée et dans les deux cas pourquoi et comment ?

Ils estiment que la situation ne s'est pas dégradée. Cependant, le travail est de plus en plus difficile de par l'évolution des pathologies des résidents accueillis. Les résidents sont de plus en plus dépendants, vulnérables et non communicants, ce qui demande aux soignants d'être disponible, responsable et autonome mais également d'accepter la dégradation physique des résidents ce qui peut s'avérer compliqué à gérer psychologiquement. Les agents bénéficient de formations adaptées à ces prises en charge et la psychologue du service intervient si nécessaire auprès des agents.

Pensez-vous que les agents du service soient soumis à des risques psycho-sociaux ?

Pour tous, le personnel est soumis à des RPS de par le profil des résidents pris en charge. Les résidents ont des troubles du comportement, des fonctions cognitives, sont pour la plupart non communicants. Les personnels sont confrontés à la détérioration de leur état de santé. Pour le responsable, le personnel est jeune et peut identifier les résidents à leurs grands-parents, ce qui peut être difficile à supporter psychologiquement. Pour éviter que des liens d'amitiés ne se créent, le personnel ne doit pas tutoyer les résidents ou les appeler par leur prénom. Pour le responsable cela permet de « *mettre de la distance avec le résident et respecter le résident tel qu'il est* ». Pour le cadre, les personnels « *doivent être bien dans leur peau* » pour supporter psychologiquement et physiquement ces prises en charge. Elle pense que le service doit permettre aux personnels d'évacuer et de s'exprimer sur les difficultés rencontrées. D'où l'importance selon elle de mettre en place des groupes de réflexion au sein desquels les professionnels pourraient faire remonter leurs difficultés et avoir des réponses et un soutien. Si les personnels ne sont pas écoutés, valorisés et reconnus dans leur travail, il existe un risque qu' « *ils se transforment en robot, qu'ils ne réfléchissent plus, que leur travail n'ait plus de sens et qu'ils ne considèrent plus les résidents comme des personnes* ».

Le risque serait alors qu'ils deviennent maltraitants presque à leur insu. Or comme le soulignent M. CROZIER et F FRIEDBERG, le partage et le transfert des savoirs et des compétences ne peuvent se faire que dans un climat de confiance, de bonne entente de l'équipe, d'absence d'enjeux de pouvoir ou de rivalité. Il apparaît donc qu'il est du ressort du cadre de permettre aux personnels de s'exprimer ouvertement et de disposer de temps d'échanges et de partages identifiés ce qui n'est pas le cas aujourd'hui et elle le déplore.

Pour la psychologue, les personnels sont de plus confrontés à des conflits de valeur du fait du ressenti de l'intensification de la charge de travail. Ils lui font le retour et notamment les AS qu'ils ont le sentiment de ne pas avoir le temps de se questionner sur des situations individuelles pouvant nécessiter de prendre du recul par rapport à la prise en charge. Ils ont l'impression de ne pas être suffisamment soutenus dans leurs soins et ont pour certains le sentiment de ne pas faire un travail de qualité.

Pensez-vous qu'il existe un lien entre absentéisme et conditions de travail ?

Pour le cadre et le responsable, l'absentéisme n'est pas forcément lié aux conditions de travail. Ils n'ont pas le sentiment que le taux d'absentéisme soit très important au sein du service tout comme les personnels. Selon eux l'absentéisme serait plus lié à des problèmes de santé qui ne sont pas en lien avec les conditions de travail. Par ailleurs le cadre remarque que les arrêts pour des Troubles Musculo Squelettiques (TMS), ne sont pas importants et ne concernent que quelques agents. Les inaptitudes, dont la gestion est organisée avec la médecine du travail, sont peu fréquentes et ne concernent que les AS. Ainsi, deux AS ont été déclarées inaptes au service et vont être réorientées vers un autre service. Par ailleurs, comme le démontre les chiffres sur les arrêts pour des AT et des MP, ceux-ci sont assez rares.

Les professionnels sont-ils investis dans le service, motivés ?

Le responsable de service trouve que le personnel est très motivé et il se dit même étonné de cette motivation. Bien que les personnels soient jeunes, ils demeurent très motivés par leur travail.

Pour le cadre, la motivation du personnel diffère en fonction des agents. Certains agents sont motivés car ils apprécient la prise en charge des personnes âgées dépendantes et ont fait le choix de travailler dans le service. D'autres agents n'ont pas choisi le service mais ont une conscience professionnelle et font correctement le travail. Certains sont présents depuis longtemps dans le service et ne sont plus motivés. Enfin, certains n'ont pas fait le choix de ce service et ne sont absolument pas motivés. Selon elle, cette dernière catégorie est minoritaire et en général, ces agents ne restent pas longtemps dans le service.

Pour remotiver le personnel, ils pensent tous les deux qu'il est primordial d'associer les personnels au fonctionnement du service et à ses modalités d'organisation.

Il est selon eux important également de valoriser le travail réalisé et de lui redonner du sens. Pour le cadre « *le travail auprès de personnes dépendantes est très riche et seuls des bons*

soignants (compétents en technique et en relationnel) arrivent à travailler facilement en gériatrie, en effet, au sein de ce service, les soignants sont confrontés à plus de difficultés et doivent en permanence remettre en question leurs pratiques ».

C) Entretien avec le médecin du travail.

L'entretien avec le médecin du travail s'est avéré être révélateur de la difficulté pour les Services de Santé au Travail d'intégrer la prévention des risques professionnels à leurs missions alors que la loi du 20 juillet 2011⁶⁰ l'inclut pleinement. Selon elle les indicateurs tels que le taux d'absentéisme, le nombre de MP ou d'AT ne sont pas révélateurs d'un climat de tension. Les difficultés remontées par les personnels sont plus de l'ordre de la charge de travail lourde. Elle pense qu'un effectif plus important permettrait de pallier cette charge de travail.

3.3 Conclusion

Au sein du service, les indicateurs quantitatifs démontrent un mal-être des professionnels (absentéisme supérieur à la moyenne, turn-over élevé) qui est confirmé par les résultats des entretiens et des questionnaires. Les AS se situent dans un « job strain » qui correspond à une situation de travail tendue caractérisée par une faible latitude décisionnelle et une forte demande psychologique. Cette situation est accentuée par un collectif de travail déficient qui permettrait aux professionnels de se protéger du pire dans un environnement professionnel qui les confronte à la dépendance vitale de la vieillesse. Cette déficience du collectif et de l'organisationnel peut entraîner des actes de maltraitance. Or comme le souligne Malika LITIM et Katia KOSTULSKI⁶¹ « *plus encore, si les patients sont maltraités, c'est avant tout parce que l'on maltraite le métier* »

Les résultats montrent que l'organisation du travail existante soumet les professionnels à des exigences psychologiques élevées avec une faible autonomie, un faible soutien et un manque de reconnaissance. Bien que j'ai pu constater que les professionnels restent très motivés par leur travail et estiment être globalement satisfaits, il existe un risque réel de perte de sens de l'activité qui dès lors la dévitaliserait, la désaffecterait en rendant psychologiquement factice sa poursuite. Or, selon Yves CLOT⁶² « *quand la confrontation sur la qualité du travail est devenue impraticable, suractivité et sentiment d'insignifiance forment un mélange psychosocial explosif* ».

Il revient au directeur face à cette situation de mettre en place une organisation du travail qui ne soumette pas les professionnels aux RPS. Or au sein des secteurs médico-sociaux, l'intensification du travail est une réalité difficile à occulter. Pourtant, ce n'est pas finalement la

⁶⁰ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

⁶¹ Malika LITIM et Katia KOSTULSKI, « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie », Nouvelle revue de psychologie, 1, 2006, p51

⁶² Yves CLOT, Le travail à cœur, p112

charge de travail ou le degré d'exigence du travail qui sont en eux-mêmes problématiques pour la santé des professionnels mais la manière dont leur environnement sociopsychologique va leur permettre de faire face à cette charge, de lui donner du sens et in fine de se l'approprier. Les différentes dimensions mises en avant pour caractériser cet environnement (niveau d'autonomie, soutien social, récompense de l'effort...) convergent vers la question de la reconnaissance du travail du salarié. Cette reconnaissance doit émaner du collectif de travail qui peut venir en soutien des problèmes des professionnels mais aussi de l'organisation qui reconnaît le travail des professionnels en les récompensant et en leur concédant des marges de manœuvre, une capacité d'action sur leur travail. L'instauration de cette dynamique est du ressort du directeur.

4 Recommandations pour la prévention des RPS au service de l'amélioration de la qualité de vie au travail

Ce travail de recherche et de diagnostic m'a permis de mettre en évidence des constats et de réfléchir aux propositions qui pouvaient être mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels mais aussi pour améliorer la qualité de la prise en charge des résidents. En effet, en plus de la réalisation d'une enquête sur la prévention des RPS, j'ai également réalisé des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles⁶³. Le résultat de ces enquêtes a permis d'identifier des axes d'amélioration qui se recoupent pour certains avec les constats issus du diagnostic. En effet, le ressenti des professionnels sur une intensification du travail vient en écho au ressenti des résidents et des familles sur un manque de communication sur la prise en charge par exemple. Le résultat de ces enquêtes a également permis aux professionnels d'avoir un retour sur la satisfaction de leur travail par les résidents et leur famille. La dernière enquête de satisfaction réalisée au sein du service datait de 2007, il s'avérait donc important que les professionnels aient une connaissance de l'avis des résidents et des familles sur la qualité de la prise en charge et puissent réfléchir pluri-professionnellement à des axes d'amélioration. Cette démarche a deux visées, tout d'abord redonner du sens au travail réalisé mais aussi impliquer les professionnels dans l'amélioration de la qualité de la prestation du service.

Améliorer la qualité de vie au travail signifie reconnaître la qualité du travail fourni, cultiver le sentiment d'appartenance en redonnant du sens au travail tout en permettant aux professionnels de s'exprimer et d'être force de propositions.

De cette enquête sont ressortis les points forts et les points faibles du service qui sont la base d'un état des lieux sur lequel s'appuyer pour la rédaction du projet de service. En effet, le service ne disposait pas d'un projet sur lequel s'appuyer pour définir les orientations futures, la

⁶³ Annexe 6 : Résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles

stratégie et la vision du service. Or dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite la rédaction de ce projet apparaît comme primordial non seulement pour définir les orientations souhaitées mais également pour servir de base à la négociation des moyens supplémentaires en fonction des orientations prises. Pour les professionnels, être associés à cette rédaction est signe d'une reconnaissance de leurs compétences mais aussi une implication dans la vie du service. La concrétisation des actions d'amélioration nécessite un partage des constats mais aussi une association concrète à la définition des axes d'amélioration. Imposer aux professionnels des organisations sans les associer serait source d'échec et de non appropriation de ces mesures.

Il m'est dès lors apparu primordial de communiquer sur le résultat des enquêtes et entretiens menés au sein du service. J'ai donc organisé une réunion auprès de l'ensemble des professionnels pour leur faire un retour des résultats et leur présenter non seulement les points positifs mais également les points négatifs. Sur la base de ces points négatifs ont été dressés des constats, point de départ de la réflexion sur la rédaction du projet de service.

En dehors de la rédaction du projet de service, et face au ressenti de l'intensification du travail par les professionnels et notamment les AS, il s'est avéré nécessaire de réaliser un audit de la charge de travail. Cet audit avait comme visée tout d'abord d'objectiver la charge de travail et de comprendre quelles étaient les raisons de cette intensification du travail perçu par les professionnels. Objectiver cette charge de travail permettra de revoir l'organisation du travail mais aussi dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite d'avoir une base de négociation sur des moyens supplémentaires à allouer si besoin pour faire correspondre l'effectif au travail réel défini.

Enfin, améliorer la qualité de vie au travail des professionnels passe aussi par la définition d'une organisation du travail plus efficiente qui permette non seulement de redonner du sens au travail mais également de fédérer les équipes autour d'un but commun et partagé.

4.1 La rédaction du projet de service

Lors de mon arrivée au sein de l'hôpital Le Vésinet, l'une de mes missions consistait à préparer la renégociation de la convention tripartite. J'ai ainsi pris connaissance des documents élaborés par le service de SLD. J'ai constaté qu'aucun projet de service n'existait. Une réflexion autour de la rédaction d'un projet de vie avait été entamée en 2007, cependant le document n'avait pas été rédigé et diffusé. Or dans le cadre de l'enquête et des questionnaires cette absence de projet était à la fois soulignée comme un point négatif par les personnels, les résidents et les familles. Personne finalement ne savait quelles étaient les orientations du service, sa stratégie et sa vision à long terme alors que la convention devait être signée avec les tutelles et qu'un projet de reconstruction du service était en cours de réflexion.

En collaboration avec la Direction des Soins de l'établissement, le cadre et le responsable du service, il a été décidé que ce projet de service se composerait :

- d'un projet de vie / projet de soins
- d'un projet thérapeutique
- d'un projet d'animation
- d'un projet médical

Un Comité de Pilotage en charge du suivi de la rédaction du projet de service a été constitué. Il était composé du responsable et de la cadre du service, du Directeur des Soins, de son adjoint cadre supérieur de santé et de moi-même. Il m'a semblé nécessaire d'associer un représentant des familles au sein de ce comité, ainsi, dans le cadre de la première réunion du Conseil de la Vie Sociale, une présentation du projet a été faite et un membre des représentants des familles a souhaité être intégré au comité.

La rédaction des différents projets s'est menée parallèlement par la constitution de groupes de travail. J'ai piloté la réaction du projet d'animation (groupe de travail composé de l'animatrice et du cadre du service) et du projet thérapeutique (groupe de travail composé des rééducateurs, de la psychologue et du responsable de service).

Pour la rédaction du projet de vie, les groupes ont été constitués sur la base des constats issus des résultats des enquêtes et des entretiens⁶⁴. 4 groupes de travail ont été constitués sur les thématiques suivantes :

- Accueil, admission, droit, information et liberté du résident
- Restauration, hôtellerie et lieu de vie
- Repos, soins, autres soins et vie sociale
- Ressources humaines

Pour chaque thématique, un pilote a été désigné, à savoir, le cadre du service, l'IDE référente du service, le Directeur des Soins et son adjoint.

A la suite de la réunion de présentation des résultats des enquêtes et entretiens, un appel à candidature a été fait auprès des personnels sur la base du volontariat afin qu'ils s'associent aux différents groupes de travail.

Les premières réunions des groupes de travail se sont déroulées en juin. En tant qu'initiatrice du projet, j'ai animé deux réunions sur deux groupes différents. J'ai été agréablement surprise par l'implication des professionnels au sein des groupes de travail. Non seulement ils étaient source de propositions mais en plus ils se sont appropriés le projet. En effet, on s'attendait à avoir deux personnes volontaires sur chaque groupe, or toutes les catégories professionnelles étaient représentées, des deux unités de soins, ainsi, sur chaque groupe une dizaine de personnes était inscrite ce qui représente plus du double de l'effectif du service.

⁶⁴ Annexe 7 : Axes de réflexion pour la rédaction du projet de service

Une première réunion du comité de pilotage s'est tenue mi-juin afin de faire le point sur les travaux des groupes de travail. Cette réunion a permis de constater la richesse et la cohérence des propositions faites par les groupes. On peut notamment prendre l'exemple de l'instauration de référents soignants par résident, cette proposition a répondu à la fois au constat du manque d'informations transmis aux familles sur la prise en charge mais aussi au travail jugé comme peu varié et peu reconnu. En effet la mise en place de référents permet aux familles d'identifier les personnes ressources et valorisent ces professionnels dans leur travail en les impliquant notamment dans la rédaction du projet de vie individuel du résident.

Les groupes de travail vont continuer à se réunir afin, au-delà de la définition de propositions, de décliner les modalités pratiques de mise en place, de suivi et d'évaluation des actions d'amélioration.

Sur la base de ces travaux, le comité de pilotage aura la charge de rédiger le projet de service. Ce projet a permis d'instaurer une dynamique en associant les professionnels dans son élaboration. Cette rédaction constitue un élément fort de la vie institutionnelle du service puisque cette démarche a eu un effet fédérateur et dynamisant et s'intègre parfaitement dans la définition des orientations du service en vue de la signature de la prochaine convention tripartite mais également du projet de reconstruction du service.

En tant que future directrice, la rédaction d'un projet d'établissement ou de service est tout d'abord une obligation réglementaire issue de la loi de 2002-2⁶⁵, mais ce projet est surtout une dynamique tant par le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes, produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. J'ai pu constater que ce projet a permis de donner du sens aux pratiques, de faire un constat partagé avec les professionnels sur les améliorations organisationnelles à mener, de rappeler la finalité du travail, de valoriser le travail des professionnels. Je pense que cette démarche aura des effets sur les pratiques professionnelles ce qui montre son impact en terme qualitatif.

4.2 L'audit de la charge de travail

Face au constat des professionnels sur l'intensification du travail (quantité de travail jugée excessive, travail intense et devant être réalisé rapidement, temps jugé insuffisant pour réaliser correctement le travail), il est apparu nécessaire de réaliser un audit de la charge de travail qui avait pour visée :

- de faire un état des lieux de l'actuelle charge de travail des professionnels
- d'objectiver le ressenti des équipes sur cette charge de travail

⁶⁵ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

- de permettre de mesurer les impacts organisationnels et qualitatifs des éventuelles adaptations architecturales ou d'effectifs

Il apparaissait, en effet, important de comprendre les raisons de ce mal-être afin d'identifier les leviers d'amélioration organisationnelle. Un tel audit permet à un service de définir, in fine, une organisation efficiente qui réponde aux objectifs du service tout en s'assurant de l'adéquation des effectifs et des compétences existantes. Dans le cadre de la renégociation de la convention tripartite cet élément est crucial, en effet, toute négociation d'ETP supplémentaires implique une analyse fine de l'existant afin d'explicitier les besoins. Or, la solution de renforcer les effectifs pour pallier les difficultés existantes ne règlera pas le sentiment d'intensification du travail si aucune analyse organisationnelle préalable n'a été menée.

La finalité de cet audit est d'améliorer la satisfaction du personnel mais aussi et surtout la qualité de la prise en charge des résidents.

La construction de la grille de l'audit s'est fait en partenariat entre la Direction Qualité, la Direction des Soins, le cadre et le responsable du service.

Les deux réunions de travail ont permis de présenter tout d'abord les constats et de définir les attendus de l'audit. Il apparaissait important que chacun partage les attendus afin de se mettre d'accord sur la méthodologie.

L'audit a porté uniquement sur l'équipe de jour puisque l'enquête que j'avais menée n'incluait que les personnels de jour. L'audit consistait en une observation des pratiques avec une indication :

- des activités planifiées réalisées
- des activités planifiées non réalisées
- des activités non planifiées réalisées
- des activités que l'agent aurait souhaité réaliser

Les audits ont porté sur 50% des effectifs du service soit 4 IDE, 9 AS, 5 ASH et une auxiliaire de vie sur les tranches horaires de 6h45 à 21h15.

4 auditeurs ont mené cette évaluation de la charge de travail sur 2 jours chacun. Le choix a été fait de ne pas prendre comme auditeur des personnes du service mais 2 cadres de santé d'autres services, la responsable qualité et moi-même.

La grille a d'abord été testée afin de s'assurer de la faisabilité de la démarche. Ce test a permis de constater que 2 professionnels pouvaient être audités en même temps et que les auditeurs, pour réaliser correctement cet audit, devaient avoir le plan de soins et les fiches de poste des professionnels afin de compléter de façon exhaustive la grille⁶⁶.

Cet audit a été mené en juin, je n'ai donc malheureusement pas pu participer à l'analyse des résultats observés. Cependant, j'ai pu voir, lors des deux journées d'audit, l'intérêt que portaient

⁶⁶ Annexe 8 : Grille d'audit sur l'évaluation de la charge en soins

les professionnels à la démarche qui leur avait été explicitée lors des réunions de grandes transmissions.

Les professionnels ont compris que l'audit ne consistait pas à contrôler le travail réalisé mais bien à l'analyser afin notamment de définir le réel du travail. Ce réel du travail achoppe toute activité professionnelle. Il justifie l'écart entre la tâche et l'activité et l'existence de normes professionnelles pour aider à faire face à ce « réel » déroutant.⁶⁷

Cet audit permettra de remettre le sens du travail au cœur des réflexions, en effet, « *la perte de sens de l'activité la dévitalise, la désaffecte en rendant psychologiquement factice la poursuite du travail* »⁶⁸. S'intéresser au travail réel réalisé par les professionnels permet de lui donner du sens et de définir les modalités concrètes d'une réorganisation qui se basera sur une analyse de l'existant. Les axes d'améliorations qui se dégageront de cet audit seront partagés avec les professionnels du service ce qui sera une source d'implication et de motivation de ces professionnels dans la définition de cette réorganisation du travail avec en fonction des résultats obtenus la possibilité également de négocier un effectif supplémentaire qui s'inclura dans la définition de cette réorganisation du travail des soignants.

4.3 Une organisation du travail, fédératrice, impliquante qui redonne du sens au travail

Au-delà d'une réflexion sur une réorganisation du service mais aussi sur l'instauration d'un projet de service qui fixe les orientations stratégiques à moyen et long terme et prépare le service non seulement à aborder sa négociation de la convention tripartite dans les meilleures conditions mais également à anticiper les besoins en terme de moyens humains, matériels, logistiques répondant aux projets médical et de soins dans le cadre de la reconstruction du service, une réflexion à plus court-terme doit être engagée. En effet, l'organisation actuelle doit intégrer les constats sur ces manques et permettre à l'environnement de reconnaître le travail des professionnels. Cette organisation du travail nécessite de reconnaître le rôle de l'encadrement de proximité, d'impliquer les professionnels, d'instaurer des lieux de discussion et de réflexion sur les pratiques professionnelles.

4.3.1 La reconnaissance de l'encadrement de proximité

Contrairement aux autres services de l'hôpital, le service de SLD est encadré par un cadre de santé et une IDE référente dont le poste n'est pas financé dans le cadre de la convention tripartite (les autres services disposent d'un cadre supérieur de santé et de cadres pour chaque unité). Au-delà de l'aspect financier et de l'intégration de ce poste d'IDE référente dans le cadre

⁶⁷Dejours C. Le facteur humain, Puf Que sais-je ?, 1995, p 44

⁶⁸ Yves Clot, Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux p112

de la convention, j'ai pu constater l'importance de définir le rôle de chacun. En effet, le cadre de santé est peu disponible pour les équipes et est souvent accaparé par le quotidien (réponse aux attentes des autres services, participation aux différentes réunions...). Or les professionnels doivent se sentir soutenus, reconnus et écoutés. Le cadre de proximité doit jouer un rôle de régulateur afin que le travail d'organisation, à savoir la gestion quotidienne du décalage entre organisation prescrite et contraintes concrètes de l'activité, soit arbitrée. Pour que ce travail puisse être mené, il convient tout d'abord de reconnaître le rôle de ce cadre de proximité et l'asseoir dans cette fonction de régulation. Cette reconnaissance passe par une redéfinition des fonctions et des fiches de poste des deux encadrants afin de clarifier les missions de chacun. Cette enquête a mis en évidence l'importance de cet encadrement de proximité et de terrain. J'ai été amenée à travailler en étroite collaboration avec l'IDE référente afin de l'aider à se positionner dans le service. Les fiches de poste ont été revues en collaboration avec la Direction des Soins et les équipes ont été informées des missions des deux cadres. Cette réflexion a permis à l'IDE référente d'être valorisée dans ses missions et reconnue par les professionnels. Son travail de terrain a permis de mettre en place des outils d'organisation tels que des supports de suivi de la réalisation des toilettes en binôme (IDE-AS). Par ailleurs, sa présence au quotidien au sein des unités a été perçue très positivement par les équipes tout d'abord parce que cette présence renforce la reconnaissance des professionnels mais aussi parce que les contraintes quotidiennes sont partagées et discutées avec le cadre afin de trouver des solutions opérationnelles qui sont si nécessaires formalisées par des outils communs pour tous.

Les cadres de proximité ont une position stratégique au sein d'une organisation soignante. En effet, le management dans son rôle d'animation des activités et des collectifs de travail joue certainement un rôle central dans la mise à disposition des professionnels des ressources nécessaires pour faire face aux contraintes organisationnelles. Il appartient au directeur de les asseoir dans leurs fonctions et de leur donner les moyens (outils, compétences, formation) pour mener à bien leurs missions.

4.3.2 L'implication des professionnels

Valoriser et reconnaître les professionnels implique de les associer à la définition de l'organisation. Cette association permet de donner du sens au travail réalisé afin qu'ils s'approprient les propositions décidées pluriprofessionnellement. Cette démarche participative était quasiment inexistante au sein du service et les professionnels dans le cadre de l'enquête ont fait remonter leurs désirs d'être impliqués dans les projets ou réflexions. Pour que cette implication soit efficace, le directeur joue un rôle central d'explication et d'appropriation. Ainsi j'ai été amenée à animer des réunions d'information sur la convention tripartite, sur l'objectif de mon enquête, sur les résultats obtenus et enfin sur le projet de service.

Cette phase d'information se révèle cruciale pour faire adhérer les équipes. Par ailleurs, le directeur a également un rôle de facilitateur de la mise en place de ces projets en formalisant les outils nécessaires à la conduite des projets. Les équipes ont en effet des temps de travail contraints et doivent bénéficier de supports clairs et facilement appropriables pour mener à bien les travaux dans le cadre des groupes de travail.

Que ce soit pour la convention tripartite ou pour la rédaction du projet de service, j'ai informé les équipes en rédigeant à chaque fois une feuille de route cadrée avec les grandes étapes et les échéances. Ce cadrage a permis de travailler avec les groupes de travail sur des temps définis et respectés. Des points d'étapes et de communication permettent aussi à l'ensemble des professionnels d'être informé de l'avancée des projets.

J'ai pu mesurer l'importance de ce rôle d'animateur, de coordonnateur, d'organisateur du directeur sur les différents projets menés au sein du service. L'implication du directeur dans ces démarches a un impact sur l'implication des professionnels.

J'ai pu le constater sur les projets que j'ai pilotés puisque les professionnels se sont fortement investis dans les groupes de travail. Non seulement toutes les catégories professionnelles ont intégré les groupes de travail alors que toute participation se faisait sur la base du volontariat mais en plus ils étaient force de propositions.

Impliquer les professionnels nécessite également de les informer sur les contraintes auxquelles est confronté le service. Par exemple, une réunion d'information sur le financement du service a permis aux professionnels de mieux comprendre les problématiques spécifiques au secteur médico-social.

4.3.3 L'instauration de lieux de discussion et de réflexion sur les pratiques professionnelles.

La reconnaissance du travail des professionnels passe par l'instauration de lieux de discussion qui permettent de lever les contradictions perçues par les professionnels. Ouvrir aux professionnels la possibilité d'énoncer les contradictions et de construction de compromis revient à reconnaître le travail d'organisation qui s'effectue quotidiennement.

Ces lieux de discussion n'existaient pas au sein du service. Il a donc été décidé de mettre en place des réunions de service pluriprofessionnelles sur des sujets spécifiques afin de permettre aux professionnels de s'exprimer, de faire remonter leurs difficultés et de partager des solutions organisationnelles de manière à faire évoluer réellement les contenus de travail.

En plus de ces réunions de service et en collaboration avec l'équipe mobile douleur et soins palliatifs de l'hôpital, des groupes de réflexion thématiques ont été créés. Les réunions, animées par la psychologue et l'IDE de l'équipe mobile douleur et soins palliatifs, proposeront aux équipes de se réunir pour réfléchir, échanger, s'exprimer sur des thématiques en lien avec la douleur et les soins palliatifs (les premières thématiques choisies sont par exemple : le refus

de soin ou de traitement, la prise en charge d'un résident non communicant, le décès d'un résident, qu'est ce qu'un bon résident en SLD...)

Le groupe de réflexion thématique est pensé comme un lieu d'expression, d'analyse et d'échange, dans le respect de la position de l'autre. La discussion sur la thématique retenue sera nourrie des expériences cliniques des participants et/ou de vignettes cliniques existant dans la littérature. Le rôle des animateurs du groupe sera centré sur le soutien à l'élaboration et à la circulation de la parole.

Le rôle du directeur est de s'assurer que les professionnels disposent de ces temps de partage, de réflexion sur les pratiques nécessaires pour une prise de recul sur l'activité menée et une remise en question fondamentale dans la pratique soignante.

4.4 Associer le CHSCT à la démarche de prévention des RPS

Le CHSCT est une instance de propositions auquel le directeur est tenu de présenter les projets importants touchant aux conditions d'hygiène, de sécurité et aux conditions de travail des agents. Cette instance doit être au cœur d'une démarche de prévention des RPS.

Dans le cadre de mon étude, je n'ai pas été amenée à solliciter cette instance en période de renouvellement de ces membres à la suite des élections professionnelles de novembre 2014. Cependant, il apparaît primordial dans le cadre de ces prérogatives de l'informer sur les résultats du diagnostic réalisé. Cette information du CHSCT permettra de l'impliquer dans la démarche d'évaluation du plan d'actions. Constituer un comité spécifique, émanant du CHSCT, chargé de suivre l'ensemble de la démarche de prévention est un moyen de favoriser cette appropriation.

Les résultats de l'audit sur la charge de travail amèneront à une évolution de l'organisation du travail au sein du service qui se devra d'être communiquée au CHSCT.

De manière générale, afin que l'intérêt d'une démarche de prévention des RPS soit partagé par l'ensemble des acteurs de la prévention des risques, cette phase d'association du CHSCT s'avère cruciale et déterminante. Le directeur ne doit pas négliger cette communication sous peine de voir l'apport de cette démarche minimisé, voire occulté.

Conclusion

Le directeur d'établissement a une obligation légale de préserver la santé au travail des agents. Dans le cadre de cette préservation, les RPS sont des risques professionnels caractérisés par une organisation, des pratiques relationnelles, des conditions d'emploi potentiellement pathogènes pour les agents.

Au sein de l'hôpital Le Vésinet, à la suite d'un signalement de la médecine du travail, une procédure d'alerte avait été rédigée. Cette logique de réparation permet de repérer au plus tôt l'ensemble des situations psycho-sociales afin de les résoudre dans les meilleurs délais.

Face à cette logique, la stratégie de réalisation d'une politique de prévention des RPS a l'avantage de prendre en compte l'ensemble des facteurs de RPS.

Au sein du service de SLD de l'établissement, cette démarche prenait tout son sens puisque le service était en phase de renégociation de sa convention tripartite, avec un projet de reconstruction du service qui potentiellement pouvait entraîner une évolution de l'organisation du travail.

L'instauration de cette démarche de prévention m'a permis d'identifier par le biais d'un diagnostic approfondi les facteurs de risques. Ce diagnostic a démontré que l'organisation du travail était source de mal-être avec comme conséquence une dégradation des conditions de travail et des rapports sociaux.

Les actions entreprises, rédaction du projet de service, audit de la charge de travail notamment, ont permis d'impliquer les professionnels dans les projets tout en les valorisant et en redonnant du sens à leur travail.

Cette démarche a démontré que prendre en compte le bien-être des professionnels et les associer sont sources de motivation, d'implication. Remettre les professionnels au cœur de l'organisation permet de les responsabiliser et de les rendre moteur de la dynamique organisationnelle du service.

Améliorer la qualité de vie au travail par la prévention des RPS est un axe intéressant à explorer car il permet d'avoir une approche globale du management des hommes et des organisations, véritable enjeu pour un directeur d'établissement.

Relever ce défi est le gage d'une amélioration, in fine, de la qualité de prise en charge des résidents, but ultime du directeur d'établissement, le résident étant au cœur des préoccupations.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES ET LEGISLATIFS

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006
Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n° 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique qui intègre l'accord national interprofessionnel du 02 juillet 2008 sur le stress au travail applicable aux entreprises privées

Loi n°2010-751 du 05 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique qui crée notamment les CHSCT dans la fonction publique d'Etat et territoriale. S'agissant de la fonction publique hospitalière, les CHSCT existent depuis 1991

Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

Accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

Le protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013

Circulaire du Premier ministre n°5705/SG du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques,

Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publique

RAPPORTS

Samotrace – Volet « Epidémiologie en entreprise ». Résultats intermédiaires à un an (3 000 questionnaires). Région Centre, Pays de la Loire et Poitou Charentes. C COHIDON, M MURCIA et le Comité de Pilotage Samotrace région Centre. Mai 2007. Collection « Santé et travail ». Institut de Veille Sanitaire

Rapport NASSE et LEGERON (2008). Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000156/>

Reconnaissance des bonnes pratiques professionnelles : la Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM, Paris, Juin 2008.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention, ROGEZ (Isabelle) – ARACT NORD-PAS-DE-CALAIS, 09/2009, 22 pages (collection Les cahiers de l'Aract Nord-Pas de Calais, n° 7)
<http://www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/docaract7.pdf>

GOLLAC M., BODIER M. (rédacteurs), Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du travail et des affaires sociales, paris, 2011.

Expertise relative à une problématique de santé au travail à l'hôpital du Vésinet. Rapport final, ARTIS FACTA, Mars 2013

Les avis du Conseil économique, social et environnemental. La prévention des risques psychosociaux. BRUNET S., Mai 2013. Les éditions des Journaux Officiels

Investiguer la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification. Synthèse des résultats de l'expérimentation. HAS, ANACT. Octobre 2013.

Guide méthodologique à destination des établissements de santé. Certification V2014. V.1.2-Avril 2015, HAS.

Rapports de l'hôpital Le Vésinet :

Bilan social 2013 et 2014

Rapport d'activité 2014

GUIDES

INRS, Dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider, Février 2010

DGAFP, Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique. Edition 2014. Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique.

Agir pour la prévention des risques psychosociaux. Collection les guides AGIR pour l'amélioration des conditions de travail. SECAFI, Groupe

OUVRAGES

BACHELARD O., CARPENTIER S. Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale. 2012. Edition Vuibert 368p

CLOT Y. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. La découverte, 2010, 190p

DEJOURS C. Le facteur humain, Puf, Que sais-je ? 2014

DOUILLET P., Prévenir les risques psychosociaux : outils et méthodes pour réguler le travail, juin 2013.

ESTRYN-BEBAR M. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé, Groupe Pasteur Mutualité, 2013, 56 pages

ESTRYN-BEBAR M. Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe, Presses de l'EHESP, 2008, 383 pages

HESBEEN W. La qualité du soin infirmier, 2ème édition, MASSON, Paris, 2002

JOURDAN D., ANTONMATTEI P H., DERUE A. et al. Les risques psychosociaux. Identifier, prévenir, traiter. Lamy SA, 2010 204p

LEROUGE L., La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé mentale au travail. LGDJ, 2005

MANIERE D., AUBERT M., MOUREY F., OUTATA S. Interprofessionnalité en gérontologie, Editions ERES, 2005

ZOLLA E., La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Dunod, 2013, 426p

ARTICLES PRESSES

NARO G., 2007 « Les indicateurs sociaux : du contrôle de gestion sociale aux développements récents du pilotage et du reporting ». EDUSCOL

Revue Hospitalière de France, janvier-février 2015, FHF
L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes. GHEORGHIOU M-D, MOATTY F.

Revue Hospitalière de France, mars-avril 2015, FHF
Prévention des risques à l'hôpital BEAUVAIS M., LEBEE E., TANDONNET P.

DARES Analyses, Publication de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques :

- « Les risques professionnels en 2010 : De fortes différences d'exposition selon les secteurs ». Février 2013. N°010
- « L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER ». Mars 2012. N°023

DEJOURS C., Aliénation et clinique du travail, Actuel Marx, 2006, n°39, p.123-144. Edition Presses Universitaires de France

SITES INTERNET

<http://www.atih.sante.fr/bilan-social-2013>

www.cdc.retraites.fr

<http://travail-emploi.gouv.fr> : « L'enquête SUMER 2010 »

<http://has-sante.fr>

<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>

<http://www.anact.fr/web/dossiers/sante-au-travail/RPS>

FORMATION

Risques Psycho Sociaux ou Qualité de vie au travail ? BOUFFARD D. G&P, Novembre 2014. Hôpital Le Vésinet.

Identifier et prévenir les risques psychosociaux. WAELLI M. Spécialiste RPS, Cabinet d'expertise SECAFI, Session inter-école, EHESP, 31 mars 2015

CONFERENCES, DEBATS

Les risques psychosociaux, des risques comme les autres ? MADEC L. Enseignant Chercheur. Session inter-école, EHESP, 31 mars 2015

Organisations syndicales et risques psychosociaux. Témoignage d'un responsable syndical. GARNIER D. Session inter-école, EHESP, 01 avril 2015

Santé mentale et psychiatrie. KOVESS V. Médecin au Département d'épidémiologie et de recherche clinique de l'EHESP. Session inter-école, EHESP, 02 avril 2015

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire sur les conditions de travail et les risques psychosociaux

Annexe 2 : Grille d'entretien du personnel du SLD

Annexe 3 : Grille d'entretien du cadre de santé, du responsable et de la psychologue du SLD

Annexe 4 : Grille d'entretien du médecin du travail

Annexe 5 : Résultats du questionnaire sur les conditions de travail et les risques psychosociaux

Annexe 6 : Résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles

Annexe 7 : Axes de réflexion pour la rédaction du projet de service

Annexe 8 : Grille d'audit sur l'évaluation de la charge en soins

Annexe 1 : Questionnaire sur les conditions de travail et les RPS

Elève Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-social, dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur l'analyse des risques psycho-sociaux et les conditions pour améliorer l'organisation du travail et la qualité de vie pour le personnel.

Ce questionnaire comporte plusieurs parties. Pour que vos réponses soient prises en compte, vous devez répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il faut choisir les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous vivez ou ressentez.

Ce travail me permettra, en tant que futur directeur, de définir une stratégie managériale qui tienne compte des besoins des professionnels.

Caractéristiques individuelles

1. Sexe : Femme Homme
2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
 18-30ans 31-40 ans 41-50 ans 51-60 ans Plus de 60 ans
3. Quelle est votre situation familiale ? Je vis seul(e) Je vis en couple
4. Nombre d'enfants à charge ?
 Aucun Un Deux Trois Quatre et plus
5. Quelle est votre fonction dans l'établissement ?
 IDE AS ASH Autre précisez
6. Quelle est votre ancienneté dans ce service ?
 Moins de 2 ans De 3 à 5 ans De 6 à 10 ans Plus de 10 ans
7. Vous êtes : Titulaire CDI Stagiaire Contractuel(le)/CDD
8. Travaillez-vous à temps partiel dans l'établissement ? Non Oui Si oui à quel taux ?

Autonomie et marge de manœuvre

9. Mon travail me permet d'apprendre des choses nouvelles :
 Toujours Souvent Parfois Jamais
10. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives :
 Toujours Souvent Parfois Jamais
11. Dans mon travail, j'ai des activités variées : Oui Non
12. Mon travail me demande d'être créatif (ve) : Oui Non
13. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même : Oui Non
14. Mon travail demande un niveau de compétence : Oui Non

15. Mon travail me permet d'employer pleinement mes connaissances :

Toujours Souvent Parfois Jamais

16. Au cours des 12 derniers mois, j'ai été consulté à propos de changement dans mon travail et mes conditions de travail : Oui Non

Exigences du travail

17. Je pense encore à mon travail avant de m'endormir :

Toujours Souvent Parfois Jamais

18. Mon travail me demande de travailler vite :

Toujours Souvent Parfois Jamais

19. Mon travail me demande de travailler intensément :

Toujours Souvent Parfois Jamais

20. La quantité de travail qui m'est demandée est excessive : Oui Non

21. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail :

Toujours Souvent Parfois Jamais

22. J'ai les moyens de faire un travail de qualité :

Toujours Souvent Parfois Jamais

23. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard :

Toujours Souvent Parfois Jamais

24. Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail: Oui Non

25. J'ai du mal à concilier mon travail avec mes obligations familiales :

Toujours Souvent Parfois Jamais

Rapports sociaux, relation de travail

26. Mon cadre se sent concerné par le bien-être des personnes placées sous ses ordres :

Toujours Souvent Parfois Jamais

27. Mon cadre prête attention à ce que je dis :

Toujours Souvent Parfois Jamais

28. Mon cadre m'aide à mener ma tâche à bien :

Toujours Souvent Parfois Jamais

29. Mon cadre réussit facilement à faire collaborer les personnes placées sous ses ordres :

Toujours Souvent Parfois Jamais

30. Les collègues avec qui je travaille sont des professionnels compétents :

Toujours Souvent Parfois Jamais

31. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt :

Toujours Souvent Parfois Jamais

32. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux :

Toujours Souvent Parfois Jamais

33. les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien :

Toujours Souvent Parfois Jamais

Reconnaissance

34. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs : Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

35. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail

Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

36. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues : Oui Non

37. Au travail, je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles :

Oui Non

38. Mes perspectives de promotion sont fortes : Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

39. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs : Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

40. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes collègues : Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

41. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les résidents : Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

42. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles de résidents :

Oui Non

Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

Sens du travail et conflits de valeurs

43. Les tâches que j'effectue correspondent à mes attentes : Oui Non

44. Dans mon travail, j'ai le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres :

Oui Non

45. Mon activité professionnelle me permet d'éprouver la fierté du travail bien fait :

Oui Non

46. Dans le cadre de mon activité professionnelle actuelle, j'exerce mon métier tel que je le conçois : Oui Non

47. J'ai les moyens de faire un travail de qualité :
 Toujours Souvent Parfois Jamais

48. Dans mon travail, je suis amené à faire des choses avec lesquelles, je suis en désaccord sur le plan moral : Oui Non

49. Dans mon travail, j'observe des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles : Oui Non

Contraintes professionnelles

50. Depuis deux ans vos conditions de travail se sont :
 Améliorées Dégradées Elles sont restées inchangées

51. Si vos conditions se sont dégradées, selon vous est-ce en raison de : (*Vous pouvez cocher plusieurs cases*)

- Pression hiérarchique
- Manque de considération
- Ergonomie du poste de travail
- Pénibilité du travail
- Mauvaise ambiance
- Environnement réglementaire (réforme, normes...)

52. Si vos conditions se sont améliorées, selon vous est-ce en raison de :

- Ecoute et prise en compte des besoins par la hiérarchie
- Ergonomie du poste de travail
- Conditions de travail adaptées
- Bonne ambiance
- Environnement réglementaire

53. Il arrive souvent que je ne puisse pas effectuer correctement mon travail en raison des éléments suivants : (*Vous pouvez cocher plusieurs cases*)

- Temps insuffisant pour mener à bien son activité
- Rétention d'informations
- Informations insuffisantes ou floues
- Changements d'organisations mal expliqués ou mal mis en œuvre
- Sentiment de contrôle régulier
- Situation de sous effectif
- Moyens matériels insuffisants, inadaptés ou fonctionnant mal
- Formation du personnel insuffisante
- Problème de collaboration
- Aucun problème

54. Je sens que je m'occupe des personnes âgées de façon impersonnelle :
 Toujours Souvent Parfois Jamais

Ambiance de travail et pénibilité

55. Je trouve que l'ambiance au travail est : *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*
 Sereine Tendue Calme Dynamique Froide
 Confiante Chaleureuse Agressive Malveillante Conflictuelle

56. Lorsque je rencontre des difficultés dans mon travail, je peux facilement obtenir de l'aide ou du soutien de la part de : *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

- De mes collègues
- De ma hiérarchie
- De la direction
- Du service Ressources Humaines/ Du service du personnel
- Du service Formation
- De la médecine du travail
- Des organisations syndicales ou des représentants du personnel
- Je ne trouve pas d'aide sur mon lieu de travail

57. Dans mon travail, je dois cacher mes émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur :

- Oui Non

58. Considérez-vous que votre poste de travail et son environnement sont satisfaisants ?

- Oui Non

Valorisation

59. Dans mon établissement, j'ai le sentiment d'avoir une valeur professionnelle :

- Oui Non

60. Dans mon travail, je me sens à l'aise pour parler ouvertement y compris au cadre : Oui Non

61. Dans mon travail, j'ai développé ma confiance en moi : Oui Non

62. Dans mon établissement, je participe à l'amélioration de la qualité : Oui Non

63. Dans mon établissement, je peux participer à la prise de décisions : Oui Non

64. Dans cet établissement, mes compétences professionnelles et personnelles sont utilisées à 100% : Oui Non

65. Dans cet établissement, nous avons un but et des valeurs communs partagés :

- Oui Non

66. Dans cet établissement, mon projet professionnel personnel trouve une voie de réalisation : Oui Non

67. Dans cet établissement j'ai le sentiment d'appartenir à un groupe : Oui Non

Vision d'avenir

68. D'après vous dans trois ans, vous pensez que : *((Vous pouvez cocher plusieurs cases))*

- Vous travaillerez encore au même poste dans le même établissement
- Vous aurez choisi de quitter cet établissement
- Vous aurez évolué professionnellement dans le même établissement
- Vous aurez évolué professionnellement dans un autre établissement
- Vous aurez quitté le secteur des personnes âgées
- Vous ne savez pas

Questions générales

69. Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité, je me trouve :

- Tout à fait satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Plutôt pas satisfait(e)
 Pas du tout satisfait(e)

70. A votre avis, quels sont les points forts et les points faibles du service de soins de longue durée :

Citez les points forts :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Citez les points faibles :

.....
.....
.....
.....
.....

71. Que proposeriez-vous pour améliorer la vie quotidienne du service ?

.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle

Rébecca SAY

Annexe 2 : Grille d'entretien du personnel du SLD

Thèmes abordés lors de l'entretien	Questions
Avis général sur le travail	<p>Etes-vous globalement satisfait de votre travail ? Travaillez-vous dans de bonnes conditions ? Satisfaction, dégradation, marges de manœuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • De l'environnement physique (condition d'hygiène et de sécurité) • Des relations de travail (tensions, conflits, motivation collective, soutien hiérarchique) • De l'organisation du travail • Du contenu du travail • Des possibilités de développement professionnel • De la conciliation entre vie professionnelle et vie privée
Analyse de l'organisation du travail	<p>Connaissez-vous votre fiche de poste (cohérente) ? Vos horaires vous conviennent-ils ? Avez-vous le sentiment d'avoir le temps de bien faire votre travail ? Travaillez-vous dans l'urgence ? fréquence ? temps de répit ? Existe-t-il des réunions de service (fréquence ? quelles informations ?) Vous donne-t-on les moyens de vous adapter aux exigences de votre travail ? Etes-vous libre de vous organiser pour faire votre travail ? Travaillez-vous en équipe ? (partage entre tous animation, rééducateurs...) Existe-t-il des réflexions sur les pratiques professionnelles ? si oui lesquelles ? Vous sentez-vous accompagné dans votre pratique professionnelle ? Si oui par qui ? Existe-t-il un contrôle de votre travail ?</p>
Absentéisme / Turn over	<p>Qu'est ce qui provoque une absence ? Quels sont les problèmes générés par l'absentéisme ? (renfort des autres services ?) Quel lien faites-vous entre absentéisme et condition de travail ? Qu'est ce qui pourrait être fait pour développer la présence au travail ? Comment est gérée l'absence d'un collègue/agent ? Quelle gestion serait souhaitable ? Qu'est ce qui pourrait faire diminuer l'absentéisme ? Comment qualifieriez-vous le turn-over du service, quelles conséquences dans votre travail ?</p>
Management et motivation professionnelle	<p>Existe-t-il un projet de service ? Qu'est-ce qui vous motive le plus ? Qu'est-ce qui vous pèse le plus ? Pour vous, qu'est-ce que la reconnaissance professionnelle ? Avez-vous des retours sur le résultat de votre travail Avez-vous un entretien d'évaluation annuel (avec qui, quel plus ?) Votre travail a-t-il un sens ? Avez-vous votre place ? Vos perspectives professionnelles sont-elles claires ? satisfaisantes ?</p>
Améliorations	<p>Quels axes d'amélioration souhaiteriez-vous voir en place ?</p>

Annexe 3 : Grille d'entretien du cadre de santé, du responsable et de la psychologue du SLD

Entretien :

- 1) Quels seraient selon vous les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants au sein de l'USLD ? :
 - conditions de travail
 - relations de travail
 - organisation de travail
 - contenu du travail
 - possibilités de développement professionnel
 - conciliation vie professionnelle – vie privée
- 2) Selon vous sur ces différents items, la situation s'est-elle dégradée ou améliorée et dans les deux cas pourquoi et comment ?
- 3) Pensez-vous que les agents du service soient soumis à des risques psychosociaux ?
Si oui à votre avis quelles en sont les origines (charge de travail, exigence professionnelle, manque de reconnaissance et de valorisation, conflits de valeurs...) ?
- 4) Pensez-vous qu'il existe un lien entre absentéisme et conditions de travail ?
- 5) Comment est géré l'absentéisme ? Comment le vivent les agents présents ?
- 6) Les professionnels sont-ils investis dans le service, motivés ?
Si oui origine, si non comment les motivés ?
- 7) Les agents connaissent-ils l'organisation du travail, leur fiche de poste, les procédures, font-ils des demandes de formation, participent-ils aux formations ? L'entretien d'évaluation est-il un moment de partage sur le travail et les conditions de ce travail ?
- 8) Etes-vous au fait de la procédure de signalement des RPS mise en place par l'hôpital ?
- 9) Quelles seraient selon vous les axes de réflexion pour améliorer la qualité de vie au travail des personnels ?

Je vous remercie de m'avoir accordé cette interview et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle.

Annexe 4 : Grille d'entretien du médecin du travail

Entretien :

1. Le personnel qui travaille au sein de l'USLD que vous recevez en entretien se plaint-il à vous ?

Si oui de quoi ?

Des conditions de travail : horaires, charge de travail, effectifs, marge de manœuvre, autonomie... ?

De l'environnement ? De l'encadrement ?

Des relations de travail et des rapports sociaux avec les familles et résident ?

Des conflits de valeurs, exigence du travail, reconnaissance

Autres ?

2. La charge de travail, les conditions de travail sont-elles semblables sur les autres services de l'hôpital ? (SMC)

3. Quels seraient, selon vous, les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants ?

4. Pensez-vous que les conditions de travail des agents modifient les conditions de prise en charge des résidents ?

5. Pensez-vous que d'autres paramètres entrent en ligne de compte au sein du service (organisation du travail, relations entre collègues, avec l'encadrement) ?

6. D'après votre expérience de médecin du travail existe-t-il un manque de reconnaissance des agents au niveau de l'USLD ? Si oui, est-ce que ce manque de reconnaissance touche toutes les catégories professionnelles ? (Lesquelles ?)

7. Ce manque de reconnaissance est-il source de souffrance au travail pour les agents de l'USLD qui en sont victimes ?

8. Observez-vous des différences notables en terme d'absentéisme, de MP ou d'AT au sein du service de SLD par rapport aux autres services ?

9. La prise en charge des PA est-elle génératrice de pathologies professionnelles chez les salariés concernés ?

Pathologies physiques et/ou psychiques ? Ces pathologies sont-elles uniquement dues au secteur ou à d'autres raisons ?

10. Pensez-vous que les soignants de l'USLD soient soumis à des RPS ? Si oui de quelles origines et comment cela se traduit ?

11. Selon vous, quelles solutions pourraient-être mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants ? physique et moral

Je vous remercie de m'avoir accordé cette interview et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle.

Annexe 5 : Résultats du questionnaire sur les conditions de travail et les risques psychosociaux

THEMES / QUESTIONS	IDE	AS	ASH	Autres
Caractéristiques individuelles				
Fonction	28%	33%	17%	22%
Age (<41 ans)	60%	67%	67%	25%
Vie en couple	40%	50%	0%	75%
Au moins 1 enfant à charge	20%	67%	50%	100%
Ancienneté < 6ans	80%	83%	67%	25%
Travail à Temps Partiel	0%	17%	0%	50%
Contractuel	40%	50%	0%	0%
Autonomie et marge de manœuvre				
Apprentissage de nouvelles choses	80%	33%	33%	75%
Tâches répétitives	40%	100%	100%	25%
Activités variées	80%	17%	67%	100%
Travail créatif	60%	20%	33%	100%
Prise de décisions seul	100%	40%	33%	100%
Travail nécessitant un niveau de compétence	100%	100%	67%	100%
Emploi pleinement des connaissances	100%	83%	0%	100%
Consultation depuis 12 derniers mois sur conditions de travail	60%	20%	67%	25%
Exigences du travail				
Penser à son travail avant de s'endormir	20%	33%	33%	75%
Mon travail me demande de travailler vite	60%	83%	50%	100%
Mon travail me demande de travailler intensément	80%	100%	66%	100%
Quantité de travail demandée excessive	40%	83%	50%	100%
Temps nécessaire pour exécuter correctement le travail	60%	67%	50%	50%
Moyen de faire un travail de qualité	80%	50%	67%	50%
Tâches souvent interrompues	20%	0%	67%	50%
Attendre le travail des collègues ralentit souvent mon travail	40%	33%	100%	75%
Difficulté à concilier travail et vie personnelle	0%	17%	0%	0%
Rapports sociaux, relations de travail				
Cadre concerné par le bien-être des personnels	60%	83%	100%	100%
Cadre prête attention à ce que disent les personnels	80%	83%	100%	100%
Cadre aide à mener à bien la tâche	40%	83%	100%	75%
Cadre réussit à faire collaborer les personnels	60%	100%	100%	67%
Collègues compétents	100%	100%	100%	75%
Collègues manifestent de l'intérêt	60%	67%	100%	100%
Collègues amicaux	80%	67%	100%	75%
Collègues à mener à bien les tâches	80%	83%	66%	50%
Reconnaissance				
Respect mérité de mes supérieurs	80%	100%	100%	100%
Respect et estime mérités au vu des efforts	100%	60%	100%	100%
Respect mérité de mes collègues	80%	100%	100%	100%
Soutien satisfaisant dans les situations difficiles	60%	100%	100%	100%
Perspectives de promotion fortes	60%	60%	100%	25%
Travail apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs	80%	100%	100%	100%
Travail apprécié à sa juste valeur par mes collègues	100%	100%	0%	25%
Travail apprécié à sa juste valeur par les résidents	100%	100%	100%	100%
Travail apprécié à sa juste valeur par les familles	100%	83%	50%	100%
Sens du travail et conflits de valeurs				
Tâches correspondent aux attentes	80%	67%	100%	75%
Sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres	100%	100%	100%	100%
Fierté du travail bien fait	100%	83%	100%	100%
Travail exercé tel que conçu	80%	80%	67%	67%
Moyens de faire un travail de qualité	100%	67%	33%	75%

THEMES / QUESTIONS	IDE	AS	ASH	Autres
Réalisation de choses en désaccord sur le plan moral	20%	50%	33%	0%
Observation de décisions et pratiques à l'encontre des valeurs professionnelles	0%	60%	0%	75%
Contraintes professionnelles				
Depuis 2 ans les conditions de travail se sont :				
Améliorées	20%	20%		
Dégradées	20%		33%	25%
Inchangées	60%	80%	67%	75%
Si conditions se sont dégradées, raisons :				
Manque de considération	50%	20%		
Ergonomie du poste de travail		20%		
Pénibilité du travail	25%	60%		100%
Mauvaise ambiance	25%			
Si les conditions se sont améliorées, raisons :				
Ecoute et prise en compte des besoins par la hiérarchie	20%	25%		
Conditions de travail adaptées	40%			
Bonne ambiance	40%	75%		100%
Travail non effectué correctement en raison :				
Temps insuffisant	21%	35%	20%	15%
Rétention d'informations	7%	6%		
Informations insuffisantes ou floues		6%	20%	20%
Changement d'organisation mal expliqué ou mal mis en œuvre	7%	6%	40%	
Situation de sous-effectif	28%	29%	20%	20%
Moyens matériels insuffisants, inadaptés ou fonctionnant mal	7%	12%		13%
Formation du personnel insuffisante	7%	6%		7%
Problème de collaboration	14%			27%
Aucun problème	7%			
Prise en charge impersonnelle des personnes âgées (parfois)	40%	33%	100%	25%
Ambiance de travail et pénibilité				
Ambiance de travail :				
Sereine	28%	6%		
Tendue	7%	18%	11%	43%
Calme		12%	11%	
Dynamique	21%	25%	33%	
Froide				14%
Confiante	14%	6%		14%
Chaleureuse	21%	18%	22%	14%
Conflictuelle	7%	12%	22%	14%
Quand difficulté dans le travail soutien de la part :				
Des collègues	56%	60%	50%	57%
De la hiérarchie	44%	20%	17%	43%
De la direction		10%		
De la médecine du travail		10%	17%	
Des organisations syndicales			17%	
Poste de travail et environnement satisfaisants	80%	60%	33%	50%
Doit cacher ses émotions ou faire semblant d'être de bonne humeur	20%	33%	67%	0%
Valorisation				
Sentiment d'avoir une valeur professionnelle	100%	75%	67%	100%
A l'aise pour parler ouvertement à la hiérarchie	80%	83%	100%	100%
Développement de la confiance en soi	100%	100%	67%	100%
Participation à l'amélioration de la qualité	80%	60%	100%	75%
Participation à la prise de décisions	80%	80%	0%	67%
Compétences professionnelles utilisées à 100%	60%	40%	0%	33%
But et valeurs communs partagés	100%	83%	67%	75%
Projet professionnel avec voie de réalisation	80%	67%	100%	100%
Sentiment d'appartenir à un groupe	80%	40%	100%	75%
Question générale				
Satisfaction globale (plutôt satisfait)	60%	100%	100%	75%

Annexe 6 : Résultats des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles

QUESTIONS	Satisfaction résidents	Satisfaction familles
Thème : Accueil et admission		
Sentiment d'avoir été attendu	58%	
La personne était-elle disponible, à l'écoute et réponses à vos attentes ?	67%	
Souvenir de l'accueil réservé à l'arrivée	83%	100%
Renseignements et informations donnés sur la vie de l'établissement	33%	93%
Renseignements et informations données sur les conditions financières et d'hébergement		87%
L'accueil réservé à votre famille ou à votre entourage en visite	83%	87%
Visites bien acceptés par le personnel		87%
Horaires de visites		100%
Thème : Droit, information et liberté du résident		
Information de la vie sociale du service (animations, fêtes, sorties..), des prestations diverses (coiffure, pédicure..),	75%	83%
Information des projets du service	17%	42%
Prise en compte des réclamations ou de plaintes	67%	73%
Les membres de l'équipe respectent les règles de politesse	65%	
Accès à tout moment de la journée à la chambre ou aux lieux collectifs	83%	
Liberté de sortir de l'établissement quand souhaité	67%	
Facilité d'emmener son proche à l'extérieur de l'établissement		64%
Accueil des membres de votre famille dans l'intimité et dans des lieux adaptés	83%	73%
L'accès à la pratique de votre religion est-il ?	67%	60%
Thème : Restauration		
Horaires petit-déjeuner	58%	50%
Horaires déjeuner	92%	60%
Horaires goûter	75%	57%
Horaires dîner	75%	50%
Si pas de proposition tisane, désir d'en disposer	42%	
La température des aliments	58%	
La présentation	75%	
La quantité de nourriture	83%	
La qualité du service	92%	
La durée du service	83%	
L'ambiance des repas	67%	
Le cadre de la salle à manger	58%	
La cuisson	58%	
La prestation repas	58%	57%
Prise en compte des goûts alimentaires	75%	
Possibilité de prendre un repas avec son proche		46%
Thème : Vie sociale du résident, occupation et loisirs		
Activités adaptées aux besoins	75%	90%
Relations satisfaisantes avec les autres résidents	58%	
Possibilité de participer aux animations proposées		70%
Thème : Repos, soins et autres services		
Horaires du réveil	83%	47%
Horaires du lever	67%	43%
Horaires du coucher	58%	33%
Réveil la nuit par des bruits ou lumières	50%	
Information sur les soins prodigués	67%	63%
Prise en compte de l'avis pour la réalisation des soins	50%	
Prise en compte de l'avis pour le choix des vêtements	67%	
Soins apportés en respectant la pudeur	67%	83%
Soins apportés en respectant la dignité	67%	84%

QUESTIONS	Satisfaction résidents	Satisfaction familles
Soins apportés en respectant les besoins personnels	50%	63%
Soins apportés en respectant le consentement	42%	
Prise en charge de la douleur	100%	
Satisfaction des liens entretenus avec les médecins	50%	80%
Satisfaction des liens entretenus avec l'équipe du service	75%	80%
Liens avec l'équipe de rééducateurs, animateur et psychologue		67%
Satisfaction sur les prestations des médecins et de l'ensemble de l'équipe	83%	
Satisfaction des prestations du service coiffure ou esthétique	83%	87%
Thème : Hôtellerie et lieu de vie		
Satisfaction sur les locaux	83%	80%
Satisfaction sur la température des locaux et chambres	92%	
Satisfaction sur le confort et la praticité de la chambre	83%	70%
Satisfaction sur le confort et la praticité du cabinet de toilette	71%	70%
Propreté des locaux collectifs	83%	80%
Propreté de la chambre et du cabinet de toilette	67%	67%
Satisfaction d'être en chambre individuelle	100%	
Satisfaction d'être en chambre double	33%	
Odeurs dans le service	75%	50%
Odeurs dans la chambre	75%	70%
Bruits dans le service	75%	70%
Satisfaction des prestations de lingerie	80%	67%
Satisfaction des prestations d'entretien et de réparation du petit matériel	83%	67%
Satisfaction des prestations du service d'entretien du parc et du jardin	92%	87%
Satisfaction sur l'accessibilité du jardin thérapeutique	50%	47%

Légende  Satisfaction inférieure à 60%

	Points forts	Points faibles
Résidents	L'animation jugée adaptée (17%) Le personnel compétent et agréable (17%) Le parc de l'hôpital (10%)	Douches pas assez fréquentes Restauration Heure de lever et de toilette trop tardive Sorties pas assez fréquentes
Familles	Personnel compétent et agréable et la qualité des soins prodigués (52%) Suivi de l'équipe médicale (29%) Parc de l'hôpital (30%) Animation proposée (10%)	Le manque d'informations sur le fonctionnement du service (horaires des repas, du coucher, du lever, soins réalisés, animations proposées, jardin thérapeutique) (27%) Des locaux peu adaptés (manque de chambres individuelles, chambres trop petites, espaces collectifs exigus, manque de salons) (23%) Turn over important du personnel (17%) Manque de personnel plus particulièrement le WE (13%) Qualité de la prestation repas (13%) Informations médicales (10%) Personnels qui ne sont pas tous aimables et disponibles (10%) Odeurs dans le service (10%) Propreté du service (10%) Accessibilité du jardin thérapeutique (7%)

Annexe 7 : Axes de réflexion pour la rédaction du projet de service

THEMATIQUE	CONSTAT	OBJECTIF
ACCUEIL ET ADMISSION	Manque d'information à l'entrée sur la fonction et la vie du service	Avoir un support spécifique pour présenter le service
DROIT, INFORMATION, LIBERTE DU RESIDENT	Manque d'information sur les projets du service	Informers sur le projet de service mais aussi sur la prise en charge des résidents (famille et résident) concernant les soins prodigués, les heures de lever et de coucher...
	Personnel souvent poli mais pas systématiquement toujours	Améliorer la satisfaction sur ce thème
RESTAURATION	Horaire du repas du soir trop tôt	Réduire la période de jeûne entre le dîner et le petit-déjeuner
	Prestation restauration jugée peu satisfaisante	Actualiser les goûts et habitudes alimentaires des résidents régulièrement Améliorer la prestation repas en l'adaptant aux goûts des résidents
	Cadre de la salle à manger peu adapté	Dans le cadre du projet de reconstruction du service intégrer les contraintes actuelles
VIE SOCIALE	Tous les résidents ne bénéficient pas d'une activité d'animation	Adapter les activités d'animation à l'évolution des pathologies des résidents
	Les personnels du service et notamment les soignants sont dans une relation avec le résident centré sur les soins de nursing	Prendre en charge le résident dans un cadre multidimensionnelle (pas uniquement sous l'axe des soins) avec un objectif de définition d'un projet de vie
REPOS, SOINS, AUTRES SERVICES	Les soins ne prennent pas suffisamment en compte les besoins de chaque résident	Adapter les soins aux besoins des résidents. Améliorer l'information relative aux soins de la part de l'ensemble de l'équipe soignante et médicale
	Les familles ne sont pas assez informées du rôle de personnel de rééducation et du psychologue	Respecter les souhaits des résidents (horaire de lever, de coucher, choix des vêtements...)
	Les résidents se plaignent de nuisances sonores notamment la nuit	Informers sur le rôle de chacun
HOTELLERIE ET LIEU DE VIE	Locaux peu adaptés à l'évolution des pathologies des résidents	Disposer de locaux adaptés pour une prise en charge de qualité (chambre individuelle, locaux de stockage, espaces de repos pour le personnel et salons pour les visites, salles d'animation, de soins, de rééducation...)
	Odeurs désagréables dans les couloirs du service (remarque des familles)	Identifier l'origine de ses odeurs et réfléchir au moyen de limiter ses nuisances olfactives

THEMATIQUE	CONSTAT	OBJECTIF
RESSOURCES HUMAINES	Quantité de travail excessive, travail intense et devant être réalisé rapidement, temps jugé insuffisant pour réaliser correctement le travail	Objectiver le travail réalisé qualitativement et quantitativement. Mesurer l'écart entre le travail réel et le travail prescrit
	Activités jugées comme peu variées et répétitives. Travail peu créatif	Redonner du sens au travail et valoriser le travail réalisé
	Travail en équipe insuffisant, manque de cohésion	Replacer la prise en charge du résident dans une dimension pluriprofessionnelle
	Poste et environnement de travail jugés peu adaptés à la prise en charge du résident	Disposer de locaux adaptés pour une prise en charge de qualité (chambre individuelle, locaux de stockage, espaces de repos pour le personnel et salons pour les visites, salles d'animation, de soins, de rééducation...)
	Peu de temps d'échange sur les pratiques professionnelles et sur les difficultés rencontrées	Permettre aux personnels de s'exprimer sur leurs difficultés
	Manque de soutien de la hiérarchie quand difficulté	Valoriser et reconnaître le travail des professionnels
	Manque de reconnaissance des professionnels sur les activités	Reconnaître le travail de chacun et valoriser les compétences
	Manque de valorisation du service au sein de l'hôpital	Reconnaître le travail des professionnels au sein du SLD

Annexe 8 : Grille d'audit sur l'évaluation de la charge en soins

Date : Horaire : Fonction évaluée : Evalueur : Unité :

Tranches horaires	Activités planifiées réalisées	Activités planifiées non réalisées	Activités non planifiées réalisées	Activités que l'agent aurait souhaité réaliser	Remarques* *
6h45 - 7h					
7h - 7h30					
7h30 - 8h					
8h - 8h30					
8h30 - 9h					
9h - 9h30					
9h30 - 10h					
10h - 10h30					
10h30 - 11h					
11h - 11h30					
11h30- 12h					
12h - 12h30					
12h30 - 13h					
13h - 13h30					
13h30-14h					
14h - 14h30					
14h30 - 15h					
15h - 15h30					
15h30 - 16h					
16h - 16h30					
16h30 -17h					
17h - 17h30					
17h30 -18h					
18h - 18h30					
18h30-19h					
19h - 19h30					
19h30 - 20h					
20h - 20h30					
20h30 – 21h					
21h – 21h30					

Superposition équipe du matin et équipe du soir

** retard pris, personnel absent, intérim, temps d'écoute des personnels ou des patients possible, patient non communiquant, nombre de patients vus...

En tant que professionnel du service, qu'aimeriez-vous pouvoir améliorer dans la prise en charge des patients ?

Les mobilisations :

La toilette :

Les repas :

Les soins techniques :

La prise en charge médicamenteuse :

Vie sociale :

L'écoute :

L'accueil des familles :

Locaux :

Autre :

➤ Quels sont, selon vous, les points forts du service dans la prise en charge des patients ?

SAY

Rébecca

Décembre 2015

**Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-
Social**

Promotion 2014-2015

**La prévention des Risques Psychosociaux levier
organisationnel au service de l'amélioration de la qualité
de vie au travail**

Résumé :

La démarche de prévention des RPS au sein du service de Soins de Longue Durée de l'hôpital Le Vésinet a permis d'identifier par le biais d'un diagnostic approfondi ; basé sur le recueil d'indicateurs, la réalisation d'un questionnaire et d'entretiens semi-directifs ; les facteurs de RPS.

Grâce aux actions mises en œuvre et à la participation des professionnels, une organisation du travail fédératrice, valorisante a été instaurée. La réussite de cette démarche passe par une implication des acteurs obtenue par une communication des enjeux et des intérêts de cette approche.

Positionner le travail au cœur de la démarche lui redonne du sens et valorise les professionnels dans leurs missions auprès des résidents.

Prévenir les RPS permet donc d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels mais aussi la qualité de prise en charge des résidents.

Mots clés :

Risques psychosociaux – Qualité de vie au travail – Santé – Organisation du travail – Conditions de travail – Rapports sociaux – Soutien social – Autonomie – Indicateurs
Valorisation – Implication – Performance

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.