



EHESP

DESSMS

Promotion : **2015 - 2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**Promouvoir la qualité de vie au travail
des soignants par le prisme de
l'organisation du travail**

L'exemple du Centre hospitalier de Grand Fougeray

Anne COUNY

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur du Centre hospitalier de Grand Fougeray, Monsieur Georges TYGREAT, pour m'avoir accueillie dans son établissement et encadrée tout au long de ce stage. Je le remercie pour sa disponibilité, sa confiance et ses conseils avisés qui me seront précieux pour mes futures fonctions.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels du Centre hospitalier de Grand Fougeray pour leur accueil, leur disponibilité et leur soutien dans le cadre de mes missions et de la rédaction de ce mémoire. Plus particulièrement, je remercie les soignants qui ont accepté de participer aux entretiens pour la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Je remercie les directeurs d'établissement qui ont accepté de participer aux entretiens pour les échanges riches que nous avons eu dans les retours d'expériences. Egalement, j'ai une pensée pour Monsieur Alain CHEVANCE de l'ARACT Bretagne, Monsieur Thierry LHOTE de l'ANFH Bretagne et Madame Myriam BONNERRE de l'ARS Bretagne pour leurs conseils éclairants.

Enfin je remercie Madame Nathalie ROBIN-SANCHEZ, enseignante à l'Institut du Management, pour son soutien et son aide précieuse, ainsi que mes proches.

Sommaire

Introduction	1
1 Une organisation impactant le collectif soignant dans son bien-être au travail.....	7
1.1 Un constat national : une lassitude au travail du collectif soignant.....	7
1.1.1 La charge de travail physique et psychique.....	8
1.1.2 L'organisation du travail	9
1.1.3 La reconnaissance de la valeur professionnelle des soignants	12
1.1.4 L'ex hôpital local : une structure atypique parmi les centres hospitaliers	13
1.2 Un constat local : une lassitude au travail variant selon le service.....	14
1.2.1 Une charge de travail physique et psychique jugée lourde.....	14
1.2.2 Une organisation du travail perfectible pour la prise en soins des usagers.	16
1.2.3 Un besoin de reconnaissance de la valeur professionnelle	18
1.2.4 Une communication jugée difficile avec l'encadrement.....	19
2 Des facteurs freinant la qualité de vie au travail	21
2.1 Les facteurs liés à la santé au travail.....	22
2.1.1 Un bien-être physique	22
2.1.2 Un bien-être psychique et social	24
2.2 Les facteurs liés à l'organisation du travail	26
2.2.1 La segmentation du travail	26
2.2.2 La contrainte horaires.....	27
2.2.3 La répartition des tâches	28
2.2.4 Les roulements.....	31
2.3 Les facteurs liés à la reconnaissance de la valeur professionnelle	32
2.4 Les facteurs liés aux relations de travail	33
2.4.1 Le collectif soignant.....	33
2.4.2 L'encadrement	35
3 Des leviers d'actions pour concilier qualité des soins et qualité de vie au travail	37
3.1 Agir sur la charge de travail : l'audit organisationnel.....	38
3.2 Agir sur l'organisation du travail	40
3.2.1 Clarifier la ligne hiérarchique avec la refonte de l'organigramme.....	40
3.2.2 Disposer d'un référentiel commun avec la révision des fiches de poste	41
3.2.3 Clarifier les rôles de chacun avec la révision des fiches de tâches.....	42
3.3 Agir sur le développement des compétences : la GPMC.....	44
3.3.1 Valoriser les compétences disponibles.....	45
3.3.2 Valoriser l'entretien professionnel comme temps d'échange privilégié	46

3.3.3	Favoriser la mobilité professionnelle interne et externe	47
3.4	Agir sur les relations de travail	48
3.4.1	Favoriser le management participatif	48
3.4.2	Le cadre de proximité comme promoteur des valeurs du service.....	49
	Conclusion.....	51
	Sources et bibliographie	53
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction du personnel	II
	Annexe 2 : Résultats du questionnaire de satisfaction du personnel	VI
	Annexe 3 : Questionnaire GPMC aux ex HL	IX
	Annexe 4 : Résultats du questionnaire GPMC aux ex HL.....	XII
	Annexe 5 : Guide d'entretiens externes.....	XIV
	Annexe 6 : Guide d'entretiens internes.....	XV
	Annexe 7 : Caractéristiques sociologiques des agents interrogés en entretien.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
ANI : Accord National Interprofessionnel
ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant(e)
ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifié
CAA : Cour Administrative d'Appel
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDS : Cadre De Santé
CH : Centre Hospitalier
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COI-H : Changements Organisationnels et Informatisation - Hôpital
COTAS : Conditions et Organisation du Travail des Actifs en Etablissements de Santé
CSP : Code de la Santé publique
CT : Conditions de Travail
DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
DIF : Droit Individuel à la Formation
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPR : Etat Pauci-Relationnel
ETP : Equivalent Temps Plein
EVC : Etat Végétatif Chronique
FC : Formation Continue
FF CDS : Faisant Fonction Cadre De Santé
FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences
HAS : Haute Autorité de Santé
HL : Hôpital Local
IAT : Indice d'Astreinte au Travail
IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
MBI : Maslach Burnout Inventory
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMP : Pathos Moyen Pondéré
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière
PRESST : Promouvoir en Europe la Santé et la Satisfaction des Soignants au Travail
QVT : Qualité de Vie au Travail
RH : Ressources Humaines
RHS : Résumé Hebdomadaire de Séjour
RPS : Risque Psycho-Social
SEPS : Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SWOT : Strengths – Weaknesses – Opportunities – Threats
TMS : Troubles Musculo-Squelettiques
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Le 20 novembre 2015, un appel à projet sur la mise en place de « clusters d'établissements de santé pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » a été lancé en partenariat avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et la Haute Autorité de Santé (HAS) auprès des Agences Régionales de Santé (ARS) et Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 définit la Qualité de Vie au Travail (QVT) comme « les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise »¹. Le manuel de certification V2010 de la HAS précise dans le critère 3.d que « la qualité de vie au travail dépend de la qualité des relations de travail, l'organisation et le contenu du travail, l'environnement physique, les possibilités de réalisation et de développement professionnels, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée »². La QVT s'inscrit dans le cadre du management du travail.

L'ANACT définit le management du travail comme « favoriser l'intégration effective du travail dans les modes d'organisation et le fonctionnement global de l'entreprise »³. Elle précise que « le management du travail repose sur trois composantes : l'organisation du travail, la gouvernance et le dialogue social, le rôle et l'activité du manager »⁴. De façon plus large, le management du travail s'inscrit également dans le management des organisations. Selon Henry MINTZBERG⁵, une organisation connaît différentes configurations structurelles : la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie. L'organisation se définit en rapport avec ses éléments, ses mécanismes de coordination et ses paramètres de conception. Selon Robert HOLCMAN⁶, le centre hospitalier est une bureaucratie professionnelle dans laquelle l'ordre dirigeant et l'ordre soignant se font face.

¹ Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social -Convention collective : Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail

² Haute Autorité de Santé – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : Manuel de certification des établissements de santé V2010 (janvier 2014)

³ ANACT, « 10 questions sur le management du travail » (2015) p.2

⁴ Ibid.

⁵ MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Organisation, 2003

⁶ HOLCMAN R. ; L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, Thèse de doctorat en Sciences de gestion soutenue le 28 février 2006

L'ordre soignant désigne, de façon extensive, les personnels médicaux et paramédicaux et, de façon restrictive, uniquement les personnels paramédicaux. Selon le dictionnaire Larousse, le soignant est la personne qui donne des soins à quelqu'un. Le soin est « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même »⁷. Le soin comprend deux acceptions : le *cure* et le *care*. Le *cure* est issu du verbe anglais *to cure* qui signifie « guérir », il s'agit des soins thérapeutiques en vue de guérir une personne malade. Le *care* est issu du verbe anglais *to care* qui signifie « prendre soin de », il s'agit d'une acception plus large qui prend en compte la santé de la personne au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette définition est « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁸.

L'article R6141-18 du Code de la santé publique (abrogé le 1^{er} avril 2010) disposait que l'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser 1/ avec ou sans hébergement des soins de courte durée en médecine, des soins de suite ou de réadaptation, 2/ avec hébergement des soins de longue durée. La sociologue Sophie DIVAY⁹ identifie trois phases dans l'historique de l'hôpital local : les dernières heures de l'hospice (1960-1981), l'hôpital local modernisé (de 1982 au milieu des années 1990), l'ère du rationnement (du milieu des années 1990 à 2008).

Le Centre Hospitalier (CH) de Grand Fougeray est un ex-Hôpital Local (HL). Anciennement hospice Saint Charles, l'établissement a connu une période de travaux dans le cadre d'un projet d'humanisation afin de mieux prendre en charge les usagers. Son activité sanitaire a évolué avec la fermeture des lits de médecine en 2011, remplacés par 22 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont 5 lits pour les patients en Etat Végétatif Chronique (EVC) ou en Etat Pauci-Relationnel (EPR). Son activité médico-sociale s'est élargie avec 95 places en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) puis à partir de 2013 22 places en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) et à partir de 2014 6 places d'accueil de jour. Le centre hospitalier de Grand Fougeray se situe en zone rurale et est adossé à une maison de santé pluridisciplinaire. Ses nombreux partenariats lui permettent de lutter à son échelle contre la désertification médicale : présence d'un praticien hospitalier en SSR mais absence d'un médecin coordonnateur pour l'EHPAD.

⁷ WORMS F., « Le moment du soin. À quoi tenons-nous ? » PUF, 2010

⁸ Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946)

⁹ DIVAY S., « Soignantes dans un hôpital local, des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », Presses de l'EHESP, 2013

Voici une présentation d'une part de la répartition globale des effectifs en Equivalent Temps Plein (ETP) et d'autre part des ETP soignants (hors masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et diététicienne) :

GRADES ET EMPLOIS	ETP
FILIERE ADMINISTRATIVE	7
FILIERE SOIGNANTE	80,50
FILIERE SOCIO-EDUCATIVE	4,25
FILIERE TECHNIQUE	15
PERSONNEL MEDICAL	2
TOTAL GENERAL	108.75

	SSR	EHPAD	EHPA
CDS ou FF CDS	1	1	0
IDE	7	5	0
AS	7	24,55	1
ASHQ	7,25	18,25	6

Le constat de départ est que les équipes soignantes expriment une lassitude dans leur travail (démotivation, perte de repères, perte de sens dans le travail effectué). Les changements organisationnels ont impacté le collectif soignant de façon variable, d'une part selon le service concerné et d'autre part selon la fonction exercée.

Le constat de départ est lié aux résultats du questionnaire de satisfaction du personnel¹⁰ qui a été mis en place dans le cadre des missions de stage. Ce questionnaire a été l'opportunité de saisir l'état d'esprit des soignants service par service. Cependant, ce questionnaire de satisfaction concerne l'ensemble du personnel de l'établissement et non pas précisément les soignants. Une subdivision entre Infirmiers(ère) Diplômé(e) d'Etat (IDE), Aide-Soignant(e) (AS) et Agent des Services Hospitalier Qualifié (ASHQ) n'avait pas été jugée pertinente afin de conserver l'anonymat des agents. L'étude plus précise des services SSR et EHPAD/EHPA a permis de relever de façon globale la satisfaction des soignants sur l'organisation du travail. La limite du questionnaire de satisfaction réside d'une part dans la subjectivité des réponses et d'autre part dans l'interprétation qui en est faite. Dès lors, il est apparu pertinent d'objectiver ces constats par une approche documentaire des services de soins.

¹⁰ CF Annexes n°1 et n°2

Une recherche propre aux services de soins a été réalisée à travers une étude quantitative et une étude qualitative des données. L'étude qualitative a porté sur l'étude de l'organigramme, du planning au sein des services de soins, des fiches de poste et des fiches de tâches des soignants, le projet d'établissement, l'évaluation externe de l'EHPAD/EHPA et le rapport de certification V2010 du SSR. L'étude quantitative a porté sur l'étude des tableaux de bord sociaux présents à la fois dans les rapports annuels de gestion de l'établissement ainsi que la création de ces tableaux de bord sociaux grade par grade dans le cadre d'une mission de stage afin d'analyser l'évolution des effectifs.

Ces données statistiques et documentaires ont permis de définir comme question de départ : pourquoi les équipes soignantes ont-elles une lassitude au travail ? Afin de proposer un diagnostic à partir de ces données de départ, différentes modalités d'enquête ont été utilisées. Les hypothèses explorées sont : les variations de la charge de travail, le manque de lisibilité de l'organisation, l'écart entre le prescrit et le réel dans le contenu du travail, les difficultés à travailler ensemble, le manque de perspectives professionnelles.

Dans un premier temps, l'observation de terrain a permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ. L'observation de l'organisation et du fonctionnement des services de soins s'est déroulée tout au long du stage à travers la participation aux réunions institutionnelles et de service, aux groupes de travail dans le cadre des missions de stage. Chaque occasion a permis de mieux comprendre le rôle de chacun au sein de l'organisation. Tantôt en observateur passif ou en observateur actif, cette méthode a été un levier dans la construction du mémoire. Cette phase d'observation a permis de cerner les premiers écarts entre les orientations de l'établissement et la réalité du terrain.

Dans un second temps, l'analyse qualitative a été portée par des entretiens internes¹¹. Ces entretiens internes ont eu lieu avec les soignants selon deux modalités : l'une en lien avec une mission de stage et l'autre en lien direct avec le mémoire. En effet, la mission de stage relative aux fiches de poste a permis de faire émerger différentes problématiques lors des entretiens avec les agents (par exemple les missions principales, les compétences à mettre en œuvre, les horaires). Il s'est donc avéré pertinent de tenir compte de ces remarques dans le cadre de ce mémoire. La deuxième modalité a été des entretiens individuels avec la répartition du tableau ci-dessous. Le choix des agents pour les entretiens individuels a été effectué comme suit : selon le nombre d'agent dans le service et selon l'ancienneté dans le service en alternant dans la mesure du possible les anciens et les nouveaux agents.

¹¹ CF Annexes n°6 et n°7

	SSR	EHPAD	EHPA
CDS ou FF CDS	1	1	
IDE	2	2	
AS	2	2	1
ASHQ		2	1

Une fois cette analysée proposée, il s'agit d'identifier les leviers d'actions afin de répondre à la question suivante : comment organiser les soins pour assurer la qualité de vie au travail ? Outre les données de terrain, des expériences externes auprès de directeurs et d'organismes ont nourri le mémoire.

Afin d'identifier les bonnes pratiques externes, dans un premier temps, un questionnaire sur la Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC)¹² a été distribué aux ex hôpitaux locaux bretons. L'objet de cette étude a été de relever la pertinence et l'impact de cet outil de ressources humaines au sein des organisations. Dans un second temps, des entretiens externes ont eu lieu avec des organismes extérieurs à l'établissement¹³. Ces entretiens ont eu pour objectif de cerner les outils de ressources humaines mis en œuvre pour améliorer la qualité de vie au travail. Les entretiens externes ont concerné un directeur de Centre Hospitalier Universitaire (CHU), un directeur d'EHPAD, un directeur de CH, un représentant de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), un représentant de l'ANACT, un représentant de l'ARS. Ces entretiens externes se sont révélés particulièrement instructifs car montrant des avis divergents sur les outils.

Tout au long de la rédaction du mémoire, une recherche bibliographique a été conduite selon les axes suivants : le management au sein des organisations, la psychologie et la sociologie du travail, la qualité de vie au travail au sein des établissements de santé. La profusion de textes sur le sujet apporte une approche théorique du sujet, un autre éclairage sur les données issues du terrain. Le parti pris de ce mémoire est d'avoir une vision organisationnelle sur la qualité de vie au travail, en prenant en compte l'ensemble de ces dimensions. La recherche bibliographique a porté sur des données conceptuelles et statistiques inspirées des sciences humaines.

¹² CF Annexes n°3 et n°4

¹³ CF Annexe n°5

Cette démarche a permis de relever un ensemble de données riches, parfois contradictoires, qui ont nourri ma réflexion sur la question : en quoi l'organisation du travail impacte le bien être des soignants en centre hospitalier local ? L'organisation a un impact sur le bien-être des soignants (I). Cela se matérialise par des facteurs organisationnels freinant la promotion de la qualité de vie au travail (II). Des leviers d'action sont ainsi à mettre en place pour concilier la qualité des soins et la qualité de vie au travail des soignants (III).

L'apport principal du mémoire professionnel est de nourrir une réflexion sur un terrain d'expérimentation, le lieu de stage long, autour d'une problématique de santé publique. Ce mémoire implique un positionnement professionnel sur la thématique traitée et une projection sur les pratiques. Ce mémoire sur les aspects organisationnels de la qualité de vie au travail des soignants soulève les enjeux suivants : une dimension stratégique avec la définition d'une offre de services de proximité devant être attractive, tant pour les usagers que pour les professionnels, une dimension ressources humaines avec la promotion de la qualité de vie au travail à travers différents outils, une dimension éthique avec la définition des valeurs au sein des services de soins. L'objectif professionnel est d'étudier les leviers managériaux afin d'avoir une organisation des soins performante et attractive pour les agents et les usagers.

1 Une organisation impactant le collectif soignant dans son bien-être au travail

L'article L4121-1 du Code du travail dispose « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Cet article constitue le fondement de l'obligation de protection du chef d'établissement envers, notamment, les soignants. Les organisations ont été théorisées selon deux écoles : l'Ecole des relations humaines fondée sur les conditions de travail et la considération portée aux salariés pour améliorer les résultats du service et l'Ecole de la sociologie des organisations fondée sur la structure hiérarchique, les rapports d'autorité et les normes¹⁴. L'organisation du travail a connu le modèle fordien basé sur la centralisation sur la tâche, la division du travail et l'approche catégorielle par poste et non pas fonction de l'agent¹⁵. Ce modèle fordien a été remis en cause car il ne prend pas en compte le caractère contingent des organisations et les compétences des agents. L'humanisme est une valeur forte des soignants, l'usager étant au cœur de la pratique. Les valeurs humanistes des soignants s'inscrivent dans la remise en cause du modèle fordien.

1.1 Un constat national : une lassitude au travail du collectif soignant

Longtemps centrée sur la santé physique des soignants, la recherche en santé publique a mis en lumière un mal être soignant d'ordre psychique. L'épuisement professionnel se définit comme, selon Henry FREUDENBERGER¹⁶, « ne pas y arriver, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources ». Il s'agit d'une approche individuelle de l'épuisement professionnel, liée aux ressources subjectives de l'individu. Christina MASLACH¹⁷ le définit comme « un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui ». Cette approche tient davantage compte des ressources objectives de l'individu liées à son environnement. L'application de ces définitions aux soignants fait émerger le concept de Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS). Le SEPS est « une réponse à un stress émotionnel et physique chronique avec : épuisement émotionnel et physique, déshumanisation de la relation avec le patient, baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail ».¹⁸ Différentes enquêtes menées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) ont permis d'étudier les conditions de travail des soignants.

¹⁴ MAURY S., « La GRH dans la fonction publique », La documentation française, 2014

¹⁵ DIETRICH A., « Management des compétences », Vuibert, 2015

¹⁶ FREUDENBERGER H.J. "Staff burn out. Journal of Social Issues", 1974

¹⁷ MASLACH C. "Burned out. Human Behavior.", 1976

¹⁸ CANOUI P. et MAURANGES A., « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Elsevier Masson, 2015

Les enquêtes COTAES (pour Conditions et Organisation du Travail des Actifs en Etablissements de Santé) en 2003, COI-H (pour Changements Organisationnels et Informatisation – Hôpital) en 2006 et CT (pour Conditions de Travail) en 2013 comprennent respectivement 4 700, 1 400 et 4 300 répondants soignants issus du secteur public et du secteur privé. Les questions portent peu ou prou sur les mêmes thématiques mais les formulations diffèrent légèrement. Egalement l'enquête PRESST NEXT (pour Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) de 2004 a donné lieu à l'étude de Madeleine ESTRYN-BEHAR « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant »¹⁹. Ces enquêtes sont reprises pour illustrer les constats nationaux de lassitude au travail des soignants.

1.1.1 La charge de travail physique et psychique

La charge de travail comprend trois dimensions : la charge physique, la charge mentale, la charge psychique²⁰. La charge physique est liée à la nature de l'effort demandé et aux effets de cet effort²¹. Les stressseurs physiques sont les nuisances, les espaces inconfortables et les produits manipulés²². Différents critères l'identifient : rester longtemps debout, effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, devoir porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux²³. Cette charge physique, si elle devient trop importante, peut entraîner des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). La charge mentale est l'activité cognitive nécessaire pour effectuer la tâche (prise d'information, calcul, décision)²⁴. La charge psychique est liée aux difficultés rencontrées par l'agent qui manque d'autonomie, de reconnaissance et de sens dans ses missions. Les stressseurs sociaux sont des exigences fortes, une faible autonomie, un faible soutien, un management lointain, peu de relations avec les collègues, ou encore un manque de perspectives de promotion professionnelle.²⁵ Différents critères l'identifient : exigences du travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux, conflit de valeurs, insécurité économique²⁶. Cette charge psychique, si elle devient trop importante, peut entraîner un Risque Psycho-Social (RPS).

¹⁹ ESTRYN BEHAR « Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant », enquête PRESST NEXT, 2003, EHESP

²⁰ SARNIN P., « Psychologie du travail et des organisations », De Boeck, 2016

²¹ Ibid.

²² Ibid.

²³ DRESS « Les conditions de travail dans les établissements de santé » édition Le panorama des établissements de santé 2014 (p 9-30)

²⁴ SARNIN P., « Psychologie du travail et des organisations », De Boeck, 2016

²⁵ Ibid.

²⁶ DRESS « Les conditions de travail dans les établissements de santé » édition Le panorama des établissements de santé 2014 (p 9-30)

Les études de la DREES²⁷ sur les conditions de travail des soignants montrent une diminution de la charge physique mais prennent désormais également en compte la charge psychique. En ce qui concerne la charge physique, 70.1% des personnels hospitaliers estiment rester longtemps debout en 2013 contre 73.4% en 2003, 61.5% estiment effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents en 2013 contre 73.4% en 2003, 62.4% estiment devoir porter ou déplacer des charges lourdes en 2013 contre 67.6% en 2003, 56.8% estiment effectuer des mouvements douloureux contre 68.3 en 2003. En ce qui concerne la charge psychique, 54% des personnels hospitaliers estiment avoir une charge de travail excessive, 85% estiment avoir une charge émotionnelle forte auprès de personnes en détresse, 25% estiment ne pas avoir d'autonomie dans leur travail, 10% ont des rapports sociaux dégradés, 40% estiment faire trop vite leur travail et 87% sont en insécurité économique.

L'enquête PRESST NEXT²⁸ présente les principaux soucis de santé des soignants : 56.2% de TMS, 31,3% de varices, 25% de troubles de santé mentale, 21, 3% de troubles digestifs, 20,6% de troubles neurologiques. L'Indice d'Astreinte au Travail (IAT) donne un score sur la capacité de travail des agents, plus le score est élevé et plus l'astreinte est importante. L'indice de manutention est de 44.3 pour les AS puis entre 24 et 34 pour les IDE et ASH. L'indice de sollicitation de postures penchées est de 53.4 pour les AS, 46.2 pour les ASH et entre 27 et 34 pour les IDE. 80% des AS et ASH et 60% des IDE déclarent travailler debout au moins 6h par jour. Cette enquête présente également l'insatisfaction de soutien psychologique comme première cause de la charge psychique.

1.1.2 L'organisation du travail

L'organisation du travail est « l'ensemble des activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des tâches et des responsabilités de chaque individu en vue de la production au sein d'une entreprise ».²⁹ Le centre hospitalier, en tant que bureaucratie professionnelle, s'appuie sur une organisation du travail standardisée par des procédures et des qualifications professionnelles³⁰. Les contraintes organisationnelles sont fortes pour assurer la qualité et la sécurité des soins des usagers et sont principalement liées aux horaires des soignants, définissant leur présence et leur absence sur le lieu de travail. Cette organisation repose sur un contenu et une répartition du travail réglementés, un cadre législatif sur le temps de travail, une détermination des effectifs en lien avec les besoins des usagers.

²⁷ Ibid.

²⁸ ESTRYN BEHAR « Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant », enquête PRESST NEXT, 2003, EHESP

²⁹ Dictionnaire Larousse

³⁰ MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Organisation, 2003

Les professions de santé font, pour la plupart, partie des professions réglementées, à savoir que leur exercice est conditionné par l'obtention d'un diplôme. Le contenu du travail des IDE est réglementé par le décret de compétences du 29 juillet 2004³¹ et celui des AS par le référentiel d'activités de l'arrêté du 25 janvier 2005³². Les IDE ont un rôle propre défini à l'article R4311-3 du Code de la Santé Publique (CSP) : « les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne et d'un groupe de personnes » soit 41 actes relevant de leur rôle propre (R4311-5 CSP). Les IDE ont également un rôle prescrit, c'est-à-dire que selon l'article R4311-7 du CSP « l'IDE est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale [...] soit en application d'un protocole écrit [...] signé par un médecin » soit 43 actes relevant de leur rôle prescrit. Les AS ont huit activités réglementées : dispenser des soins d'hygiène et de confort, observer et mesurer les principaux paramètres de la personne, aider l'IDE à la réalisation des soins, assurer l'entretien de l'environnement de la personne et la réfection des lits, entretenir le matériel de soins, transmettre ses observations, accueillir et accompagner les personnes, leur entourage ainsi que les stagiaires. La collaboration IDE/AS permet de déléguer certains actes, comme la distribution des médicaments à l'AS. En l'absence de conditions de diplôme, les ASHQ ne font pas partie des professions réglementées. Les trois fonctions des ASHQ sont la participation aux soins à travers l'aide aux actes de la vie quotidienne, les fonctions hôtelières et les fonctions logistiques³³. La participation aux soins fait partie d'un glissement de tâches toléré en service EHPAD. En revanche, la répartition du travail se traduit par une forte segmentation au sein des centres hospitaliers. Le sentiment d'appartenance au collectif soignant est complexe car il se joue au niveau de l'établissement, du service, de l'unité, du métier³⁴.

L'une des particularités du secteur hospitalier est d'avoir des contraintes horaires particulières : travail de nuit, le week-end et les jours fériés et des horaires coupés et variables³⁵. Le décret du 4 janvier 2002³⁶ sur l'organisation du temps de travail à l'hôpital fixe les règles suivantes en matière de durée légale et des cycles de travail.

³¹ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

³² Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant

³³ VEISSIER P., « Agents de services hospitaliers, entre polyvalence et invisibilité », Soins gérontologie n°118 mars/avril 2016

³⁴ ARDOUIN T., BONMATI J-M., JUILLET J-L., « Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance » Berger Levrault, 2009

³⁵ DRESS « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », n°709, novembre 2009

³⁶ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

La durée de travail effectif est de 35h par semaine (ou 1 607h par an) pour une équipe de jour et de 32h30 par semaine (ou 1 476h par an) pour une équipe de nuit, sans compter les heures supplémentaires. La durée de travail quotidienne est, en cas de travail continu, de 9h pour les équipes de jour et 10h pour les équipes de nuit. Elle est de 10h30 en cas de service discontinu avec deux vacations de minimum 3h. Le cycle de travail varie de une à douze semaines et un tableau de service mensuel doit être porté à la connaissance de chaque agent au moins 15 jours avant son application. L'agent doit disposer de quatre repos hebdomadaires sur deux semaines, dont deux consécutifs et doit disposer de 12h de repos entre deux jours de travail. L'organisation du temps de travail doit concilier le respect du rythme de vie des usagers et la réglementation en vigueur, les situations individuelles et le cadre collectif. La fixation du curseur entre ces intérêts contradictoires répond à une stratégie d'établissement.

Le dimensionnement des effectifs est dépendant de la législation du temps de travail, des modalités de financement des personnels, de l'activité produite et des besoins des usagers, de la répartition des tâches et des compétences nécessaires³⁷. La répartition du financement du personnel se fait comme suit : 100% soins pour les IDE, 70% soins et 30% dépendance pour les AS, 70% hébergement et 30% dépendance pour les ASHQ. Le dimensionnement des effectifs dans les services non normés est impacté par le nombre de lits, le nombre d'entrées, la durée moyenne de séjour, le taux d'occupation, la spécificité des activités³⁸. Le dimensionnement des effectifs dans les services accueillant des personnes âgées dépend du niveau de dépendance mesuré par la grille AGGIR, du modèle tarifaire, de la répartition du financement du personnel³⁹.

L'enquête DREES sur l'organisation du travail à l'hôpital⁴⁰ dresse un état des lieux de ce modèle horaire. 72% des personnels hospitaliers ont leurs horaires de travail imposés par l'établissement (77% IDE, 87% AS, 91% ASH). 31% des personnels hospitaliers travaillent fréquemment au-delà de leurs horaires habituels (45% IDE, 17% AS, 8% ASH). 60% des personnes hospitaliers trouvent que le rythme de travail est imposé par des contraintes internes (64% IDE, 59% AS et 49% ASH) et 53% par des contraintes externes (59% IDE, 55% AS, 42% ASH). 44% des personnels hospitaliers estiment que parfois ils ne peuvent concilier la qualité du travail et les délais imposés (46% IDE, 49% AS, 42% ASH). 94% des personnels hospitaliers estiment travailler régulièrement avec les collègues du même service (95% IDE, 95% AS, 96% ASHQ) et 65% avec des collègues extérieurs au service (69%, 48% AS, 47% ASHQ).

³⁷ Cours EHESP « le dimensionnement des effectifs et l'organisation du temps de travail »

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ DREES « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », n°709, novembre 2009

1.1.3 La reconnaissance de la valeur professionnelle des soignants

Les compétences des soignants nécessitent des mises à jour régulières pour faire face aux évolutions des prises en charge. La formation des soignants s'inscrit dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) qui comprend l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et la Formation Continue (FC). Selon l'article L4021-1 du CSP⁴¹, « le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques ». Le DPC constitue une démarche individuelle de l'agent. En revanche, la Formation Professionnelle Tout au Long de La Vie (FPTLV) s'inscrit dans le cadre du plan de formation de l'établissement et s'adresse à l'ensemble du personnel. « La FPTLV [...] a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité »⁴². La formation est un atout individuel pour l'agent dans une perspective de parcours professionnel, mais elle constitue également un atout collectif pour disposer de pratiques homogènes et d'assurer la qualité et la sécurité des soins pour les usagers.

Les soignants ont une forte culture du travail d'équipe à travers laquelle se joue la reconnaissance de la valeur professionnelle. La reconnaissance passe par la valeur reconnue du travail et la construction de l'identité professionnelle⁴³. La valeur reconnue du travail est le jugement sur l'efficacité de l'acte par le supérieur (jugement d'utilité) et le jugement de l'acte par rapport à la tradition par les pairs (jugement de beauté)⁴⁴. Il s'agit d'une forme de rétribution symbolique⁴⁵. La construction de l'identité professionnelle passe par la reconnaissance de soi au sein du travail, à savoir à travers l'apprentissage de normes, de valeurs, d'idéologie (culture du métier)⁴⁶. La culture du soignant est le sens du devoir avec une vision humaniste, tandis que la vision du directeur est le sens du service public et de responsabilisation individuelle⁴⁷.

⁴¹ Loi 2016-46 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴² Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

⁴³ ANACT, « 10 questions sur le management du travail » (2015)

⁴⁴ CHERRIER B., « Bien-être au travail : un enjeu managérial » paru sur cadredesante.com le vendredi 25 octobre 2013

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ SAINSAULIEU R., « L'identité au travail », Presses Sciences Po, 2014

⁴⁷ ARDOUIN T., BONMATI J-M., JUILLET J-L., « Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance » Berger Levrault, 2009

Les études de la DREES présentent les relations de travail des soignants⁴⁸, 92.7% des personnels hospitaliers sont aidés en cas de travail compliqué par leurs collègues et 61,6% par leur hiérarchie. Le rapport annuel de la fonction publique⁴⁹ précise également que 18.7% sont en désaccord avec leur supérieur sur le fait de bien faire le travail pour 7.3% avec leurs collègues et 36.8% estiment être reconnus dans leur travail. L'enquête PRESST NEXT montre que 86.9% des soignants sont fiers de leur métier, les AS étant les plus fiers et les ASHQ les moins fiers. Les soignants sont 83.31% à s'estimer impliqués envers leur métier, et sont 60.91% à s'estimer impliqués envers l'institution.

1.1.4 L'ex hôpital local : une structure atypique parmi les centres hospitaliers

Le centre hospitalier – ex HL est à mi-chemin entre la culture sanitaire et la culture médico-sociale. Le rapport de la Cour des comptes sur « L'avenir des hôpitaux locaux »⁵⁰ dresse un état des lieux de cette double culture. En 2013, les 320 ex HL ont 13 000 lits sanitaires et 46 000 places médico-sociales. En moyenne, un ex-HL possède 14 lits de médecine, 23 lits de SSR, 36 lits d'Unités de Soins de Longue Durée (USLD), 145 places d'EHPAD. Le rapport souligne qu'en 20 ans la capacité des ex HL a augmenté de 19%, se matérialisant par une diminution de 32% des lits sanitaires et une augmentation de 51% des places médico-sociales. La répartition des effectifs est différente par rapport aux autres hôpitaux. La médecine libérale est largement majoritaire avec en 2010 685 praticiens hospitaliers et 2 128 médecins libéraux. Les IDE représentent 13% des effectifs contre 28% dans les autres CH, les AS 36% contre 25% et les ASHQ 25% contre 11%.

La perception du travail par les soignants en ex-HL diffère de celle des soignants dans les autres établissements de santé au regard de cette culture spécifique⁵¹. Les soignants en ex-HL déclarent prendre moins d'initiative (28.7%) que les autres soignants (37.4%) et considèrent avoir moins la possibilité d'apprendre de nouvelles choses dans leur travail (50% contre 68.4% dans autres CH). Le manque de temps se fait davantage sentir pour les soignants en ex-HL que ceux des autres CH (manque de temps auprès du patient : 40% contre 28.3%, et manque de temps dans les tâches : 51.7% contre 39.5%). Les horaires coupés sont généralisés en ex-HL avec 47.4% de soignants concernés contre 15.3% dans les autres CH. La culture libérale de l'ex-HL a une empreinte forte dans la relation médecin-soignant. 44.3% des soignants d'ex-HL se plaignent de l'absence de médecin lors d'une urgence contre 25.3% des soignants d'autres CH et 28% considèrent que la relation médecin-soignant est hostile contre 16.9%.

⁴⁸ DRESS « Les conditions de travail dans les établissements de santé » édition Le panorama des établissements de santé 2014 (p 9-30)

⁴⁹ DGAFF « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique » 2014

⁵⁰ Cour des comptes, « L'avenir des hôpitaux locaux », 2013

⁵¹ ESTRYN-BEHAR M. « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles », Gestions Hospitalières n°429, 2003 p603-611

1.2 Un constat local : une lassitude au travail variant selon le service

Différents outils évaluent la qualité de vie au travail des agents. Le questionnaire de KARASEK⁵² mesure le stress professionnel. Le postulat est « qu'une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle génèrent un stress chez l'agent ». Ce questionnaire a trois dimensions : la demande psychologique, la latitude décisionnelle, le soutien social au travail. Le questionnaire de SIEGRIST⁵³ mesure le déséquilibre efforts/récompenses. Le postulat est « que des efforts importants et une récompense faible génèrent un stress chez l'agent ». Ce questionnaire a trois dimensions : les efforts externes (contraintes de temps, interruptions, responsabilité, charge physique, exigence croissante du travail), les efforts internes (compétitivité, hostilité, impatience, irritabilité, besoin d'approbation, incapacité à s'éloigner du travail), les récompenses sont le salaire, l'estime, le contrôle sur son propre statut professionnel. Le questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) mesure l'épuisement professionnel de l'agent. Ce questionnaire a trois dimensions : le sentiment d'épuisement émotionnel, la déshumanisation, l'accomplissement personnel au travail.

L'étude du questionnaire de satisfaction du personnel du CH de Grand Fougeray affine ce constat national à l'échelle d'un établissement. Ce questionnaire s'est réparti en plusieurs thèmes : satisfaction globale, conditions de travail, temps de travail, reconnaissance professionnelle, formation professionnelle, organisation du travail, management. Les résultats du questionnaire, exploités selon secteur sanitaire et secteur médico-social, montrent une perception différente de la qualité de vie au travail des soignants selon leur service d'affectation. Afin de mieux saisir ces résultats, des éléments de contexte de l'établissement sont présentés.

1.2.1 Une charge de travail physique et psychique jugée lourde

La santé des soignants est impactée par la variation de la charge de travail mesurable par les indicateurs de la charge en soins qui sont le Pathos Moyen Pondéré (PMP) et l'évaluation du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et de la charge dépendance, le GIR Moyen Pondéré (GMP). Les points GIR du GMP sont calculés en fonction de la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources (AGGIR). La grille AGGIR comprend quatre critères : spontanément, habituellement, totalement et correctement. La cotation A est lorsque la personne répond à tous les critères, la cotation B est lorsque la personne répond partiellement aux critères et la cotation C est lorsque la personne ne répond pas aux critères.

⁵² KARASEK R.-A. (1979), « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*

⁵³ SIEGRIST J. *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*, 1996

La grille AGGIR comprend dix variables discriminantes⁵⁴ : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transfert, déplacements intérieurs, déplacements extérieurs, communication à distance. Elle comprend également des variables illustratives⁵⁵ qui ne sont pas comptabilisées dans le GIR : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement, activités du temps libre. Une autre grille d'analyse est applicable à l'ensemble des usagers : les 14 besoins fondamentaux de la personne par Virginia Henderson. Cette analyse comprend : le besoin de respirer, de boire et manger, d'éliminer, de se mouvoir et de maintenir une bonne position, de dormir et de se reposer, de se vêtir et de se dévêtir, de maintenir la température du corps à la normale, d'être propre et de protéger ses téguments (peau), d'éviter le danger, communiquer, d'agir selon ses croyances, de s'occuper et se réaliser, de se récréer, d'apprendre. L'évaluation des besoins conduit à des plans de soins infirmier et soignants.

En 2014, le PMP du CH de Grand Fougeray est à 163, tandis que la moyenne nationale est à 194⁵⁶. En 2016, le GMP du CH de Grand Fougeray est de 712, tandis qu'il était à 741 en 2012. Les indicateurs sont donc inférieurs à la moyenne nationale et en diminution. La répartition des Groupes Iso Ressources (GIR) en EHPAD est la suivante : 26 GIR 1 – 30 GIR 2 – 13 GIR 3 – 9 GIR 4 – 13 GIR 5 – 3 GIR 6, et la répartition des GIR en EHPA est la suivante : 9 GIR 4 – 9 GIR 5 – 2 GIR 6. En SSR, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) cote les pathologies du service. L'évolution des indicateurs de Revue Hebdomadaire de Séjour (RHS) et de Durée Moyenne de Séjour (DMS) donnent une estimation de la charge de travail. Le nombre de RHS a augmenté de 6.3% entre 2014 et 2015 et la DMS a diminué de 5.2%.

La perception des soignants sur la charge de travail varie selon les services. 35% des agents en EHPAD/EHPA la jugent adaptée contre 62% des agents en SSR. Plus précisément, la charge physique est jugée adaptée pour 50% des agents en SSR et 27% des agents en EHPAD/EHPA, et la charge psychique est jugée adaptée pour 25% des agents en SSR et 24% des agents en EHPAD/EHPA. La charge physique est jugée plus lourde dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire. En revanche, les deux services jugent la charge psychique lourde. Cela s'explique par le même type de population accueillie, à savoir des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Deux éléments viennent temporiser la perception d'une charge physique lourde. En effet, les locaux sont jugés adaptés pour 75% des agents en SSR et 91% des agents en EHPAD/EHPA, et le matériel est jugé adapté pour 87% des agents en SSR et 79% des agents en EHPAD/EHPA.

⁵⁴ Page Wikipédia « AGGIR »

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ CNSA, Rapport sur la gestion du risque, axe Efficience en EHPAD (2015)

1.2.2 Une organisation du travail perfectible pour la prise en soins des usagers

L'organisation du travail infirmier diffère selon le service concerné. A l'EHPAD, deux IDE sont présentes sur la journée avec un horaire de matin 6h30-12h/12h30-14h30 et un horaire d'après-midi 10h30-12h30/14h-19h30. Une troisième IDE assure la référence de son unité avec l'horaire 8h-13h/13h30-16h. La préparation des médicaments revient au pharmacien hospitalier et la distribution des médicaments revient aux AS. Pour autant, ces horaires ont généré 581.09h d'heures supplémentaires cumulées. En SSR, deux IDE sont également présentes sur la journée avec un horaire du matin 6h30-11h30/12h-14h30 et un horaire d'après-midi 13h30-21h. L'IDE de nuit est affectée au SSR de 20h45 à 6h45 mais intervient en EHPAD en cas de difficultés. Les IDE distribuent les stupéfiants et les toxiques aux patients. Ces horaires ont généré 382.73h d'heures supplémentaires cumulées. Or, le risque d'administrer le mauvais médicament augmente de 2% par heure supplémentaire⁵⁷. Le turn over des IDE est faible sur les deux services.

L'organisation du travail soignant diffère également selon le service concerné. A l'EHPAD, les postes d'AS et d'ASHQ sont indifférenciés. Le nettoyage des locaux revient à une équipe spécifique d'ASHQ nommée « le pool ménage » qui intervient sur l'ensemble de l'établissement. L'organisation du travail est identique pour les unités de même taille, et spécifique pour l'U4 de plus petite taille. Deux soignants sont chargés des levers, des toilettes et prise de médicaments de 6h30 à 14h30, aidés par l'agent de coupe avec l'horaire 9h30-13h/16h-20h. Un quatrième agent distribue les repas en salle à manger et en chambres puis aide aux toilettes avec l'horaire 7h30-13h/14h-16h. Il y a ainsi quatre soignants présents le matin. L'après-midi un agent a les horaires 13h30-21h et l'agent chargé des repas et l'agent de coupe se relaient. Il y a ainsi deux soignants présents l'après-midi. Deux agents sont présents la nuit de 20h45 à 6h45. L'unité 4 de 10 lits a des horaires spécifiques : m4 de 7h à 15h30 et coupe 8h30-13h/16h30-19h30.

Avant l'ouverture de l'unité en 2015, l'horaire m4 était un horaire dédié à l'animation par les soignants dans chaque unité. Il y a donc eu un glissement d'horaires en passant d'un horaire dédié à un horaire « classique ». Un nouvel horaire dédié à l'animation a été mis en place : le Jc 9h-12h30/13h-17h. Cet horaire hebdomadaire dans chaque unité a cependant également glissé pour devenir un horaire de renfort servant à compenser les remplacements. La signification de l'horaire Jc en EHPAD pose actuellement question et son maintien est sujet à controverse.

⁵⁷ OLDS DM. and CLARKE SP., "The effect of work hours on adverse events and error in health care", Journal of Safety Research 2010

En SSR, les postes d'ASHQ ont été progressivement remplacés par des postes d'AS. Ainsi, à la fin du stage, il restait une seule ASHQ en SSR. Un agent réalise également les levers et toilettes de 6h30 à 14h30, aidé par l'agent de coupe 8h30-12h30/16h-19h30. Egalement, un troisième agent distribue les repas et aide aux toilettes de 7h à 15h. L'agent d'après-midi en horaire 13h30-21h est également en lien avec l'agent de coupe et deux agents sont présents la nuit de 20h45 à 6h45. L'horaire de Jc est également présent en SSR et est dédié aux projets personnalisés des patients EVC/EPR deux fois par semaine. Contrairement à l'EHPAD, cet horaire n'a pas connu de glissement et est apprécié par les soignants qui se consacrent aux activités des patients EVC/EPR sur ces temps dédiés. Les horaires sont peu ou prou identiques mais les heures supplémentaires cumulées diffèrent : 79.16h en U1, 94.21h en U2, 148.32h en U3, 12.33h en U4 et 24.16h en SSR. A l'EHPA, une AS est en poste de 9h à 17h tous les jours ouvrés. Une ASHQ est en poste le matin de 6h45 à 14h45, une autre est en poste l'après-midi de 13h45 à 21h15, et une la nuit de 21h à 7h. L'animation est assurée par l'AS du lundi au jeudi et par l'animatrice du CH le vendredi. Le turn over des ASHQ de l'EHPAD et de l'EHPA est important dans l'établissement.

L'organisation du service est jugée satisfaisante pour les agents en EHPAD/EHPA (74%) et plus mitigée pour les agents en SSR (50%). Les soignants ont une bonne connaissance de leur poste et de la répartition de tâches au sein de leur service (87% et 75% en SSR ; 88% et 94% en EHPAD/EHPA). Unanimement, les effectifs sont jugés insuffisants dans les services. (12% en SSR et 9% en EHPAD/EHPA). Les soignants perçoivent la lassitude au travail davantage à travers l'insuffisance des effectifs qu'une mauvaise organisation du service. Pour autant, la gestion des remplacements est unanimement jugée mauvaise (75% en SSR et 70% en EHPAD/EHPA). Les soignants considèrent que l'adaptation aux contraintes (87% en SSR et 79% en EHPAD/EHPA) et l'interruption de tâches (62% en SSR et 64% en EHPAD/EHPA) sont le lot quotidien de leur profession. L'organisation du temps de travail a fait l'objet de modifications récentes avec l'instauration de nouveaux roulements. Les nouveaux roulements sont acceptés par 62% des agents en SSR contre 38% des agents en EHPAD/EHPA. L'étude de l'adaptation des horaires aux usagers et à la vie privée montre un écart entre la perception des agents de l'EHPAD/EHPA et les agents du SSR. Les horaires sont jugés adaptés au rythme de vie des usagers pour 87% des agents en SSR contre 53% des agents en EHPAD/EHPA. En revanche, les horaires sont jugés adaptés à la vie privée (75% en SSR et 68% en EHPAD/EHPA).

1.2.3 Un besoin de reconnaissance de la valeur professionnelle

La culture professionnelle des soignants évolue avec le phénomène de générations. Trois générations coexistent au sein des organisations : les Seniors (45-60 ans), les X (30-45 ans) et les Y (15-30 ans)⁵⁸. Les facteurs historiques, technologiques et sociologiques ont influencé chacune de ces générations. Les pyramides des âges des IDE et des AS sont en forme de toupie avec une majorité de soignants d'âge moyen (les X) et une hausse de la génération Y. L'ancienneté des IDE est relativement faible tandis que l'ancienneté des AS est forte dans les services. La pyramide des âges des ASHQ est en forme de fraise avec une majorité de soignants Seniors et peu de soignants jeunes. L'ancienneté des ASHQ est moyenne. La transition générationnelle a un impact dans la transmission des pratiques professionnelles. Un rapport de dépendance entre les « anciennes » et les « jeunes » existe dans le milieu soignant, même si celui-ci s'est atténué avec les remplacements de personnel⁵⁹. La gestion des remplacements devient difficile avec les doublures sans retour sur investissement car le remplaçant ne reste pas, il n'y a plus de transmission des savoirs entre jeunes et anciens⁶⁰. Cependant, l'établissement a une forte politique de formation avec 71.79% de personnel formé (dont 84 formés en 2015) selon le rapport annuel de gestion de 2015. Les outils de formation utilisés sont divers : 35 formations au titre du 2.1% de cotisation ANFH, 2 actions de Droit Individuel à la Formation (DIF), 4 études promotionnelles.

Les soignants sont fiers d'exercer leur métier (100% en SSR et 94% en EHPAD/EHPA) et l'ambiance de travail est jugée bonne dans les deux services (100% en SSR et 88% en EHPAD/EHPA). La reconnaissance par le responsable demeure mitigée (50% en SSR et 51% en EHPAD/EHPA) mais les soignants se sentent plus largement reconnus par les usagers (100% en SSR et 73% en EHPAD/EHPA). L'autonomie dans le travail est jugée suffisante (87% en SSR et 94% en EHPAD/EHPA), mais parallèlement la moitié des soignants estime exercer des tâches au-delà de leurs compétences (50% en SSR et 56% en EHPAD/EHPA), et plus faiblement des tâches en-deçà de leurs compétences (37% en SSR et 32% en EHPAD/EHPA). La corrélation entre l'autonomie au travail et l'exercice de tâches supérieures aux compétences suppose une forte capacité d'adaptation des soignants. Pour cela, l'établissement a développé une politique de formation globalement saluée (74% en SSR et 56% en EHPAD/EHPA) et les soignants souhaitent évoluer professionnellement (62% en SSR et 70% en EHPAD/EHPA).

⁵⁸ LAHOUE-HUMBERT E., « Le choc générationnel, comment faire travailler ensemble 3 générations », Maxima, 2014

⁵⁹ DIVAY S., « Soignantes dans un hôpital local, des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », Presses de l'EHESP, 2013

⁶⁰ Ibid.

1.2.4 Une communication jugée difficile avec l'encadrement

L'encadrement des soignants se comprend ici à deux niveaux : la direction de l'établissement et l'encadrement de proximité représenté par le cadre de santé. Henri MINTZBERG a théorisé les rôles professionnels du cadre : rôles interpersonnels, rôles liés à l'information et rôles décisionnels⁶¹. Dans le cadre de ces rôles interpersonnels, le cadre est amené à créer le lien entre les différents acteurs de l'organisation, celui-ci étant situé à l'interface entre la direction et les agents d'un établissement. Dans le cadre de ces rôles d'informations, le cadre assure la diffusion de l'information au sein de la structure. La proximité du cadre permet à l'information d'être la plus fiable et précise possible. Il assure la communication ascendante (soignants vers direction) et descendante (direction vers soignants). Dans le cadre de ces rôles décisionnels, le cadre est le manager de proximité, il est chargé de répartir et coordonner les tâches des soignants, d'arbitrer les conflits du personnel, de transmettre les objectifs stratégiques de la direction en objectifs opérationnels auprès des agents. La communication joue un rôle essentiel, tant pour agir sur l'organisation que pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants. Les difficultés de communication impactent directement l'organisation qui correspond à un système de flux formels et informels⁶². Les flux formels sont définis dans les protocoles et correspondent au respect de la ligne hiérarchique, tandis que les flux informels sont liés aux habitudes de l'organisation et peuvent court-circuiter la ligne hiérarchique.

Ces dernières années, l'encadrement des soignants a été mouvant avec des changements fréquents de cadre de santé et l'absence de cadre de santé pendant un semestre. Une stabilité a été trouvée depuis deux ans dans l'établissement, mais les effets de l'absence du cadre de santé se font encore sentir dans les services. Un changement organisationnel important a eu lieu en janvier 2016 avec une répartition inédite des rôles de l'encadrement. En effet, antérieurement, le cadre de santé encadrait l'ensemble des équipes soignantes et dans chaque service une IDE référente de service assurait l'interface entre le cadre et les équipes. La nouvelle organisation supprime le rôle des IDE référentes de service pour répartir la charge de travail entre un cadre de santé chargé du secteur médico-social et un faisant-fonction cadre de santé chargé du secteur sanitaire. Cependant, le cadre de santé continuait de s'occuper de beaucoup de missions Ressources Humaines (RH) comme le recrutement des soignants, les plannings, les absences, bien que le service RH dispose de deux agents : un adjoint des cadres responsable RH et un adjoint administratif chargé de la formation continue.

⁶¹ MINTZBERG H., «Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Organisation, 2006

⁶² MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Organisation, 2003

Globalement, les soignants ne se sentent écoutés ni par la direction (75% en SSR et 70% en EHPAD/EHPA) ni par le cadre de proximité (63% en SSR et 59% en EHPAD/EHPA). Une inflexion peut être apportée à ce résultat dans la mesure où la diffusion du questionnaire a eu lieu juste après la nouvelle répartition des rôles pour la cadre de santé et la faisant fonction cadre de santé. La communication semble difficile car les réponses apportées aux soignants sont jugées ni claires ni précises (75% en SSR et 65% en EHPAD/EHPA), ce qui empêche de donner un cadre aux pratiques professionnelles et insécurise les soignants. L'existence d'un appui en cas de difficulté est mitigée (50% d'insatisfaction en SSR et 56% en EHPAD/EHPA). La communication est jugée perfectible tant dans l'écoute que dans les réponses apportées.

2 Des facteurs freinant la qualité de vie au travail

Dans une première partie, il a été établi un lien entre l'organisation du travail et la lassitude au travail exprimée par les soignants à travers un constat national et un constat local. Il s'avère nécessaire d'analyser les raisons de cette lassitude au travail à travers les freins organisationnels pour promouvoir la qualité de vie au travail des soignants. Le séminaire de la HAS « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé »⁶³ s'interroge sur le lien entre ces deux notions. La qualité des soins est l'objectif premier de la prise en charge des usagers. Cependant, cette prise en charge suppose également d'avoir un personnel compétent, motivé et en bonne santé. Le bien-être des soignants et le bien-être des usagers sont étroitement corrélés. *« Il y a des jours où on est bien et forcément si on est bien, alors forcément les résidents vont le ressentir. Du coup c'est un cercle vertueux, il peut y avoir un moment de plaisir, d'échanges si quand même. »*⁶⁴ La performance globale et la performance sociale forment un compromis afin de prendre en compte les enjeux des usagers et des professionnels de santé.

Le diagnostic QVT proposé par l'ANACT repose sur différents critères : l'employabilité et le développement professionnel, le partage et la création de valeurs, l'égalité des chances, la relation de travail et le climat social, le contenu du travail, la santé au travail⁶⁵. L'un des axes d'études est la psychopathologie du travail. Elle est l'étude du rapport psychique de l'homme au travail, ou de l'ajustement réciproque des hommes et leurs situations de travail, « ce qui dans les conditions, organisations et contraintes du travail est en prise avec l'organisation et le fonctionnement psychique du sujet »⁶⁶. Selon Blandine CHERRIER, cadre de santé, la cause individuelle de santé au travail est liée aux valeurs individuelles du soignant et la cause collective de santé au travail est liée à la dynamique du travail avec la réduction de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.⁶⁷ L'écart entre les valeurs individuelles et la situation de travail ainsi que l'écart entre le prescrit et le réel génèrent du stress. Le stress est la réaction normale d'adaptation de l'être vivant à un stimulus, mais le stress chronique devient le burn out⁶⁸.

⁶³ HAS, séminaire « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », le 21 octobre 2010

⁶⁴ Verbatim AS EHPA

⁶⁵ ANACT, « 10 questions sur la QVT dans les établissements de santé » (2015)

⁶⁶ CANOUI P. et MAURANGES A., « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Elsevier Masson, 2015

⁶⁷ CHERRIER B., « Bien-être au travail : un enjeu managérial » paru sur cadredesante.com le vendredi 25 octobre 2013

⁶⁸ Ibid.

2.1 Les facteurs liés à la santé au travail

2.1.1 Un bien-être physique

Le bien-être physique des soignants est lié à l'évolution de la charge physique de travail des agents. L'évolution de cette charge physique dépend de la « lourdeur » de la prise en charge de l'usager avec davantage de soins répétitifs et/ou complexes. Le vieillissement de la population accueillie a un impact sur cette charge physique. *« Il y a aussi un changement qui est évident, la population qui vieillit, Ça change beaucoup de choses aussi dans le rapport et les soins qu'on a auprès du résident.⁶⁹ »* Outre cette charge physique liée à la prise en charge des usagers, l'ergonomie du travail étudie l'influence du matériel et l'adaptation des locaux dans la santé au travail des soignants.

La charge en soins à travers le PMSI est mieux analysée avec la présence du praticien hospitalier en SSR depuis le début de l'année 2016. La cotation est plus fine et permet de mieux estimer la charge en soins des soignants. Le SSR est un service avec une DMS moyenne, ainsi la charge de travail est variable selon les entrées et les sorties. Depuis l'arrivée du praticien hospitalier, la moyenne est de six entrées et sorties par semaine. *« La charge de travail, elle est plus ou moins, ça dépend des patients qu'on a, il y a des moments où les gens sont autonomes, quasi-autonomes et les soins sont différents et des moments où les gens sont dans leur lit et sont dépendants total.⁷⁰ »*

La charge en soins et dépendance est plus difficile à évaluer en EHPAD en l'absence de médecin coordonnateur. La coupe PATHOS est remplie par une IDE formée et la grille AGGIR est remplie soit par la cadre de santé, soit par une équipe IDE et AS lors des transmissions. Cependant la grille AGGIR ne semble pas être remplie de façon satisfaisante. *« Quand je vois qu'on fait des grilles AGGIR à l'arrache non, les grilles AGGIR c'est un moment privilégié avec une équipe.⁷¹ »*. Vécus comme de la paperasse, les dossiers de soins ne sont pas assez exhaustifs pour établir la charge réelle des soins effectués par les soignants. *« Mais par contre j'ai vu une évolution pour moi qui est plus négative, c'est tout ce qui est paperasse à côté et j'ai ressenti ça, cette évolution à partir de 1995-1996, il y a eu les GIR qui ont commencé, il y a eu beaucoup plus de paperasse à côté, j'ai vu cette évolution-là⁷². »* Selon les observations du formateur externe lors de la visite des unités, le PMP pourrait être réévalué à 220-240 au lieu de 163 et le GMP à 760 au lieu de 711. La charge physique en EHPAD est continue mais insuffisamment évaluée ce qui conduit à un écart entre le ressenti des soignants et la charge estimée.

⁶⁹ Verbatim FF CDS SSR

⁷⁰ Verbatim IDE 1 SSR

⁷¹ Verbatim IDE 1 EHPAD

⁷² Verbatim AS 1 EHPAD

L'adaptation du matériel constitue une avancée dans la prévention des TMS. Les AS et les ASHQ connaissent une charge physique importante et sont davantage touchées que les IDE : faire les lits, recoucher et réinstaller les usagers (transferts), pousser les chariots, soulever des charges, la station debout prolongée. L'achat d'un matériel adapté réduit le risque de TMS : par exemple l'achat de lève malades ou de lits à hauteur variable. La prévention des TMS réduit le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles⁷³. *« Difficile, parfois il faut l'admettre c'est un peu lourd, on a les appareils donc ça va, on a du bon matériel il ne faut pas se plaindre, il y a d'autres établissements ce n'est pas comme ça. »*⁷⁴.

L'adaptation des locaux joue sur l'épuisement physique de l'ensemble des soignants. Il s'agit de différencier les chambres des usagers et l'architecture du bâtiment. Dans le questionnaire, l'adaptation des locaux a été comprise par les soignants comme l'adaptation des chambres des usagers. Suite aux travaux d'humanisation du bâtiment, les chambres des résidents d'EHPAD et d'EHPA sont des chambres individuelles avec une douche dans chaque chambre, tandis que les chambres de SSR sont soit simples soit doubles. Cette configuration assure la mise en place d'un véritable lieu de vie avec la préservation de l'autonomie. La douche dans chaque chambre assure un moment privilégié entre le soignant et le résident et permet de réduire les déplacements du soignant pour les toilettes. Cependant, un paradoxe apparaît dans la création de chambres individuelles. *« Par contre ce qui est super, parfois les gens se plaignent beaucoup de leurs conditions de travail par rapport aux locaux, nous ils ont tous des chambres individuelles, ils ont des chambres spacieuses et ça n'est pas donné à tout le monde. Le prix à payer c'est que physiquement on a beaucoup de km à faire. »*⁷⁵ En effet, antérieurement, existaient des dortoirs avec plusieurs lits, ce qui a disparu grâce au processus d'humanisation de l'hospice. Il y avait moins de déplacement à faire et les pensionnaires demandaient moins de soins⁷⁶. *« Quand ça nous arrivait qu'on n'avait pas de pain, c'était les pensionnaires qui nous achetaient du pain, [...] ils travaillaient beaucoup avec nous. Que maintenant ils ne peuvent plus, et je pense que c'est ça, dans les gens valides, qui ont leur tête, ce n'est pas à eux de nous aider, ils ont bossé et c'est à nous de bosser pour eux, ils paient pour avoir un peu de confort. »*⁷⁷.

⁷³ ESTRYN BEHAR « Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant », enquête PRESST NEXT, 2003, EHESP

⁷⁴ Verbatim ASHQ 1 EHPAD

⁷⁵ Verbatim IDE 2 SSR

⁷⁶ DIVAY S., « Soignantes dans un hôpital local, des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », Presses de l'EHESP, 2013

⁷⁷ Verbatim AS 1 EHPAD

L'architecture du bâtiment n'est pas jugée adaptée pour les soignants. L'EHPA est un établissement en forme de H de plein pied, la première aile constituée de la salle à manger, de la cuisine, de la salle de soins et la deuxième aile constituée des chambres. Le SSR se situe au 2ème étage du bâtiment principal. Surnommé « Le Pigeonnier » par les soignants, ils se répartissent le travail par aile de l'unité. L'EHPAD a une architecture plus complexe : une unité de 29 places au rez-de-chaussée, une unité de 29 places dans une aile du 1er étage et deux unités de respectivement 27 et 10 places dans l'autre aile du 1er étage. Chaque unité d'EHPAD (sauf U4) comprend une salle à manger en son centre et une salle de soins. L'architecture de l'EHPAD est jugée inadaptée, et finalement ce sont les soignants du SSR qui en parlent le mieux : « *Moi je peux me permettre de parler des deux parties de l'établissement, le SSR est moins difficile physiquement car vous n'avez pas la distance géographique, vous devez courir en maison de retraite quand vous êtes à un bout de l'U1 pour aller à un bout de l'U3.*⁷⁸ » ; « *C'est pour ça j'ai changé de service en SSR, parce que c'était moins physique. En EHPAD on ne fait que courir alors qu'en SSR quand on est de matin on a les EVC et après on a tout le service de SSR.*⁷⁹ » ; « *Depuis que je suis en SSR, au niveau physique c'est moins dur en SSR qu'en EHPAD, c'est clair moi j'ai longtemps été en EHPAD. On prend sans cesse sur les jambes malgré qu'il y ait le matériel qui est là.*⁸⁰ ».

2.1.2 Un bien-être psychique et social

La souffrance au travail⁸¹, selon Christophe DEJOURS, est une expérience subjective vécue collectivement. Cette souffrance est liée à « un appauvrissement des ressources organisationnelles et à une érosion des ressources subjectives »⁸². Le rapport GOLLAC⁸³ en 2011 identifie six dimensions des RPS : l'intensité du travail et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail. Ce rapport a été constitué dans le cadre du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail suite au rapport NASSE-LEGERON⁸⁴ de 2008. Les facteurs du SEPS sont l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte de sens et d'accomplissement de soi au travail⁸⁵. Cette dernière composante touche plus particulièrement les soignants que les personnels médicaux.

⁷⁸ Verbatim IDE 2 SSR

⁷⁹ Verbatim AS 1 SSR

⁸⁰ Verbatim AS 2 SSR

⁸¹ DEJOURS C. « Souffrance au travail », Chronique sociale, 2012

⁸² SAFY-GODINEAU F., « La souffrance au travail des soignants, une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », La nouvelle revue du travail, mars 2013

⁸³ Rapport « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », Michel GOLLAC, 2011, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

⁸⁴ « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » Philippe NASSE et Patrick LEGERON, 2008, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité

⁸⁵ FREUDENBERGER HJ. "Staff burn out. Journal of Social Issues", 1974

Les soignants connaissent un paradoxe avec « l'affirmation d'une prise en charge qualitative tout en ayant des indicateurs quantitatifs dans une approche gestionnaire »⁸⁶. En effet, les indicateurs PMSI, PMP et GMP sont des indicateurs chiffrés, quantitatifs de la charge en soins et dépendance, mais ne préjugent pas de la qualité des soins. Le bien être psychique et social du soignant est lié à une approche qualitative du soin, au fait d'assurer une prise en charge de qualité à l'usager selon ses valeurs individuelles. La qualité est définie par l'AFNOR (Association Française de Normalisation) comme « un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs ». Il existe différentes formes de qualité : la qualité attendue, la qualité voulue, la qualité perçue et la qualité réelle. Les qualités attendue (usagers) et voulue (organisation) sont externes aux soignants, elles définissent un objectif à atteindre. La qualité perçue (subjective) par le soignant peut être différente de la qualité réelle (objective) du soin dispensé. En effet, chaque soignant intériorise sa propre échelle de valeurs, un soin est jugé satisfaisant pour un soignant mais pas pour l'autre.

La spécificité du travail des soignants est de tendre vers la sur-qualité. La sur-qualité est lorsque la qualité réelle est supérieure à la qualité attendue ou voulue. Or la sur-qualité est synonyme de non-qualité. Cela se matérialise dans les services de soins avec une hausse des heures supplémentaires et une insatisfaction des soignants. Si les heures supplémentaires traduisent une conscience professionnelle et un personnel motivé, elles ont également un impact sur le bien être psychosocial des soignants. « *Même quand je sors du service et que j'ai fait deux heures de rab, parce que je sais que c'est mon point faible, enfin moi je pars avec la conscience tranquille, je sais que j'ai fait ce que j'avais à faire, je sais que les résidents sont bien alors voilà.* »⁸⁷ ; « *Et puis maintenant j'ai mes collègues, certaines qui me disent non là tu vas trop loin, stop, même quand je ne pars pas à l'heure, tu pars, elles me mettent dehors, donc non ça va mieux.* »⁸⁸. Cette sur-qualité est liée à la relation soignant/soigné, il a été relevé le sentiment de travail non-fini, de ne pas être allé au bout de la prise en charge. La qualité empêchée⁸⁹, selon Yves CLOT, est la contradiction vécue par les salariés dans l'exercice de leur travail entre un ordre et les conditions réelles d'exercice. « *Moi je tends à essayer à ce que ça arrive, mais le souci c'est qu'en EHPAD c'est la collectivité et faire du spécifique dans la collectivité c'est difficile* »⁹⁰ ; « *Je trouve qu'on n'est pas assez avec eux. On ne va pas jusqu'au bout de notre travail je trouve.* »⁹¹

⁸⁶ CHERRIER B., « Bien-être au travail : un enjeu managérial » paru sur cadredesante.com le vendredi 25 octobre 2013

⁸⁷ Verbatim IDE 2 EHPAD

⁸⁸ Verbatim AS EHPA

⁸⁹ CLOT Y. « Le travail à cœur », La Découverte, 2010

⁹⁰ Verbatim IDE 1 EHPAD

⁹¹ Verbatim AS 1 SSR

2.2 Les facteurs liés à l'organisation du travail

2.2.1 La segmentation du travail

La fiche de tâches définit par horaire de travail les actions à réaliser par le soignant : par exemple de 7h à 9h distribuer les médicaments. Contrairement à la fiche de poste qui correspond à une vision macro de l'activité du soignant, la fiche de tâche donne une vision micro de son travail, parcellisée en différentes données. La tâche est tout ce qui se présente au travailleur comme une donnée tandis que l'activité est le processus d'adaptation à la tâche⁹². L'adaptation à la tâche conduit le soignant à se centrer sur le soin et la tâche, plutôt qu'avoir une vision globale de l'utilisateur. Dès lors, la pratique du soignant se technicise et s'éloigne de l'aspect relationnel « *Vous vous occupez de la personne, c'est différent d'individualiser la prise en charge, ce n'est plus les tâches à la chaîne. Des choses qu'elles ne supportent pas d'ailleurs les tâches à la chaîne.* »⁹³.

Une autre forme de segmentation du travail est l'interruption de tâches. Elle induit une forme de stress pour l'agent car il est nécessaire de se reconcentrer et d'établir une hiérarchisation dans les tâches à accomplir. « *Je vous dis le téléphone vous gangrène et c'est pour tout et n'importe quoi ça peut être des appels de l'extérieur, des appels internes.* »⁹⁴ L'interruption de tâches n'est pas prise en compte dans les fiches de tâches qui s'attachent à une vision linéaire du travail. Dès lors, l'agent se presse pour rattraper le retard pris afin de finir à l'heure, ce qui l'épuise physiquement et psychiquement. « *Parce que quand on veut faire vite, quand on se sent acculer par le temps, est-ce qu'on prend le temps de prendre les bonnes postures, utiliser le bon matériel pour finir à l'heure, je ne suis pas sûre* »⁹⁵.

Les avis sont divergents sur l'utilité des fiches de tâches entre la CDS de l'EHPAD et la FF CDS du SSR : « *C'est un guide, maintenant je crois que chaque soignant est tout à fait en capacité de voir que ce n'est pas parce que vous avez tel horaire, tel horaire de début ok tel horaire de fin ok, mais après une journée ne fera pas l'autre.* »⁹⁶ ; « *Je n'aime pas trop les fiches de tâches, parce que pour le coup elles enferment le créneau horaire je fais ça et je ne fais rien d'autre. Tout est découpé, morcelé en minutes alors que ce n'est pas comme ça en travaillant auprès de personnes, avec de l'humain. Je n'arrive pas à voir en termes de tâches.* »⁹⁷.

⁹² DIETRICH A., « Management des compétences », Vuibert, 2015

⁹³ Verbatim CDS EHPAD

⁹⁴ Verbatim IDE 1 EHPAD

⁹⁵ Verbatim FF CDS SSR

⁹⁶ Verbatim CDS EHPAD

⁹⁷ Verbatim FF CDS SSR

2.2.2 La contrainte horaires

La contrainte « horaires » place le soignant dans une routine et un sentiment de travail à la chaîne allant à l'encontre de ses valeurs individuelles. « *Le soin technique c'est comme le vélo, ça ne suffit pas.*⁹⁸ ». Le soin à la chaîne participe à l'épuisement professionnel du soignant⁹⁹. Par manque de temps, les soignants se centrent sur les soins de nursing et pratiquent moins d'animation. Cela s'est matérialisé par un glissement d'horaires du M4 puis du Jc en EHPAD utilisé comme renfort en cas d'arrêts de travail ou d'absences, et non plus comme horaires d'animation. L'instauration d'un horaire dédié a un impact sur l'agent. En effet, les Jc sont attendus pour personnaliser l'accompagnement de l'utilisateur, alors que cette prise en charge fait partie du travail propre du soignant et non pas d'un horaire dédié. Cette stratégie d'horaire dédié a créé un besoin chez les agents, et le remplacement systématique du Jc en cas d'absence d'agent crée une frustration supplémentaire. Lors d'un audit, le témoignage d'une IDE a été parlant : « *on en arrive à préférer faire quelque chose qui se voit plutôt que quelque chose qui ne se voit pas* ». Inversement, en SSR, l'instauration d'un horaire dédié pour l'animation des patients EVC/EPR a conduit à remotiver les soignants : « *Je pense que là on va progresser plus que par rapport à avant.*¹⁰⁰ »

Les soignants ressentent une frustration avec ce leitmotiv : on n'a pas le temps. « *On est partout et nulle part, déjà on n'est pas avec les AS, on a l'impression de faire un travail à la chaîne, on a les 3 unités, ce n'est pas satisfaisant, il n'y a pas le relationnel, il n'y est plus, il y a l'épuisement là.*¹⁰¹ » ; « *Quand on est obligé sur un temps de faire tant de toilettes, on n'a plus le temps d'être avec le patient ou le résident. Je trouve par moment que c'est la routine, on fait les toilettes parce qu'il faut les faire, je trouve ça dommage dans mon métier.*¹⁰² » ; « *Maintenant je me suis adapté, ça va, je sais faire le travail en temps et en heure mais je ressens une petite frustration, une frustration de ne pas avoir le temps de faire ce que j'aime.*¹⁰³ ». La contrainte « horaires » est nécessaire pour donner les grandes orientations organisationnelles et coordonner les activités de chacun. Cependant, un travail fragmenté en horaires précis (par exemple faire trois toilettes sur une plage horaire de 45 min) génère une frustration chez le soignant et ne permet pas une individualisation de la prise en charge de l'utilisateur optimale. Dès lors, le soignant est parfois amené à dépasser son rôle pour s'accomplir dans son travail.

⁹⁸ Verbatim IDE 1 EHPAD

⁹⁹ DIVAY S., « Soignantes dans un hôpital local, des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », Presses de l'EHESP, 2013

¹⁰⁰ Verbatim AS 2 SSR

¹⁰¹ Verbatim IDE 1 EHPAD

¹⁰² Verbatim AS 1 SSR

¹⁰³ Verbatim ASHQ 2 EHPAD

2.2.3 La répartition des tâches

La théorie d'Edgar Morin est que « chaque fonction doit trouver sa place dans l'institution en relation avec les autres fonctions, dans un ordre établi. »¹⁰⁴. L'organisation connaît différents mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, la standardisation des résultats, la standardisation des qualifications¹⁰⁵. L'organisation hospitalière connaît une standardisation des procédés et des qualifications, or en l'espèce il y a également un ajustement mutuel des soignants dans la répartition des tâches. La tâche induite est une adaptation interne de l'individu à ses propres caractéristiques et représentation du travail¹⁰⁶. La tâche spécifiée est une adaptation externe liée aux circonstances non prévues¹⁰⁷. L'activité réelle du salarié est liée à ces deux processus d'adaptation¹⁰⁸. L'adaptation du soignant peut dépasser son rôle initial, la polyvalence étant particulièrement recherchée au sein des petites structures. L'ambiguïté des rôles renvoie l'individu à une fonction qui n'est pas définie dans son poste, souvent en cas de manque de personnel. Ce qui sera valorisant si l'agent possède des compétences « cachées », mais stressant si l'agent n'a pas les compétences nécessaires pour ce rôle supplémentaire. Dès lors, l'agent se concentre davantage sur ce rôle secondaire.

La préparation des médicaments revient au Préparateur en Pharmacie Hospitalière (PPH) pour l'ensemble de l'établissement et leur distribution revient aux IDE en SSR et aux AS et ASHQ en EHPAD et EHPA. La délégation de la distribution des médicaments aux ASHQ a posé question avec l'arrêt de la Cour Administrative d'Appel (CAA) de Nantes¹⁰⁹ dont le considérant indique : «que si l'article R. 4311-4 du CSP prévoit que lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants [...] qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. », les ASHQ ne figurent pas dans les catégories d'agents susceptibles de collaborer avec les infirmiers pour l'administration des médicaments». La CAA donne tort au CH qui considérait que l'administration de médicaments relève des actes de la vie courante pouvant être exercés par un ASHQ au sein de l'EHPAD qui lui est rattaché.

¹⁰⁴ ARDOUIN T., BONMATI J-M., JUILLET J-L., « Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance » Berger Levrault, 2009

¹⁰⁵ MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Organisation, 2003

¹⁰⁶ SARNIN P., « Psychologie du travail et des organisations », De Boeck, 2016

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ (CAA Nantes, 22 mars 2016, n° 14NT01525)

Or, selon l'article L313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) « Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante. L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.» En attente de confirmation ou d'infirmité de cette décision par le Conseil d'Etat, cette décision a soulevé la question du glissement de tâches et des notions de travail prescrit et de travail réel.

L'ergonomie distingue d'un côté le travail prescrit qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures et le travail réel que le travailleur réalise en deçà ou au-delà des règles et attentes formelles¹¹⁰. Le travail réel est « cette part d'intelligence mise au-delà de la prescription dans le travail »¹¹¹. « Les ASHQ pratiquant les actes de la vie quotidienne exercent des tâches non valorisantes mais valorisées à travers le glissement de tâches. Les auxiliaires de vie sociale ont le diplôme pour l'exercer à domicile et les aidants familiaux l'exercent de manière légitime et consentie, or en établissement la règle de participation des ASHQ aux soins d'hygiène est difficilement admise »¹¹².

Les ASHQ interrogés n'ont pas l'air à l'aise avec la distribution de médicaments : « Normalement un agent n'a pas à le faire, j'ai vu des établissements où on ne touchait pas aux médicaments, les donner quand ils étaient sur les plateaux d'accord, mais autrement les distribuer, les prendre dans l'armoire ou dans le semainier non. ¹¹³ » ; « Il y a des choses des fois qu'on ne devrait pas faire, parce qu'on n'est que agent. Tout ce qui est médicament, tout ça donner, c'est une sécurité. Mais là-bas à l'EHPA il faut tout faire, tout gérer. ¹¹⁴ » L'avis est plus mitigé pour les AS : « Moi honnêtement ça ne me gêne pas, je ne me verrais pas faire un travail distinct ASH et AS, je serais mal à l'aise, on a trop été habitué comme ça. ¹¹⁵ » ; « C'est principalement ça qui me gêne, après la distribution de médicaments, je ne suis pas super à l'aise quand ce sont les agents qui le font et surtout les remplaçantes qui arrivent, ça me gêne un peu. ¹¹⁶ »

¹¹⁰ VEISSIER P., « Agents de services hospitaliers, entre polyvalence et invisibilité », Soins gérontologie n°118 mars/avril 2016

¹¹¹ Ibid. Citation ouvrage JOBERT G., « Exister au travail », Toulouse, Erès, 2014

¹¹² Ibid.

¹¹³ Verbatim ASHQ 1 EHPAD

¹¹⁴ Verbatim ASHQ EHPA

¹¹⁵ Verbatim AS 1 EHPAD

¹¹⁶ Verbatim AS 2 EHPAD

Selon le dictionnaire Larousse, le nursing est l'ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes. Il comprend quatre volets : l'hygiène, la surveillance et l'observation, la prévention et le suivi relationnel. Les IDE disposent d'un plan de soins infirmiers fortement médicalisé, si cela semble évident pour le service SSR, cela pose davantage question pour l'EHPAD. En effet, les IDE ne participent aux toilettes que sur demande de l'AS, ce qu'elles justifient par un manque de temps. Or les AS et ASHQ se sentent déjà débordées par les toilettes à réaliser.

En SSR, l'enquête charge de travail a permis d'estimer le temps de toilette à 10 min et le temps de douche à 40 min. Les agents du SSR se répartissent les patients par aile de l'établissement et le font systématiquement à deux, ce qui rend le temps de toilette plus efficace. D'après les observations dans les unités d'EHPAD, les soignants réalisent entre 6 et 8 toilettes chacun d'une durée moyenne de 22 min. Cependant, les toilettes s'étalent de 10 min à 45 min et les agents de l'EHPAD sont souvent seuls pour réaliser les toilettes. Cela impacte d'une part la qualité des soins dispensés mais également la qualité de vie au travail des soignants qui n'ont pas l'impression de faire du bon travail. Cela s'explique par des soignants acculés par le temps, raisonnant à la tâche. En effet avec une moyenne de 22 min, les toilettes occupent 9h30 de la journée qui offre 10h de ressources. La répartition des tâches devient un enjeu important pour rendre le nursing plus efficace et respectueux des besoins des usagers.

Il y a un manque de transversalité dans les tâches exercées. Le travail à la chaîne entraîne cette perte de sens pour les soignants. Il cloisonne les soignants dans leur rôle. *« Je pensais à une réflexion qui m'avait été faite, ce n'est pas mon boulot, c'est l'IDE qui fait, ba non pas que. Les AS ne veulent pas le faire et n'ont pas les moyens de le faire¹¹⁷ » ; « Je pense que c'est ça aussi qui est pesant quand on parle de prévention du burn out, je trouve qu'on attend beaucoup de l'IDE comparativement aux autres personnes.¹¹⁸ » Les AS/ASHQ, par peur de mal faire, comptent sur l'expertise de l'IDE. « J'ai posé la question : qui est responsable s'il arrive un problème. C'est ça qui m'interpelle et me fait peur, on est une équipe, on doit être solidaire.¹¹⁹ » Les AS voyant les ASHQ exercer le même travail qu'elles ne se sentent pas valorisées par leur diplôme, tandis que les IDE référentes d'une unité n'assurent pas leur rôle d'animation d'équipe. *« En tout cas, mon rôle je le prends plus en termes d'exécution du soin, le management de l'équipe n'incombe pas à l'IDE. Je trouve ça compliqué quand on travaille en collaboration de demander à une IDE de faire du management.¹²⁰ ».**

¹¹⁷ Verbatim FF CDS SSR

¹¹⁸ Verbatim IDE 2 SSR

¹¹⁹ Verbatim AS 2 SSR

¹²⁰ Verbatim IDE 2 SSR

2.2.4 Les roulements

L'organisation d'un planning en roulement a deux mérites : rendre une équité entre les soignants et faciliter l'anticipation de l'absentéisme. Malgré ces atouts, la mise en place des roulements n'a pas été acceptée par les soignants. La situation antérieure n'était pourtant plus équitable, le planning étant fait au gré des besoins des soignants selon leur vie privée et des traitements de faveur ayant cours. « *Effectivement, là où j'étais quelque part un peu désarçonnée, les plannings ici on se prenait des aises, c'est-à-dire le planning on faisait un peu ce qu'on voulait en fonction de sa vie personnelle.* ¹²¹ ». Le roulement est de cinq semaines pour les IDE et de dix semaines pour les AS et ASHQ. S'il existe désormais une plus grande équité entre soignants, l'anticipation de l'absentéisme reste complexe avec une gestion au fil de l'eau des arrêts. « *On sait qu'on est là-dedans, l'auto-remplacement on en a conscience mais du coup à trop tirer sur la corde avec le court terme pour mieux gérer le lendemain, du coup on se sent complètement prise à la gorge.* ¹²² ». En 2015, le taux d'absentéisme est 6.72% et 66.67% des effectifs ont été en arrêt de travail. Il s'agit d'un absentéisme moyen qui, en raison des difficultés d'anticipation, donne l'impression d'être beaucoup plus important.

Ce rejet de la mise en place des roulements traduit une résistance au changement des soignants. Le changement est un processus de passage entre deux états en réponse à des modifications de l'environnement, à la fois sur l'organisation et sur les individus¹²³. Il y a différents niveaux de changement : le changement interne à un système qui demeure stable et le changement qui affecte le système lui-même¹²⁴. Le cas présent, il s'agit d'un changement interne au système. Pour les individus, seul le changement perçu compte et non pas le changement réel¹²⁵. C'est pourquoi les soignants ne se sont pas appropriés la mise en place des roulements. Au niveau individuel, le changement perçu est que la mise en place des roulements pose un cadre plus contraignant, mais au niveau collectif le changement réel est bien une égalité de traitement. La conduite du changement suppose un portage politique, de la communication, de la négociation et de la participation¹²⁶. La difficulté est le manque d'appropriation des roulements par les soignants qui n'ont pas été associés à la démarche. « *On nous a pas consultés pour les plannings, c'était fait déjà, le roulement était fait.* ¹²⁷ » ; « *C'est vrai que la grosse difficulté dans l'établissement elle est sur ce rythme jour/nuit qu'on n'arrive pas à faire entendre.* ¹²⁸ ».

¹²¹ Verbatim CDS EHPAD

¹²² Verbatim IDE 2 SSR

¹²³ PHILIBERT DE DIVONNE « Conduire le changement », La lettre du CEDIP, n°33, octobre 2005

¹²⁴ Ibid.

¹²⁵ Ibid.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Verbatim AS 2 EHPAD

¹²⁸ Verbatim IDE 2 SSR

La gestion du planning cristallise de nombreuses tensions pour les soignants. « *On constate quelles que soient les unités que c'est LE planning, c'est quelque chose de majeur pour les collègues et LE planning pour les cadres c'est quelque chose qui est chronophage¹²⁹* ». La gestion des remplacements revient à la cadre de santé et à la faisant fonction cadre de santé. L'établissement ne dispose pas de pool de remplacement pour compenser l'absentéisme mais d'un listing de remplaçants à appeler en cas de besoin. La gestion de l'absentéisme n'est pas formalisée dans un protocole, générant un auto-remplacement important parmi les soignants. Cependant, la systématisation de l'auto-remplacement épuise les soignants, ce qui a comme effet d'augmenter l'absentéisme.

2.3 Les facteurs liés à la reconnaissance de la valeur professionnelle

La reconnaissance est un besoin propre à tous les soignants, qu'elle soit de la part de l'utilisateur, des collègues ou du supérieur hiérarchique. « *La reconnaissance dans notre travail, des reconnaissances de famille c'est formidable.¹³⁰* » ; « *« Quand il (le directeur) fait son discours pour Noël, moi personnellement ça me fait plaisir qu'il nous remercie pour notre travail, ça veut dire qu'il sait qu'on est là.¹³¹* ». La reconnaissance de la valeur professionnelle passe par la valorisation des compétences. Ainsi, la formation permet d'appuyer l'agent dans son parcours professionnel. Un autre effet de la formation est qu'elle rend les agents plus autonomes et plus critiques sur leur travail¹³².

La politique de formation de l'établissement est largement saluée par les soignants. « *Il y a plein de positifs, j'apprends énormément de choses, j'ai fait déjà beaucoup de formations, ici c'est bien les formations on en a beaucoup, formation hygiène donc j'apprends plein de trucs que je n'avais pas appris à domicile.¹³³* » Elle diversifie les compétences des soignants, précieuses dans les ex hôpitaux locaux avec de plus petits effectifs. Les soignants peuvent à la fois enrichir et élargir leurs tâches. L'enrichissement de tâches est au sein de la même activité tandis que l'élargissement de tâches est en lien avec une activité de même difficulté et proche de l'activité initiale. Cette politique institutionnelle inscrit l'agent dans une perspective professionnelle, ce qui participe au bien-être du soignant. Dans le cadre organisationnel, l'encadrement veille toutefois à ne pas avoir de formation-réaction en cas de difficulté, mais plutôt à rechercher la source de la difficulté pour agir en interne avec les comités de retour d'expérience.

¹²⁹ Verbatim FF CDS SSR

¹³⁰ Verbatim IDE 1 EHPAD

¹³¹ Verbatim AS 2 EHPAD

¹³² SAINSAULIEU R., « L'identité au travail », Presses Sciences Po, 2014

¹³³ Verbatim ASHQ 2 EHPAD

2.4 Les facteurs liés aux relations de travail

2.4.1 Le collectif soignant

Les soignants interrogés ont, pour la plupart, la vocation de travailler dans le domaine du soin, seuls certains sont arrivés dans ce secteur suite à une reconversion professionnelle. *« C'est vrai que je me trouve bien dans mon travail, malheureusement je suis arrivé un petit peu tard, c'est ça qui est dommage, mais c'est vrai que je suis heureux. »*¹³⁴ Cette vocation à travailler dans le soin est souvent liée à un vécu, la plupart de ces soignants se sont occupés d'un proche malade dans leur enfance ou leur adolescence. Ces histoires de vie montrent le lien entre le vécu familial et les valeurs guidant leurs pratiques professionnelles. Le choix de l'ex hôpital local s'est fait d'une part par autochtonie ou pour suivre un conjoint et d'autre part pour travailler dans une structure dite « à taille humaine ». *« Moi j'aime ce métier, je me sens utile, je sens que je fais un métier où j'aide les personnes, je leur apporte un peu de dignité dans leur vieillesse ou leur fin de vie, des sourires, un peu de joie, c'est pour ça j'ai toujours aimé faire ce métier-là. »*¹³⁵ ; *« Vous devrez le noter ça, ce travail on l'a voulu, on l'a choisi. »*¹³⁶ Ces valeurs individuelles guident le travail du soignant auprès de l'usager, car s'il y a une technicité certaine en gériatrie, l'aspect relationnel est primordial. *« Le soin, on le fait avec notre cœur, nos pensées, notre personnalité. La technique en SSR, ce n'est pas de la grosse technicité, la technique pour moi c'est la relation avec le patient en SSR. »*¹³⁷

La relation soignant/soigné est particulière, chaque jour le soignant s'occupe de l'intimité de l'usager et connaît son histoire de vie. Certains événements peuvent faire écho au propre vécu du soignant et nécessitent une capacité de recul. *« Après la barrière je trouve que ça fait partie de notre travail. Je pense qu'effectivement si on n'arrive pas à gérer ça, on ne serait plus là. »*¹³⁸. Parfois, cette relation déborde le soignant qui ne trouve plus sa place auprès du soigné. *« Ça va mieux quand même, j'ai appris à prendre des distances et à mettre des barrières. Parce que j'avais l'impression que j'allais trop loin dans mon rôle, j'avais l'impression de prendre la place des familles parfois. »*¹³⁹ ; *« Je ne devrais pas m'attacher à ces personnes mais oui, par contre j'ai une sacrée carapace. Et puis forcément dans chaque grand-mère, je cherche un peu des miennes, c'est pareil on projette. »*¹⁴⁰ Le phénomène de projection nécessite un accompagnement du soignant auprès de ses collègues afin qu'ils relaient l'agent dépassé dans sa relation au soigné.

¹³⁴ Verbatim ASHQ 1 EHPAD

¹³⁵ Verbatim ASHQ 2 EHPAD

¹³⁶ Verbatim AS 1 SSR

¹³⁷ Verbatim IDE 1 SSR

¹³⁸ Verbatim IDE 2 EHPAD

¹³⁹ Verbatim AS EHPA

¹⁴⁰ Verbatim AS 2 EHPAD

La relation avec les collègues de travail est une dimension importante pour la qualité de vie au travail. Cela se matérialise par l'ambiance de travail et les échanges intergénérationnels. Le collectif soignant est uniformisé en SSR avec une équipe soudée : « *On est soudé, tous là pour la même chose et quand il y a un problème on est ensemble, pas tous là chacune de notre côté, dès qu'il y a un problème on se greffe les uns sur les autres pour s'aider.* ¹⁴¹ » tandis que le collectif soignant est éclaté en unités pour l'EHPAD : « *Si vous me dites équipe, je ne pense qu'à l'U2, pas à l'EHPAD, parce que les autres on travaille ensemble sans travailler ensemble en fait, on se croise dans les couloirs.* ¹⁴² ». Les soignants de l'EHPA ont des difficultés à créer un collectif stable : « *On a eu du mal à trouver une stabilité, et c'est vrai que c'est un petit peu dérangent parce que du coup ça perturbe tout ce qu'on met en place, et donc à chaque fois il faut partir de zéro, il faut reconstruire quelque chose et c'est vrai que ce n'est pas toujours facile.* ¹⁴³ »

Les IDE et AS présentent une pyramide des âges en forme de toupie. Cette pyramide traduit une bonne maîtrise de la masse salariale, mais également son alourdissement à moyen terme lié au glissement vieillesse-technicité. Deux leviers sont possibles : recruter de jeunes IDE et AS et favoriser la mobilité vers un autre établissement¹⁴⁴. Les ASHQ présentent une pyramide en forme de fraise. Cette pyramide traduit une bonne expertise (sauf reconversion professionnelle), mais une masse salariale importante et une résistance au changement plus forte. Le risque est de voir une perte de compétences à moyen terme, il faut donc organiser une capitalisation des savoirs avant les départs à la retraite¹⁴⁵. Les soignants avec de l'ancienneté apaisent les plus jeunes soignants lorsqu'ils sont en difficulté. « *Vous savez quand on a de l'ancienneté ce sont des petits détails, des soucis à côté, je veux dire les conditions de travail sont mises un peu de côté, je relativise. Quand il manque du personnel, je relativise, quand il y a trop de travail je me dis on va faire ce qu'on va pouvoir et puis c'est tout.* ¹⁴⁶ ». Mais certains jeunes soignants constatent une résistance au changement plus forte chez les « anciens » : « *Je vois mes collègues jeunes ça serait plus facile à mettre en place que les anciennes, celles qui ont 25 ans de maison, c'est plus compliqué pour faire changer.* ¹⁴⁷ ». Néanmoins, l'échange intergénérationnel crée un lien fort dans les équipes soignantes. « *On va plus être sur de l'échange intergénérationnel, plus des jeunes IDE avec des anciennes avec des gestes qu'on n'a plus pratiqué depuis longtemps.* ¹⁴⁸ »

¹⁴¹ Verbatim IDE 1 SSR

¹⁴² Verbatim AS 2 EHPAD

¹⁴³ Verbatim AS EHPA

¹⁴⁴ CHARLEUX F. et DEBIEUVRE P., "Bâtir une GPEC", ESF éditeur, 2012

¹⁴⁵ Ibid.

¹⁴⁶ Verbatim AS 1 EHPAD

¹⁴⁷ Verbatim AS 2 EHPAD

¹⁴⁸ Verbatim IDE 2 SSR

2.4.2 L'encadrement

La relation soignant/encadrement repose sur un contrat implicite d'une loyauté et d'un soutien réciproques¹⁴⁹. L'encadrement assure l'équité envers le personnel, les soignants s'engagent à mettre leurs compétences au profit de la prise en charge des usagers de l'établissement. La rupture de ce contrat entraîne des perturbations organisationnelles. « La performance des salariés et l'atteinte des objectifs d'une organisation seraient très liées à la qualité de l'encadrement »¹⁵⁰. La qualité de l'encadrement est liée à l'adéquation du type de management utilisé. Les différents types de management théorisés sont : le management directif, le management persuasif, le management participatif, le management délégatif. Un management directif n'est pas adapté pour des agents souhaitant faire preuve d'initiative dans leurs fonctions, tandis qu'un management délégatif insécurise les agents les moins qualifiés.

Au sein du CH, l'encadrement privilégie le management délégatif, les équipes étant autonomes et motivées dans leur travail. Si ce management est adapté pour ce personnel, il a pour effet de distendre le lien entre le cadre de santé et les équipes, pouvant avoir l'impression d'être livrées à elles-mêmes. Egalement, le fait que l'établissement soit réparti sur deux sites entraîne un certain isolement des soignants du foyer logement « *Et du coup pour être franche, enfin voilà ça c'est mon ressenti à moi, c'est qu'on a quand même l'impression qu'on est livré à nous même.* ¹⁵¹ » Parallèlement, la proximité de l'encadrement en SSR rassure les équipes, notamment avec l'arrivée d'un praticien hospitalier présent trois jours par semaine. « *Le fait qu'il y ait quelqu'un, le médecin ou moi, c'est cette référence, ce sentiment, loin de moi ma petite personne mais ce besoin de se référer à quelqu'un.* ¹⁵² ».

Outre le mode de management, le comportement du cadre de santé a un impact dans les relations de travail. Le directeur RH de CHU interrogé a utilisé la métaphore de l'échangeur de pression pour parler du rôle du cadre. Un cadre reçoit beaucoup de pression, s'il la transmet aux équipes ça ira mal, mais s'il arrive à la gérer ça fonctionnera. « *Je pense que c'est important aussi en tant qu'IDE responsable d'équipe et en tant que CDS ou FF CDS d'apporter de la sérénité. Si soi-même on dit oh là je ne sais pas comment on va faire, ça ne marche pas, forcément on le transpose.* ¹⁵³ » Le cadre doit apporter de la sérénité aux équipes et résister aux pressions auxquelles il est soumis. Or, si un cadre de santé se sent débordé, cela se transpose auprès des équipes soignantes.

¹⁴⁹ MAURY S., « La GRH dans la fonction publique », La documentation française, 2014

¹⁵⁰ Ibid. Citation de l'encadré « Les Notes du LIRHE n°436 septembre 2006 »

¹⁵¹ Verbatim AS EHPA

¹⁵² Verbatim FF CDS SSR

¹⁵³ Verbatim FF CDS SSR

« *Ce qui me manque moi actuellement sur mon travail de cadre, j'aimerais beaucoup plus être dans les projets.* » Le management par projet suppose un important portage politique par l'encadrement. Or, la gestion du quotidien au fil de l'eau complexifie la mise en place de projet à long terme. L'absence de projet de service insécurise les soignants : « *On n'a pas de projet et un projet ça se forme en équipe pluridisciplinaire et ça on ne l'a pas. Je trouve ça dommage qu'on soit dans le quotidien¹⁵⁴* ». La gestion du quotidien est propre à toute organisation devant faire face à différents imprévus. Cependant, le manque d'anticipation donne trop d'importance au quotidien tandis que la vision prospective donnerait davantage de marge de manoeuvre.

¹⁵⁴ Verbatim IDE 1 EHPAD

3 Des leviers d'actions pour concilier qualité des soins et qualité de vie au travail

Différents leviers d'actions sont identifiés pour concilier la qualité des soins et la qualité de vie au travail des soignants. La QVT est une finalité, tandis que les conditions de travail sont les moyens pour l'atteindre. Le cadre d'action correspond à la prévention des risques professionnels, l'ergonomie et la démographie du travail. Différents organismes sont appelés à s'interroger sur la démarche QVT au sein d'un établissement. En interne, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) a pour missions (articles L4612-1 à L4612-7 du Code du travail) : de contribuer à la protection de la santé et à la sécurité des salariés de l'établissement, de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de veiller à l'observation des prescriptions légales dans ces domaines. Le service de santé au travail joue également un rôle important dans la promotion de la qualité de vie au travail en regroupant selon les établissements un médecin du travail, un psychologue du travail et/ou un ergonomiste. En externe, l'ANACT a pour mission d'accompagner les initiatives d'amélioration des conditions de travail, agir sur la performance des entreprises, diffuser les connaissances auprès des expériences de terrain. Les thèmes prioritaires sont la prévention de l'usure professionnelle, la QVT et les caractéristiques des effectifs, les changements techniques, l'organisation et les risques professionnels (TMS et RPS). L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a pour mission de promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cet organisme identifie les risques professionnels, en analyse les conséquences et diffuse des moyens de maîtrise des risques.

Une approche complémentaire de la direction et de la médecine du travail propose de : définir un projet d'actions, agir sur l'environnement, assurer des réunions d'équipe, reconnaître le savoir des soignants et constituer des groupes de parole¹⁵⁵. Les préconisations d'ESTRYN-BEHAR suite au rapport « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant » sont : favoriser les transmissions orales, améliorer le travail d'équipe, développer le management intergénérationnel, développer le soutien psychologique et médical¹⁵⁶. Cette partie présente d'une part des leviers d'actions mis en œuvre durant le stage de professionnalisation, ce qui permet d'en étudier les mécanismes et les effets, et d'autre part des leviers d'actions jugés pertinents mais non mis en œuvre en expliquant comment il aurait été possible de procéder.

¹⁵⁵ CANOUI P. et MAURANGES A., « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Elsevier Masson, 2015

¹⁵⁶ ESTRYN-BEHAR M. « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles », Gestions Hospitalières n°429, 2003 p603-611

3.1 Agir sur la charge de travail : l'audit organisationnel

Un levier d'action sur la charge de travail passe par la mise en place d'un audit organisationnel. Un tiers à l'établissement apporte un regard neutre et neuf sur l'organisation. Il en décèle rapidement les forces, les faiblesses et les potentialités, contrairement aux acteurs institutionnels souvent pris dans leur quotidien. L'objectif de l'audit est de cerner les éléments problématiques de l'organisation pour en déduire un plan d'actions correctif à court, moyen et long terme. L'audit organisationnel peut également être couplé avec une analyse psychosociologique. Cette analyse s'attache davantage à la dynamique interne des soignants et aux relations interpersonnelles.

L'audit organisationnel débute par des entretiens avec la direction afin d'explicitier les problèmes et les enjeux soulevés par ceux-ci. Cette analyse de la demande cerne le contour de la mission d'audit. Afin de mieux cerner l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, des questionnaires sont distribués et des entretiens sont fixés. Cette phase permet de cerner la représentation que les agents ont de l'organisation. Ensuite, une étude de terrain éclaire sur l'écart entre la représentation du travail et le travail réel. Le regard neutre du tiers a toute son importance dans cette phase, certaines habitudes sont prises par les soignants et leur non remise en cause ainsi que leur accumulation conduisent à une hausse de la charge de travail. Par exemple, il a été observé l'absence de demande d'aide des soignants en cas de retard pris, alors que d'autres équipes ont terminé. Cette absence de communication conduit à un stress des soignants, mais est facilement atténuée par un renforcement des flux de communication interne. Après cela, le tiers propose un diagnostic et formule des propositions discutées en groupes de travail. Cet audit a pu être couplé avec une analyse psychosociologique, car des difficultés communicationnelles ont été relevées. La méthode utilisée est peu ou prou identique à celle de l'audit avec une phase d'analyse de la demande, une phase de constatation puis un diagnostic et un plan d'actions. Cependant, l'angle utilisé est différent et s'appuie davantage sur les groupes de parole en recherchant le rôle et les fonctions des acteurs, le sens donné au travail et les moyens personnel et matériel mis à disposition.

L'audit organisationnel réinvestit les soignants en leur permettant de s'exprimer sur leur charge de travail et d'avoir une vision globale de l'organisation. L'audit organisationnel inscrit les soignants dans un mode projet avec la création d'un groupe de travail, la fixation d'un échéancier avec des indicateurs et d'une proposition d'évaluation à court, moyen et long terme. Cet outil est également un moyen d'intégrer le management de projet dans les pratiques de l'encadrement. Il est proposé de présenter l'expérience d'un autre CH en matière d'audit organisationnel.

Le CH X a procédé à un audit TMS et à un audit RPS. Un audit TMS a été mis en place avec un ergothérapeute intervenant sur financement de l'ARS. Il y a également eu un état des lieux, des groupes de travail et une synthèse. Cela a donné lieu à un débat au CHSCT sur les orientations de cet audit et l'axe retenu a été le circuit des déchets. Il y avait des mauvaises pratiques dans l'hygiène et dans les postures. Cela a donné lieu à l'aménagement d'une plateforme de stockage. L'audit TMS au sein du CH de Grand Fougeray s'attache davantage à l'adaptation du matériel et des locaux. L'audit a conduit à considérer une mauvaise utilisation du matériel avec l'usage systématique de matériel lourd et l'absence de remontée pour le matériel a changé. L'inadaptation des locaux a donné lieu à la proposition d'une salle de soins unique pour les unités d'EHPAD du 1^{er} étage en revoyant l'agencement des locaux.

L'audit RPS du CH X a été piloté en lien avec le CHSCT qui a choisi le service de SSR. Il y a eu d'importantes perturbations avec l'arrivée d'un médecin salarié qui a déstabilisé les équipes avec de nouvelles pratiques. Il est possible de voir un parallèle avec la nouvelle organisation du CH de Grand Fougeray. L'enquête KARASEK ainsi que des questions sur l'articulation vie professionnelle et vie privée ont été distribuées à l'ensemble du personnel. Il y a eu une séance d'information séparée entre service SSR et service EHPAD. Comme il y a eu peu de participants à la séance d'information, un flyer de présentation a été distribué avec le bulletin de paie. Le COPIL s'est ensuite réuni avec le prestataire pour indiquer les choix d'orientations. Au sein du COPIL, il y a le président du CHSCT, la RH, le directeur, la CDS SSR, du personnel désigné représentatif des métiers. Des entretiens semi-directifs avec un psychologue prestataire, sans l'encadrement, ont eu lieu. Il y a eu une libération de la parole et une forte participation (35 sur 48 inscrits). Les agents se mobilisent également de façon spontanée en petits groupes pour proposer des pistes d'actions. Cet audit constitue un axe du projet social « amélioration de la QVT ». La dimension RPS au CH Grand Fougeray donne lieu à une réflexion sur la sur-qualité des soignants et son impact sur l'organisation. La prise de conscience de cette sur-qualité a également libéré la parole. L'axe principal en la matière est de renforcer le rôle de l'encadrement pour poser des limites dans les pratiques professionnelles des soignants. Il s'agit de reconnaître la conscience professionnelle des équipes soignantes en valorisant leur compétences, mais également de lutter contre l'épuisement en formalisant mieux les tâches qui leur incombent.

3.2 Agir sur l'organisation du travail

3.2.1 Clarifier la ligne hiérarchique avec la refonte de l'organigramme

« L'organisation est une idéologie au sens où les représentations des responsables sur ce que doivent être les rapports humains façonnent les structures. »¹⁵⁷ L'étude sociologique identifie différentes sources de légitimité du pouvoir : la domination rationnelle, la domination traditionnelle et la domination charismatique.¹⁵⁸ L'organigramme assure un type de domination reconnue comme légitime. L'organigramme est un élément de présentation des liens hiérarchiques et fonctionnels au sein d'une organisation. Le lien hiérarchique repose sur un rapport d'autorité vertical du supérieur envers son subordonné. Le supérieur hiérarchique a le pouvoir de nomination, d'évaluation et de révocation de l'agent au sein de l'organisation. L'exemple du lien hiérarchique est le directeur envers les soignants. Le lien fonctionnel repose une interaction entre un responsable de service et un agent, ce lien fonctionnel peut être horizontal ou vertical. L'exemple du lien fonctionnel est le médecin envers les soignants.

L'organigramme de l'établissement n'avait pas évolué suite aux changements organisationnels. Dans cet organigramme initial, la fonction de responsable de service n'était pas clairement affirmée, s'attachant davantage à la notion de service qu'aux liens hiérarchiques et fonctionnels au sein de celui-ci. La refonte de l'organigramme s'est avérée nécessaire pour d'une part clarifier la ligne hiérarchique suite aux modifications organisationnelles et d'autre part renforcer de façon visible l'encadrement de l'établissement. Il a été choisi de créer un organigramme administratif et un organigramme soignant pour clarifier la ligne hiérarchique. La redistribution des responsabilités de service est la suivante : la FF CDS est chargée du service SSR, la CDS est chargée de l'EHPAD et de l'EHPA, l'accueil de jour est géré par la responsable de l'accueil de jour en lien avec la direction. Cette nouvelle répartition des tâches de l'encadrement assure un management de proximité auprès des équipes soignantes.

La refonte de l'organigramme traduit une nouvelle vision stratégique de l'organisation. Ce nouvel organigramme a fait l'objet d'une communication large en intégrant le nouveau livret d'accueil du personnel distribué à l'ensemble des agents. Une évaluation de l'appropriation de cet organigramme passe par une enquête flash dans laquelle les agents sont capables de nommer les personnes ressources de l'établissement ainsi que leur fonction.

¹⁵⁷ BERNOUX P. « La sociologie des organisations », Seuil, 6e édition, 2009

¹⁵⁸ ARON R. Les étapes de la pensée sociologique, Paris, Gallimard, 1967

3.2.2 Disposer d'un référentiel commun avec la révision des fiches de poste

Le contenu et la répartition des tâches sont définis à un niveau macro dans les fiches de poste. Les fiches de poste de l'établissement avaient été mises en place en 2010 mais n'avaient pas été renouvelées. Or, des métiers ont disparu de l'établissement (exemple du formateur interne) et des métiers sont apparus (IDE hygiéniste). La nouvelle organisation formalisée dans le nouvel organigramme a supposé de réviser les fiches de poste de l'ensemble des agents de l'établissement. Il s'agit ici de se centrer sur les fiches de poste des soignants (IDE, AS et ASHQ). L'absence de mise à jour des fiches de poste a conduit à une ambiguïté des rôles, et plus particulièrement pour les nouveaux soignants engagés après 2010 qui n'avaient donc pas été associés à la démarche. Cette ambiguïté des rôles entraîne un manque de repères, notamment vis-à-vis des agents administratifs car les soignants ont des difficultés pour savoir qui fait quoi.

L'objectif de la révision des fiches de poste est d'une part de mettre à jour ces fiches au regard de la nouvelle organisation en impliquant les soignants et d'autre part de leur permettre de disposer d'un référentiel commun. Des groupes de travail ont été mis en place sur la base du volontariat : un groupe IDE EHPAD, un groupe IDE SSR, un groupe AS EHPAD, un groupe AS SSR, un groupe ASHQ EHPAD, un groupe ASHQ EHPA. Des entretiens individuels ont eu lieu avec la CDS EHPAD, la FF CDS SSR et l'AS EHPA car ces agents sont seuls sur leur poste. Chaque groupe s'est interrogé sur ses missions, ses compétences, ses relations professionnelles et les spécificités de son poste. Ces réflexions ont permis aux soignants de s'interroger sur leurs missions propres, notamment en se fondant sur les référentiels d'activités des IDE et des AS. Les fiches de poste des AS et ASHQ présentent désormais des missions communes et des missions spécifiques. Ces travaux ont été présentés d'une part au supérieur hiérarchique et d'autre part au directeur. En cas de demandes de modification, les groupes de travail se sont à nouveau réunis pour formuler une nouvelle proposition. Néanmoins, les demandes de modification sont restées à la marge. Ensuite, ces fiches de poste ont été signées nominativement par chaque agent et remises à la RRH pour intégrer leur dossier administratif. Enfin, un exemplaire unique de chaque fiche de poste a été intégré dans un classeur accessible dans chaque service, notamment pour informer les nouveaux soignants.

La révision des fiches de poste a impliqué les soignants dans une réflexion sur leur poste et l'articulation des postes entre eux. Les nouveaux arrivants ont pu mieux s'appropriier les attendus de l'établissement. Les soignants disposent désormais d'un référentiel commun qui a été défini dans une démarche concertée. La signature de la fiche de poste pour chaque nouvel arrivant ainsi que leur mise à jour annuelle constituent deux indicateurs pour évaluer l'appropriation de cette démarche par l'établissement.

3.2.3 Clarifier les rôles de chacun avec la révision des fiches de tâches

Le contenu et la répartition des tâches sont définis à un niveau micro dans les fiches de tâches. Ces fiches présentent les actions de l'agent dans un cadre horaire défini. Le raisonnement des soignants est de se focaliser davantage sur les contraintes horaires que sur les actions proprement dites. Des horaires spécifiques ont donc été créés mais sans cadre défini, l'encadrement et les soignants n'envisageant pas les mêmes actions dans ces fiches de tâches spécifiques. Ces glissements posent des difficultés car ne correspondent plus à l'activité réelle des soignants et créent une désorganisation au sein du service. La forte segmentation et le manque de transversalité des fiches de tâches induisent une frustration et une perte de sens pour les soignants. Les fiches de tâches ont été maintenues. Elles apportent un cadre aux pratiques des soignants, notamment une aide précieuse pour les remplaçants. L'objectif de la révision des fiches de tâches est d'une part d'inverser le raisonnement en partant des actions à réaliser pour définir un cadre horaire et d'autre part de rendre l'organisation plus souple et au plus proche de l'activité réelle des soignants.

Des groupes de travail sont mis en place sur la base du volontariat : IDE EHPAD, IDE SSR, AS/ASHQ EHPAD, AS SSR. Les fiches de tâches de l'EHPA datent de 2014, dès lors il n'a pas été proposé de les réviser afin de permettre au service de se stabiliser. La cadre de santé et la faisant fonction cadre de santé co-animent ces groupes de travail. La 1^{ère} étape est de définir le déroulement de la journée : levers, couchers, toilettes, repas, soins, animation. Pour chaque action, il s'agit de définir un résultat souhaité, un temps optimal, le nombre d'agents concernés. Suite à cette première ébauche, les horaires peuvent être revus en fonction du rythme de vie des usagers, en prenant en compte les spécificités de chacun. L'objectif est de concilier la prise en charge individualisée de l'utilisateur tout en l'intégrant dans un cadre collectif. Les horaires des IDE ont été modifiés au regard de l'inadaptation de ces horaires avec le travail des AS/ASHQ, ce qui empêchait la complémentarité entre ces fonctions. Un récapitulatif des fiches de tâches permet de visualiser les tâches transversales, les horaires de chacun et de clarifier qui fait quoi et à quel moment de la journée. Les fiches de tâches spécifiques réintègrent leur rôle premier d'animation au sein des services (ce qui avait fonctionné pour le SSR mais pas pour l'EHPAD) et non plus de renfort au sein des services. Il y a une vigilance sur le cadre horaire qui doit respecter la législation du travail et le nombre d'effectifs minimum nécessaire dans le service. Chaque fiche de tâches est validée par le supérieur hiérarchique puis par le directeur. Un classeur de fiches de tâches est mis à disposition dans chaque unité. Leur mise à jour est discutée, si besoin, en réunion de service en fonction de l'évolution des besoins des usagers.

La révision des fiches de tâches permet une réflexion des soignants sur leur rôle auprès de l'utilisateur afin de réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. La fiche de tâches conduit à une responsabilisation des soignants AS/ASHQ qui se reposent facilement sur l'expertise de l'IDE. La prise de tension avait par exemple glissé en revenant à l'IDE alors que les AS disposent de l'expertise nécessaire pour réaliser cet acte. Désormais, la prise de tension est inscrite dans la fiche de tâche de l'AS. Si la contrainte « horaires » ne peut être occultée, il s'agit de privilégier l'individualisation des prises en charge plutôt que de raisonner avec un travail à la chaîne. La transversalité des fiches de tâches met fin au cloisonnement entre unités, mais doit être portée par l'encadrement qui veille au respect des fiches de tâches et à la coordination au sein des unités. Le glissement de tâches doit faire l'objet d'un recadrage rapide. Le respect des fiches de tâches est évalué dans un premier temps mensuellement puis trimestriellement.

Un autre levier lié aux fiches de tâches est la fiche de référence. Ces fiches de références connaissent deux aspects : la référence liée à l'utilisateur et la référence liée à un thème. Ces fiches de référence participent à l'enrichissement des tâches des soignants. Si ces fiches partent d'une bonne intention, leur mise en œuvre crée un sentiment de frustration chez l'agent, en l'absence d'objectifs et de moyens définis préalablement. La référence d'unité revient à l'IDE mais le cadre d'exercice de cette référence n'est pas clairement établi, ce point sera abordé plus particulièrement dans la partie management. La référence d'utilisateur se comprend en termes d'unité, ainsi des soignants du SSR ont la référence d'un ou deux patients EVC/EPR chacun et des soignants d'EHPAD et d'EHPA ont la référence de deux ou trois résidents chacun dans leur unité d'affectation. Cette référence d'utilisateur favorise un suivi particulier du projet individualisé de l'utilisateur, ainsi qu'une personne ressource pour les familles et les intervenants extérieurs. Cette référence donne du sens au travail des soignants, dans la mesure où la personnalisation de l'accompagnement fait partie du métier. La référence thématique diversifie l'activité du soignant et le responsabilise plus particulièrement. Ces fiches concernent l'animation, la contention, l'encadrement, les escarres, la grille AGGIR, l'hygiène, la lingerie-blanchisserie, les produits d'entretien, la restauration, le suivi matériel, l'usage unique. Cependant, cette référence se résumait à l'inscription sur un tableau de service sans objectif prédéfini. La définition d'un nouveau modèle de fiche thématique avec la fixation d'objectifs a clarifié la répartition des rôles au sein des services, mais également de formaliser la participation à certaines instances, comme la commission menu pour le référent restauration. Ce nouveau modèle a également clarifié les attentes de l'encadrement envers le soignant inscrit dans une référence thématique.

3.3 Agir sur le développement des compétences : la GPMC

La démarche métiers-compétences constitue un outil pour promouvoir la QVT. Il s'agit d'un moyen de prévention de l'usure professionnelle (physique mais aussi psychique) des soignants en agissant sur leurs situations de travail et leurs parcours professionnels. Le questionnaire sur la mise en œuvre de cet outil par les ex HL bretons éclaire sur la pertinence de cet outil. La majorité des répondants ont mis en place une démarche GPMC (9 sur 11) et deux établissements l'ont mise en place dans le cadre de la prévention de l'usure professionnelle. Les outils classiques sont la cartographie des métiers, les tableaux de bord sociaux, les fiches de poste et le plan d'actions.

L'impact de la démarche GPMC sur l'encadrement, sur les agents et sur les usagers a été questionné. Pour l'encadrement, il a été souligné une meilleure anticipation des lignes directrices de la politique RH en termes de besoins de recrutement et de besoins en qualifications. Les fiches de poste et les fiches de tâches sont saluées comme bénéfiques à la communication sur l'organisation du travail. Le dialogue de gestion interne s'en trouve facilité avec des indicateurs communs et lisibles. L'entretien professionnel devient un levier puissant pour les besoins en formation. Pour les agents, il y a une meilleure lisibilité de leur positionnement dans l'institution et un temps d'échange privilégié avec le cadre les valorisant et permettant d'exprimer leurs besoins. Les attentes sont clarifiées pour une réponse commune aux besoins des patients et résidents. Pour les usagers, il y a une amélioration de la prise en charge avec une professionnalisation des agents face à l'évolution des profils des usagers.

Un écueil doit être évité dans la démarche GPMC. Le risque de la GPMC est de créer une « usine à gaz » qui n'a pas de caractère concret pour les soignants. Le plus souvent, la démarche GPMC est portée pour un groupe d'établissements : le directeur de CH interrogé a précisé que cette démarche s'inscrivait dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et le directeur d'EHPAD a précisé que cette démarche s'inscrivait dans le cadre du Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS). Le projet doit être porté en interne par les cadres de proximité, qui sont au plus proche des agents pour donner du sens au travail de chacun dans le cadre de la QVT. L'objectif est que l'ensemble du personnel s'approprie la démarche. Les axes principaux favorisant la QVT sont la valorisation des compétences disponibles, l'échange avec le cadre via l'entretien professionnel, la mobilité professionnelle.

3.3.1 Valoriser les compétences disponibles

Les compétences des agents doivent être valorisées, qu'il s'agisse des compétences « officielles » et des compétences « cachées ». La compétence comprend trois dimensions : le savoir, le savoir-faire, le savoir-être. Le savoir est appris, abstrait, hypothétique, il se comprend comme une connaissance théorique. Le savoir-faire est appris, contingent, finalisé, il se comprend comme une action face à une situation. Le savoir-être est inné ou acquis et contingent, il se comprend comme un trait de personnalité, une qualité professionnelle. Les compétences disponibles répondent à un état des lieux de l'organisation. Les compétences nécessaires permettent de définir la politique de formation de l'établissement. L'acquisition de nouvelles compétences des soignants correspond à l'évolution des publics accueillis. Les soignants de l'EHPAD/EHPA suivent des formations sur « l'accompagnement et la prise en charge des personnes en fin de vie », ainsi que la formation sur « la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés ». Egalement, les soignants de SSR suivent des formations sur l'accompagnement des personnes EVC/EPR. Les soignants disposent de compétences acquises lors de leurs formations initiale et continue, mais ils disposent également de compétences « cachées ». Ces dernières ont été acquises dans le cadre de leur vie privée à travers un hobby ou une passion. Un référentiel de ces compétences a été mis en place par l'équipe d'animation pour que les soignants s'investissent davantage sur les horaires dédiés à l'animation. Qu'il s'agisse de chant, de danse, de théâtre ou autre, les soignants sont ainsi invités à participer aux animations en lien avec les bénévoles.

Les compétences individuelles sont propres à l'agent et à son parcours professionnel tandis que les compétences collectives s'inscrivent dans un cadre organisationnel. Il faut raisonner avec la combinaison des ressources et non pas l'addition des ressources.¹⁵⁹ Deux leviers sont pertinents dans la valorisation des compétences avec l'enrichissement de tâches et l'élargissement de tâches. L'enrichissement de tâches est le même objectif participant à la même activité tandis que l'élargissement de tâches est le même niveau de difficulté ou relation de proximité. Les attributs de la compétence collective sont : le référentiel commun, le langage opératif partagé, la mémoire collective, l'engagement subjectif¹⁶⁰. La valorisation des compétences passe par une réflexion sur les tâches réalisées au-delà ou en deçà des compétences des soignants. La politique de formation doit servir l'accompagnement des soignants en difficulté, notamment suite à l'entretien professionnel souvent couplé avec l'entretien de formation. Les soignants sont parfois amenés à exercer des tâches dépassant leur poste, cette sur-compétence doit être valorisée avec les études promotionnelles et la mobilité professionnelle.

¹⁵⁹ LE BOTERF G., « Construire les compétences individuelles et collectives », Eyrolles, 2015

¹⁶⁰ DIETRICH A., « Management des compétences », Vuibert, 2015

3.3.2 Valoriser l'entretien professionnel comme temps d'échange privilégié

« Les notes et appréciations générales attribuées aux fonctionnaires et exprimant leur valeur professionnelle leur sont communiquées. »¹⁶¹. La notation a longtemps constitué le seul moyen d'évaluation des fonctionnaires et s'inscrit davantage dans une vision gestionnaire qu'une réelle reconnaissance de la valeur professionnelle de l'agent. La loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique¹⁶² met en place, à titre expérimental, l'entretien professionnel annuel. L'arrêté du 29 septembre 2010 présente le compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents de la fonction publique hospitalière¹⁶³. L'écueil principal de la grille d'évaluation est qu'elle soit aussi perçue comme un outil gestion éloigné des réalités du terrain. Une mauvaise articulation entre la grille d'évaluation et le référentiel de compétences rend difficile le travail d'évaluation du supérieur hiérarchique. Il y a la rationalité instrumentale de la grille d'évaluation et la rationalité contextualisée de l'agent en action¹⁶⁴.

Afin d'éviter cet écueil, il a été proposé de faciliter l'articulation entre le référentiel de compétences et la grille d'évaluation. Les soignants disposent d'un guide d'évaluation, correspondant à une grille d'auto-évaluation afin de préparer leur entretien avec le cadre de santé. Le cadre de santé a fait le choix d'évaluer les titulaires et les contractuels de l'établissement, afin de mieux connaître leurs attentes et de proposer des formations. La grille d'entretien est proche de la trame proposée par l'arrêté du 29 septembre 2010, tout en étant personnalisée au regard des compétences recherchées par l'établissement. Cependant, il n'existait pas de référentiel de compétences afin de guider les soignants et le cadre de santé dans le remplissage de la grille d'évaluation.

En lien avec la révision des fiches de poste, un référentiel de compétences a été mis en place avec une réflexion sur les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être attendus par l'organisation. La participation des soignants à cette réflexion leur a permis de mieux s'approprier les attendus de la grille d'évaluation. Le référentiel de compétences présente d'une part le niveau attendu et d'autre part le niveau atteint par l'agent. Chaque soignant est amené à remplir cette grille pendant l'auto-évaluation, puis d'en échanger avec le cadre de santé pour identifier les points forts et les points à améliorer. Il peut également suivre l'évolution de ses pratiques grâce à la forme graphique de l'outil.

¹⁶¹ Article 17 Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

¹⁶² Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

¹⁶³ Arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹⁶⁴ BERTEZENE S. et DUBRION B., « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique : Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public », Formation emploi [En ligne], 121 | janvier-mars 2013

Pour les savoirs : niveau 0 = novice, niveau 1 = généraliste, niveau 2 = maîtrisé, niveau 3 = expert. Pour les savoir-faire : niveau 0 = ne maîtrise pas, niveau 1 = débute, niveau 2 = sait faire, niveau 3 = capable de former. Pour les savoir-être : niveau 1 = en difficulté, niveau 2 = facilement, niveau 3 = spontanément. Cet outil graphique est appelé à évoluer en fonction de l'évolution des pratiques professionnelles. L'évaluation de l'appropriation de l'outil passe par son utilisation effective lors de la procédure d'évaluation des soignants et nécessite qu'il soit rempli tant par le cadre de santé que par le soignant.

3.3.3 Favoriser la mobilité professionnelle interne et externe

La mobilité professionnelle assure un renouveau dans la pratique professionnelle des soignants. La mobilité est catégorielle (verticale) lorsque l'agent évolue dans sa carrière professionnelle en changeant de grade, la mobilité est professionnelle (horizontale) lorsque l'agent change de service, la mobilité est géographique lorsque l'agent change d'établissement¹⁶⁵. Chaque forme de mobilité constitue un atout différent pour le soignant et pour l'organisation. La mobilité catégorielle inscrit l'agent dans une perspective de carrière et permet à l'organisation d'anticiper les besoins. La mobilité professionnelle prévient l'usure professionnelle de l'agent et renouvelle le personnel des services. La mobilité géographique est davantage liée à des raisons personnelles.

L'établissement promeut la mobilité professionnelle avec un changement de service ou d'unité des soignants tous les trois ans. En effet, la performance des agents dans un service augmente rapidement les premiers mois pour atteindre un palier stabilisé. Si l'agent est maintenu dans l'unité ou le service trop longtemps, l'usure professionnelle s'accélère. Le changement d'unité ou de service décroïsonne l'organisation, le référentiel d'appartenance se jouant au niveau de l'établissement. La stabilité du personnel est importante dans la prise en charge de l'usager, mais parfois il s'agit également de permettre une prise de recul de l'agent lorsqu'il se sent débordé dans sa relation avec l'usager et de découvrir de nouvelles pratiques professionnelles auprès d'autres collègues. L'établissement promeut également la mobilité catégorielle en favorisant les études promotionnelles. Ainsi, les soignants préparent le diplôme d'AS ou d'IDE pour évoluer professionnellement. Le CH X interrogé a présenté un outil spécifique, la commission mensuelle de mobilité. Elle concerne les changements d'affectation et les entrées/sorties. Cet outil est en lien avec l'évaluation de l'absentéisme potentiel et de l'absentéisme ponctuel. Au sein de cette commission, les cadres font le point avec la RH sur les besoins pour anticiper les recrutements et la liste des remplaçants. Le protocole de mobilité interne oblige à sortir de l'unité et il prévoit que les sorties se font de façon échelonnée pour ne pas perturber l'équipe.

¹⁶⁵ CHARLEUX F. et DEBIEUVRE P., "Bâtir une GPEC", ESF éditeur, 2012

3.4 Agir sur les relations de travail

3.4.1 Favoriser le management participatif

La communication est jugée difficile pour les soignants. Malgré une cohésion d'équipe affirmée, la gestion du quotidien rend difficile les échanges entre services, voire entre unités. Les soignants restent cloisonnés dans leur fonction et dans leur unité, ce qui rend difficile la transversalité entre les tâches et entraîne des pertes de temps avec une fatigabilité accrue. Le lien entre les soignants serait renforcé en intégrant le management participatif dans les pratiques organisationnelles. Le management participatif repose sur une dynamique d'équipe et d'écoute des agents, une vision prospective avec la fixation d'objectifs, un maintien de l'autonomie des agents avec une obligation de résultat fixée par l'encadrement, une solidarité¹⁶⁶. Les limites du management participatif sont d'ignorer les conflits et d'induire une uniformité des comportements¹⁶⁷.

La démarche participative repose sur différents outils : l'espace de discussion qui favorise l'expression de chacun autour de la prise en charge des usagers (sur le modèle de l'espace Balint pour les médecins), la démarche projet qui favorise la définition de valeurs communes, la formation professionnelle pour disposer de compétences homogènes, l'espace de parole qui apporte un soutien individuel aux soignants en cas de difficultés professionnelles¹⁶⁸. Les espaces de discussion sont favorisés avec des réunions de service régulières portées par l'encadrement, mais également des réunions plus informelles réunissant les soignants et portées par les IDE référentes. En effet, les IDE référentes sont un relais des soignants auprès de l'encadrement. Les réunions de service sont à fixer avec un ordre du jour préétabli et concerté avec les soignants. Ces réunions sont un moyen d'intégrer un management de projet au sein de l'établissement en assurant le suivi des actions proposées. Les réunions plus informelles peuvent s'intégrer aux transmissions en faisant le point sur les situations particulières dans un cadre pluridisciplinaire. L'affirmation du rôle d'animation d'équipe des IDE référentes participe à la mise en place d'un management participatif au sein des unités, notamment pour une réflexion sur la grille AGGIR en EHPAD. La mise en place de formation à l'animation d'équipe renforce la notion de référence au sein des unités. La coordination des références d'usagers et de référence thématique en sera facilitée. L'évaluation de la mise en place du management participatif repose sur la fréquence des réunions de service et sur la participation des soignants à cette démarche.

¹⁶⁶ MAURY S., « La GRH dans la fonction publique », La documentation française, 2014

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ CECCALDI J., « Pour un travail soigné dans une démarche participative », Lamarre, 2015

3.4.2 Le cadre de proximité comme promoteur des valeurs du service

L'encadrement de proximité fonctionne avec une gestion au fil de l'eau. Cela génère une instabilité organisationnelle et des incertitudes parmi les soignants contribuant à leur épuisement professionnel. L'objectif est de sortir de la gestion au fil de l'eau avec la mise en place d'un management de projet, compatible avec l'affirmation d'un management participatif. La mise en place d'un management de projet redonne du sens dans le travail des équipes avec la définition de valeurs communes et d'objectifs communs. Il passe par la définition de projet de service à intégrer dans la démarche de rédaction du futur projet d'établissement. Le projet de service passe par une démarche participative pilotée par le cadre de santé et constituée de groupes de travail pluridisciplinaires. Un comité de pilotage est constitué pour coordonner les travaux des différents groupes de travail. A chaque groupe de travail est attribué un volet du projet de service. Un rétro planning est défini dans chaque groupe avec des points d'étape communs pour suivre les avancées de chacun.

La première étape est d'établir un bilan de l'existant en analysant les forces et les faiblesses (interne) et les opportunités et les menaces (externe) de chaque service, aussi appelée méthode SWOT (Strengths/Weaknesses/Opportunities/Threats). Le groupe de travail s'interroge sur les moyens humains, matériels et logistiques alloués et sur l'atteinte des objectifs. Ce bilan identifie les axes d'amélioration pertinents à intégrer dans le projet de service. La deuxième étape est le recensement des besoins et des attentes des usagers du service. Les groupes de travail s'appuient sur le bilan précédent pour étudier l'évolution des besoins au regard des contraintes internes et externes à l'établissement. La troisième étape consiste dans la définition des missions et valeurs du service. Cette étape permet d'utiliser un langage commun, ainsi une réflexion inter-service est pertinente pour en dégager les missions et valeurs de l'établissement. Il y a deux possibilités : soit les groupes de travail partent du projet d'établissement pour définir les valeurs du service, soit ils partent du projet de service pour définir des valeurs communes à l'établissement. La seconde option semble la plus pertinente pour fédérer les équipes sur un projet commun. La quatrième étape est la définition de fiches actions. Chaque fiche action présente le constat initial, un plan d'actions décliné à court, moyen et/ou long terme, les moyens disponibles ou nécessaires, les échéances à respecter (rétro-planning) et des indicateurs de suivi lisibles par tous et mesurables. Ces fiches actions s'inscrivent dans les objectifs stratégiques et les objectifs opérationnels définis par l'encadrement. La définition d'un échéancier est essentielle pour sortir de la gestion au fil de l'eau et de rassurer les équipes avec une vision prospective sur le service.

Le management de projet implique l'ensemble des équipes dans une dynamique différente de la gestion quotidienne. La communication est facilitée, dans la mesure où des points réguliers sur l'avancée du projet sont fixés et permettent de recadrer les pratiques ou de revoir les objectifs en cas de difficultés. Le cadre prend alors la pleine mesure de son positionnement en renforçant les flux de communication interne à l'organisation. Si la culture orale est prégnante dans l'établissement, elle entraîne des dysfonctionnements, dès lors le renforcement de l'écrit est un levier de la communication interne. Cette mise à l'écrit se systématisse à travers les notes de service et les comptes rendus de réunions par voie d'affichage ou de messagerie. L'écueil est la prolifération des supports écrits, il faut ainsi être vigilant en accompagnant la diffusion de ces supports. Cette mise à l'écrit assure des règles stables et visibles pour l'ensemble des soignants. L'évaluation de la mise en place d'une culture écrite s'analyse à travers la diffusion des supports écrits et leur connaissance par les soignants.

Conclusion

La lassitude au travail des soignants est constatée tant au niveau national qu'au niveau du lieu de stage, ex-hôpital local, dont les spécificités jouent sur la culture professionnelle des soignants. La question de départ était : pourquoi les équipes soignantes ont cette lassitude au travail ? Les hypothèses de départ étaient : les variations de la charge de travail, le manque de lisibilité de l'organisation, l'écart entre le prescrit et le réel dans le contenu du travail, les difficultés à travailler ensemble, le manque de perspectives professionnelles. Ces hypothèses ont pour la plupart été confirmées, mais ont été infirmées pour le manque d'entraide des soignants et le manque de perspectives professionnelles.

Une étude plus approfondie a démontré que la charge physique est liée essentiellement à l'inadaptation des locaux et à l'architecture de l'établissement, mais le matériel est adapté et joue un rôle dans la prévention des TMS. En revanche, la charge psychique est liée à une sur-qualité des soignants, ceux-ci ayant des exigences supérieures à ce que l'organisation leur demande, créant un sentiment de frustration. Il s'agit d'un personnel motivé et compétent, mais ayant un risque de transfert important auprès des usagers. L'affectif a une forte place dans ce type de structure, souvent définie comme « à taille humaine ».

Les observations de l'organisation ont révélé une segmentation forte des tâches corrélée à un manque de transversalité entre les fonctions. Pour contrecarrer des tâches segmentées et cloisonnées, les soignants ont mis en place des stratégies de glissement afin de donner plus de sens à leur travail (horaires dédiés à l'animation par exemple). Cependant, cette stratégie n'a pas fonctionné et les glissements d'horaires et de tâches entraînent une désorganisation du travail. Malgré un certain cloisonnement entre unités, l'entraide entre soignants d'une même unité existe.

Le sentiment d'appartenance correspond à l'unité, ainsi le collectif soignant est soudé en SSR (petite unité) mais est fragmenté en EHPAD (divisé en quatre unités). Cette forte segmentation joue sur la résistance au changement des soignants. Si cette résistance est un phénomène normal, elle se complexifie dans la mesure où le changement tend vers une harmonisation des pratiques. Le levier principal d'harmonisation des pratiques utilisé par l'encadrement est la politique de formation. En effet, l'établissement valorise les compétences professionnelles des soignants à un double niveau : d'une part en leur donnant une marge d'autonomie importante et d'autre part en les accompagnant dans leur parcours professionnel avec des formations.

Si la politique de formation est saluée, la prépondérance du management délégué insécurise les soignants face aux dysfonctionnements de l'organisation. En effet, la fragmentation du collectif au niveau des unités favorise une gestion du quotidien au fil de l'eau et rend complexe la mise en place d'un management par projet, qui servirait de guide dans leurs pratiques professionnelles et fixerait un cadre plus lisible.

Suite à l'analyse de ces différents facteurs, la promotion de la qualité de vie au travail est nécessaire pour prévenir la démotivation des soignants. L'interrogation s'est donc portée sur comment organiser les soins pour assurer la qualité de vie au travail des soignants. Différents leviers ont été proposés : audit organisationnel, démarche métiers-compétences, refonte des fiches de poste et des fiches de tâches, intégration d'un nouveau mode de management à la fois participatif et orienté vers la définition de projet.

L'objectif poursuivi est d'avoir une organisation dynamique et évolutive, dans laquelle chaque soignant trouve sa place en coordination avec l'ensemble des équipes. La communication est le levier majeur pour garantir la qualité de vie au travail des soignants. Cette communication favorise la discussion sur les conditions de travail, sur l'organisation du travail, sur les difficultés rencontrées. C'est par ce levier que l'ensemble des outils précédemment mentionnés est porté. Ma conviction est que la qualité de vie au travail repose sur le relationnel, sur la capacité à écouter tout en fixant un cadre.

Sources et bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES (ordre chronologique décroissant)

Loi 2016-46 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Haute Autorité de Santé – Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : Manuel de certification des établissements de santé V2010 (janvier 2014)

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social - Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail

Arrêté du 29 septembre 2010 relatif au compte rendu annuel d'entretien professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique

Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Annexe IV à l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (1946)

OUVRAGES ET GUIDES (ordre alphabétique)

ANACT, « 10 questions sur le management du travail » (2015)

ANACT, « 10 questions sur la QVT dans les établissements de santé » (2015)

ANFH « Risques psychosociaux : identifier et comprendre » (2016)

ANFH, « Guide pratique : la gestion prévisionnelle des métiers et compétences » (2010)

ARDOUIN T., BONMATI J-M., JUILLET J-L., « Ressources humaines à l'hôpital : pilotage social et performance », Berger Levrault, 2009

ARON R., « Les étapes de la pensée sociologique », Gallimard, 1967

BATES B. et MCGRATH J., « Le petit livre des grandes théories du management et comment les mettre en pratique », ESF éditeur, 2014

BERNOUX P., « La sociologie des organisations », Seuil, 6e édition, 2009

CANOUI P. et MAURANGES A., « Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Elsevier Masson, 2015

CECCALDI J, «Pour un travail soigné dans une démarche participative», Lamarre, 2015

CHARLEUX F. et DEBIEUVRE P., «Bâtir une GPEC», ESF éditeur, 2012

CLOT Y. « Le travail à cœur », La Découverte, 2010

DEJOURS C. « Souffrance au travail », Chronique sociale, 2012

DIETRICH A., « Management des compétences », Vuibert, 2015

DIVAY S., « Soignantes dans un hôpital local, des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation », Presses de l'EHESP, 2013

LAHOUCHE-HUMBERT E., « Le choc générationnel, comment faire travailler ensemble 3 générations », Maxima, 2014

LE BOTERF G., « Construire les compétences individuelles et collectives », Eyrolles, 2015

LUCAS A. (collectif EHESP), « Le développement des ressources humaines », Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière volume 2, Presses de l'EHESP 1^{ère} et 2^{ème} éditions

MAURY S., « La GRH dans la fonction publique », La documentation française, 2014

MINTZBERG H., « Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre », Organisation, 2006

MINTZBERG H., « Structure et dynamique des organisations », Organisation, 2003

SAINSAULIEU R., « L'identité au travail », Presses Sciences Po, 2014

SARNIN P., « Psychologie du travail et des organisations », De Boeck, 2016

WORMS F., « Le moment du soin. À quoi tenons-nous ? » PUF, 2010

ARTICLES (ordre alphabétique)

BERTEZENE S. et DUBRION B., « « Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique : Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public », Formation emploi [En ligne], 121 | janvier-mars 2013

CALMES G. et PRUDONT S., « Le syndrome d'épuisement professionnel », Gestions hospitalière n°526, mai 2013 pp 266-267

CHERRIER B., « Bien-être au travail : un enjeu managérial » paru sur cadredeante.com le vendredi 25 octobre 2013

COLOMBAT P. et DAUCHY S., « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Santé RH n°74 juillet 2015 pp14-18

DE DIVONNE P. « Conduire le changement », La lettre du CEDIP, n°33, octobre 2005

ESTRYN-BEHAR M. « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux. Miroir grossissant des difficultés actuelles », Gestions Hospitalières n°429, 2003 p603-611

FERRANDIS G., « Mettre en œuvre une démarche GPMC, les étapes et les acteurs », Santé RH, n°50 mai 2013 pp 12-16

FREUDENBERGER HJ. "Staff burn out. Journal of Social Issues", 1974

GHADI V. et LIAROUTZOS O., « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé : le pari de la certification », Risques et qualité, 2015

KARASEK R.-A., « Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign », Administrative Science Quarterly, 1979

MASLACH C. "Burned out. Human Behavior." 1976

OLDS DM. and CLARKE SP., "The effect of work hours on adverse events and error in health care", Journal of Safety Research 2010

SAFY-GODINEAU F., « La souffrance au travail des soignants, une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », La nouvelle revue du travail, mars 2013

SIEGRIST J, "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions", 1996

VEISSIER P., « Agents de services hospitaliers, entre polyvalence et invisibilité », Soins gérontologie n°118 mars/avril 2016

RAPPORTS ET ENQUETES (ordre chronologique décroissant)

CNSA, Rapport sur la gestion du risque, axe Efficience en EHPAD (2015)

DGAFP « Rapport annuel sur l'état de la fonction publique » 2014

DRESS « Les conditions de travail dans les établissements de santé » édition Le panorama des établissements de santé 2014 (p 9-30)

Cour des comptes, « L'avenir des hôpitaux locaux », 2013

Rapport « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser », Michel GOLLAC, 2011, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

HAS « Actes de séminaire qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » 21 octobre 2010

DRESS « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », n°709, novembre 2009

«Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail» NASSE P. et LEGERON P., 2008, Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité

« Santé, satisfaction et abandon du métier de soignant », enquête PRESST NEXT, 2003

COURS ET THESE

Cours EHESP « Le dimensionnement des effectifs et l'organisation du temps de travail »

HOLCMAN R. ; L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, Thèse de doctorat en Sciences de gestion soutenue le 28 février 2006

SITES INTERNET

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

<http://social-sante.gouv.fr/>

<http://www.anfh.fr/>

<http://www.anact.fr/>

<http://www.has-sante.fr/portail/>

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction du personnel

Annexe 2 : Résultats du questionnaire de satisfaction du personnel

Annexe 3 : Questionnaire GPMC ex HL

Annexe 4 : Résultats du questionnaire GPMC ex HL

Annexe 5 : Guide d'entretiens externes

Annexe 6 : Guide d'entretiens internes

Annexe 7 : Caractéristiques sociologiques des agents interrogés

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction du personnel



QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DU PERSONNEL

La mesure de la satisfaction du personnel est un outil majeur de la qualité de vie au travail à laquelle s'engage l'établissement. A partir de vos réponses, un état des lieux sera présenté et sera la base d'une réflexion plus générale sur les conditions de travail au centre hospitalier.

Ce questionnaire est remis à l'ensemble du personnel. Il vous suffit de cocher la case correspondant à votre opinion.

Ce questionnaire est **anonyme**. Cependant, pour un meilleur traitement de vos réponses, il vous est demandé d'indiquer votre service :

- | | |
|---|--------------------------|
| Soins SSR | <input type="checkbox"/> |
| Soins EHPAD – EHPA et accueil de jour | <input type="checkbox"/> |
| Services administratifs, vie sociale et pharmacie | <input type="checkbox"/> |
| Services techniques et logistiques | <input type="checkbox"/> |

Une fois rempli, le questionnaire est à remettre avant le 5 février 2016:

- boîte aux lettres (entrée principale) pour les personnels de Grand Fougeray
- sur le bureau de l'accueil pour les personnels de Langon

SATISFACTION GLOBALE

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
Je suis satisfait de travailler dans cet établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS DE TRAVAIL

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
Je me sens en sécurité dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je travaille dans un établissement respectant les règles d'hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je travaille dans des locaux adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dispose d'un matériel adapté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai une charge de travail adaptée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que mon travail est pénible physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que mon travail est pénible psychologiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEMPS DE TRAVAIL

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
J'apprécie l'organisation du planning en roulement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis amené à modifier trop souvent mes horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que les horaires sont adaptés aux besoins des patients/résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je maintiens un équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
Je suis fier du métier que j'exerce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens bien au sein de mon équipe de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que mon responsable reconnaît mon investissement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai connaissance de la satisfaction des patients/résidents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai suffisamment d'autonomie pour travailler efficacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite m'investir dans les projets de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATION PROFESSIONNELLE

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
J'ai besoin d'actualiser mes connaissances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'exerce des tâches au-delà de mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'exerce des tâches en deçà de mes compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux facilement accéder au catalogue de formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait de l'organisation des formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je souhaite évoluer professionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANISATION DU TRAVAIL

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
Je trouve que le service est bien organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je connais ma fiche de poste/fiche de tâche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je connais la répartition des tâches au sein du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que les effectifs sont suffisants au sein du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je dois souvent m'adapter aux contraintes du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis régulièrement interrompu dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me réfère aux protocoles existants en cas de difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve la gestion des remplacements satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MANAGEMENT

	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
Je me sens écouté par la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens écouté par mon supérieur hiérarchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai des réponses claires et précises à mes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve un appui en cas de difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je trouve que les réunions sont efficaces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai connus les orientations de la politique de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'intégration du nouveau personnel est bien organisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 2 : Résultats du questionnaire de satisfaction du personnel

SATISFACTION					
Q1 : satisfaction globale	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	6	1		
EHPAD/EHPA	13	19		1	1
CONDITIONS DE TRAVAIL					
Q2 : sécurité établissement	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	4	1		
EHPAD/EHPA	8	25	1		
Q3 : hygiène établissement	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	5	1		
EHPAD/EHPA	7	23	4		
Q4 : adaptation des locaux	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	5	2		
EHPAD/EHPA	5	26	2	1	
Q5 : adaptation du matériel	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	5	1		
EHPAD/EHPA	2	25	6		1
Q6 : charge de travail	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		5	3		
EHPAD/EHPA	2	10	14	8	
Q7 : pénibilité physique	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		4	2	2	
EHPAD/EHPA	10	15	6	3	
Q8 : pénibilité psychique	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		6	2		
EHPAD/EHPA	9	17	5	3	
TEMPS DE TRAVAIL					
Q9 : roulement planning	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	4	1	1	1
EHPAD/EHPA	4	9	11	7	3
Q10 : modification horaires	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		2	4		2
EHPAD/EHPA	3	7	17	5	2
Q11 : horaires patient	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	6	1		
EHPAD/EHPA	5	13	9	7	
Q12 : horaires vie privée	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	3	2		
EHPAD/EHPA	4	19	6	5	
RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE					
Q13 : fierté	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	5	3			

EHPAD/EHPA	20	12	1	1	
Q14 : équipe de travail	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	5			
EHPAD/EHPA	17	13	1	1	2
Q15 : responsable	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	3	2	2	
EHPAD/EHPA	1	16	7	7	3
Q16 : usager	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	7			
EHPAD/EHPA	11	14	6		3
Q17 : autonomie	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	4	3	1		
EHPAD/EHPA	11	21	1		1
Q18 : investissement projet	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	6			
EHPAD/EHPA	3	23	4	1	3
FORMATION PROFESSIONNELLE					
Q19: actualisation	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	4	3			1
EHPAD/EHPA	11	20	1		2
Q20 : tâches > compétences	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	1	4		
EHPAD/EHPA	5	14	11	1	3
Q21 : tâches < compétences	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	1	2	2	1	2
EHPAD/EHPA	1	10	11	4	8
Q22 : accès formation	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	4	1	1	
EHPAD/EHPA	2	21	6	2	3
Q23 : qualité formation	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	3	1	1	
EHPAD/EHPA		19	6	1	8
Q24 : évolution	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	4	1	2		1
EHPAD/EHPA	8	16	4		6
Organisation du travail					
Q25 : organisation service	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		4	4		
EHPAD/EHPA	3	22	6	2	1
Q26 : fiche de poste	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	4	3	1		
EHPAD/EHPA	17	13	3		1
Q27 : répartition des tâches	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	3	2		
EHPAD/EHPA	14	18	1	1	

Q28 : effectif suffisant	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		1	7		
EHPAD/EHPA	2	1	17	14	
Q29 : contraintes	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	5	1		
EHPAD/EHPA	9	18	5	1	1
Q30 : travail saccadé	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	2	3	3		
EHPAD/EHPA	8	14	8	2	2
Q31 : protocoles	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR	3	5			
EHPAD/EHPA	4	21	4	1	4
Q32 : remplacement	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		2	3	3	
EHPAD/EHPA	1	7	9	15	2
MANAGEMENT					
Q33 : écoute direction	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		1	1	5	1
EHPAD/EHPA		7	12	12	3
Q34 : écoute supérieur	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		1	3	2	2
EHPAD/EHPA	2	11	10	10	1
Q35 : clarté réponses	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		2	4	2	
EHPAD/EHPA	1	8	14	8	3
Q36 : appui si difficulté	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		3	3	1	1
EHPAD/EHPA	2	10	11	8	3
Q37: efficacité réunion	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		1	4	3	
EHPAD/EHPA		8	9	13	4
Q38 : orientations établissement	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		3	2	3	
EHPAD/EHPA		15	6	8	5
Q39 : intégration personnel	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Total désaccord	Indifférent
SSR		3	1	3	1
EHPAD/EHPA	1	8	14	8	3

Annexe 3 : Questionnaire GPMC aux ex HL

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES EX HOPITAUX LOCAUX BRETONS

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de la rédaction du mémoire de fin de formation des élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de l'EHESP.

Ce mémoire porte sur le management des ressources humaines avec le développement de l'outil Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) au sein des ex-hôpitaux locaux. Le champ de l'étude est le territoire breton (22, 29, 35,56).

Vous pouvez me remettre le questionnaire rempli par retour de mail.
Les données seront ~~anonymisées~~ lors de la rédaction du mémoire.

Pour toute demande d'information, vous pouvez me contacter :

- A l'adresse mail suivante : direleve@hopgf.com
- Au numéro suivant : 02 99 08 30 30 (standard du centre hospitalier)

Je vous remercie par avance de votre participation.

Anne COUNY
Elève directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2015-2016

Q1 : Avez-vous intégré la GPMC dans les pratiques RH de votre établissement

- Oui (passez à la question 2) Non (passez à la question 3)

Q2 : Pour quelle(s) raison(s) avez-vous intégré la GPMC dans vos pratiques RH ?
(possibilité de cocher plusieurs cases)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Projet de restructuration interne
(regroupement ou création de services) | <input type="checkbox"/> Projet de restructuration externe
(mise en place fusion ou direction commune) |
| <input type="checkbox"/> Projet de modernisation technologique | <input type="checkbox"/> Anticipation d'une évolution d'activité |
| <input type="checkbox"/> Pyramide démographique problématique | <input type="checkbox"/> Bassin d'emploi avec difficulté recrutement |
| <input type="checkbox"/> Reclassement du personnel | <input type="checkbox"/> Promotion mobilité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Prévention usure professionnelle des agents | <input type="checkbox"/> Volonté institutionnelle |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | |

Q3 : Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas intégré la GPMC dans vos pratiques RH ?
(possibilité de cocher plusieurs cases)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non pertinent | <input type="checkbox"/> Chronophage |
| <input type="checkbox"/> Manque de personnel dédié en RH | <input type="checkbox"/> Manque d'accompagnement dans démarche |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : | |

Q4 : Quels outils liés à la GPMC sont intégrés dans vos pratiques RH ?

- Etablissement d'une cartographie des métiers
- Rédaction / mise à jour des fiches de poste
- Rédaction / mise à jour des référentiels de compétences
- Veille RH à l'aide de tableaux de bord sociaux (exemple : absentéisme, ~~turn~~ over)
- Plan d'actions de réduction des écarts ressources existantes / besoins futurs
- Autres (précisez) :

Q5 : Quel a été l'impact des outils liés à la GPMC dans vos pratiques RH sur :

- L'encadrement ?
- Les agents ?
- Les usagers ?

Q6 : données statistiques à des fins comparatives : indiquez le nombre d'ETP

Direction :

Cadre de santé :

Médecin :

Paramédical :

IDE :

AS / ASH :

Administration :

Vie sociale :

Hôtellerie/restauration :

Autres (précisez) :

Annexe 4 : Résultats du questionnaire GPMC aux ex HL

Q1 : intégration GPMC	TOTAL
OUI	9
NON	2
Q2 : raison GPMC	
Projet de restructuration interne	1
Projet de restructuration externe	1
Projet de modernisation technologique	1
Anticipation évolution activité	4
Pyramide démographique	3
Difficulté recrutement bassin d'emploi	4
Reclassement du personnel	2
Promotion mobilité professionnelle	2
Prévention usure professionnelle	2
Volonté institutionnelle	7
Autres	Anticipation qualification professionnelle Anticipation masse salariale indice prix Valorisation professionnelle Projet architectural
Q3 : raison non GPMC	
Non pertinent	1
Chronophage	1
Manque de personnel dédié en RH	1
Manque d'accompagnement démarche	0
Autres	
Q4 : outils GPMC	
Cartographie métiers	8
Fiches de postes	11
Référentiel de compétences	0
Tableaux de bord sociaux	9
Plan d'actions réduction des écarts	4
Autres	Suivi de l'usure professionnelle Audit outil TMS/RPS Pyramide des âges Entretien évaluation + entretien formation couplé
Q5 : impact GPMC	

Sur l'encadrement

Meilleure détermination des lignes directrices en termes de management
Formation à la GPMC / Lisibilité des actions et des priorités
Formation à l'entretien professionnel / Entretiens de formation mieux ciblés
Anticipation des besoins en recrutement et des besoins en qualification
Mise à jour fiches poste et fiches de tâches : réflexion sur l'organisation du travail
Augmentation des actions de communication descendante
Fiches de poste et fiches de tâches indispensable pour bonne organisation travail
Tableaux de bord comme outil du dialogue de gestion interne et externe pour suivi de la masse salariale
Collaboration service RH/cadre de santé sur l'absentéisme (anticipation des remplacements)
Accompagnement du changement + présent dans management
Partage vision prospective et stratégique en lien avec PE et projet reconstruction ETS
Fiches de poste écart entre attendu et réalisé pour les agents sur les connaissances nécessaires
Formation des encadrants afin d'avoir vocabulaire commun
Turn over des encadrants formation insuffisante pour évaluation
Fiche de poste impact dans besoins en recrutement
Fiche de poste aménagé impact sur management des cadres
Cartographie des métiers faible impact opérationnalité faisant défaut
Base de référence pour les activités par type de métiers

Sur les agents

Meilleure connaissance des attentes / Optimisation de la politique de formation
Entretien d'évaluation professionnelle annuelle
Meilleure visibilité pour les agents de leur positionnement et valorisation concrète de leur métier
Dispositif d'évaluation favorisant accompagnement, mobilité et formation des agents
Evaluation en lien direct avec fiches de poste (compétences/objectifs)
Bénéfice de l'entretien d'évaluation en termes de besoins de formation et d'évolution de carrière
Motivation agents dans la perspective diversification des compétences
Spécialisation nécessaire nouveaux besoins accompagnement usagers
Meilleure adaptation du plan de formation en fonction des besoins
Entretien d'évaluation comme temps privilégié d'échange avec les agents
Promouvoir engagement droits des patients et résidents
Remonter besoin en formation et promotion professionnelle
Fiche de poste cadre de référence et de dialogue dans cadre poste aménagé
Protocole mobilité interne prenant en compte usure professionnelle

Sur les usagers

Meilleure adaptation des qualifications aux besoins des usagers
Professionnalisation de l'équipe soignante du service médecine SSR
Impact qualitatif sur les prestations difficilement mesurable
Plus grande qualité de la PEC liées à des formations adaptées
Meilleure connaissances des compétences acquises pour mieux servir l'utilisateur
Devrait avoir impact dans le plan de formation mais plus réservé sur impact véritable auprès usagers

Annexe 5 : Guide d'entretiens externes

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN : identifier les outils RH impactant les organisations

INFORMATIONS RECHERCHEES

- Définition des notions et concepts des ressources humaines
- Regard sur les outils ressources humaines hors de l'établissement

ORGANISME	DATE	FORMAT	DUREE
ANFH	29/02	Prise de note	1h
ANACT	8/03	Prise de note	1h
ARS	25/03	Prise de note	1h
Directeur EHPAD	3/12	Téléphonique	45 min
DRH CHU	11/03	Prise de note	45 min
DRH CH	2/06	Téléphonique	45 min

TRAME DES ENTRETIENS EXTERNES

- Représentation de la gestion des ressources humaines
- Représentation de la qualité de vie au travail
- Représentation du management des compétences
- Représentation de l'usure professionnelle
- Axes prioritaires de la gestion des ressources humaines à l'hôpital
- Outils de modernisation des ressources humaines à l'hôpital

Annexe 6 : Guide d'entretiens internes

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN : identifier les causes et les conséquences de la lassitude exprimée par les soignants et identifier les leviers d'action pour améliorer la QVT

INFORMATIONS RECHERCHEES

- Parcours professionnel des agents au sein de l'établissement
- Rapports avec l'encadrement, l'équipe, les autres agents
- Regard sur l'organisation du travail (planning, activités, tâches)

PROFESSION	ENTRETIEN 1	FORMAT	ENTRETIEN 2	FORMAT
Cadre de santé	29/12	Prise de note	27/04	Enregistrement
FF cadre de santé	29/12	Prise de note	25/04	Enregistrement
IDE 1 EHPAD	x	x	9/05	Enregistrement
IDE 2 EHPAD	3/02	Prise de note	12/05	Enregistrement
IDE 1 SSR	x	x	6/05	Enregistrement
IDE 2 SSR	4/02	Prise de note	24/05	Enregistrement
AS 1 EHPAD	3/02	Prise de note	13/05	Enregistrement
AS 2 EHPAD	x	x	2/05	Enregistrement
AS 1 SSR	4/02	Prise de note	4/05	Enregistrement
AS 2 SSR	x	x	03/05	Enregistrement
AS EHPA	28/01	Prise de note	21/04	Enregistrement
ASH EHPA	28/01	Prise de note	22/04	Enregistrement
ASH 1 EHPAD	x	x	11/05	Enregistrement
ASH 2 EHPAD	x	x	10/05	Enregistrement

TRAME 1^{er} ENTRETIEN DANS CADRE MISSION FICHE DE POSTE (commune à tous) :

- Activités principales exercées
- Compétences mises en œuvre
- Connaissances mises en œuvre
- Relations professionnelles les + fréquentes
- Horaires de travail
- Pénibilité du travail
- Perspectives évolution professionnelle

TRAME 2^{ème} ENTRETIEN DANS CADRE MEMOIRE (les cadres):

Parcours professionnelle

- Caractéristiques sociologiques
- Choix et représentation initiale du métier
- Parcours professionnel avant l'entrée dans l'établissement
- Parcours professionnel au sein de l'établissement

Organisation du travail

- Représentation de l'organisation du travail actuel (planning, activités, tâches)
- Représentation de l'organisation du travail idéal (planning, activités, tâches)
- Leviers pour réduire les écarts

Management

- Epuisement du personnel
- Fidélisation du personnel
- Valeurs au sein du service

TRAME 2^{ème} ENTRETIEN DANS CADRE MEMOIRE (les soignants) :

Parcours professionnel

- Caractéristiques sociologiques
- Choix et représentation initiale du métier
- Parcours professionnel avant l'entrée dans l'établissement
- Parcours professionnel au sein de l'établissement

Organisation du travail

- Adaptation des activités
- Adaptation des tâches
- Représentation écart travail prescrit/travail réel

Charge de travail

- Charge physique
- Charge mentale
- Charge émotionnelle

Temps de travail

- Adaptation du planning
- Adaptation des horaires
- Rythme de travail semaine/week-end
- Gestion de l'absentéisme

Relations professionnelles

- Relations avec les usagers (satisfaction, évolution des PEC) + représentation
- Relations avec les collègues (esprit d'équipe, cohésion) + représentation
- Relations avec le cadre de proximité (reconnaissance) + représentation
- Relations avec les médecins (reconnaissance)
- Soutien organisationnel

Sens du travail

- Représentation satisfaction au travail (freins et leviers)
- Représentation motivation au travail (freins et leviers)

Annexe 7 : Caractéristiques sociologiques des agents interrogés en entretien

	Année naissance	Lieu naissance	Statut marital	Enfant	Statut	Lieu d'habitation	Arrivée dans l'établissement
CDS	1958	Evreux	Marié	0	Titulaire	Bruz	2014
FF CDS	1969	Clichy	Divorcé	3	Titulaire	Bain de Bretagne	2008
IDE 1 EHPAD	1968	Chinon	Marié	2	Titulaire	Pont Péan	2009
IDE 2 EHPAD	1968	Redon	Marié	2	Titulaire	Saint Just	2004
IDE 1 SSR	1982	Nantes	Marié	2	Titulaire	Guéméné	2008
IDE 2 SSR	1983	Châteaubriant	Marié	2	Titulaire	Petit Fougeray	2008
AS 1 EHPAD	1962	Grand Fougeray	Célibataire	1	Titulaire	Grand Fougeray	1983
AS 2 EHPAD	1979	Saint Nazaire	Marié	3	Titulaire	Derval	2014
AS 1 SSR	1975	Châteaubriant	Marié	3	Titulaire	Grand Fougeray	1998
AS 2 SSR	1965	Grand Fougeray	Célibataire	2	Titulaire	Grand Fougeray	1989
AS EHPA	1974	Argenteuil	Marié	3	Titulaire	Grand Fougeray	2010
ASHQ EHPA	1957	Grand Fougeray	Marié	0	Titulaire	Grand Fougeray	2006
ASHQ 1 EHPAD	1962	Rennes	Célibataire	0	Titulaire	Grand Fougeray	2012
ASHQ 2 EHPAD	1985	Pithiviers	Célibataire	0	Contractuel	Sainte Anne sur Vilaine	2016

COUNY	Anne	Décembre 2016
DESSMS		
Promotion 2015-2016		
Promouvoir la qualité de vie au travail des soignants par le prisme de l'organisation du travail		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p>Résumé :</p> <p>Différentes études nationales soulignent un épuisement professionnel des soignants, avec la hausse des troubles musculo-squelettiques et des risques psycho-sociaux.</p> <p>La promotion de la qualité de vie au travail est un enjeu important pour le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social pour prévenir cet épuisement.</p> <p>Partant d'un questionnaire de satisfaction auprès du personnel, l'étude de la qualité de vie au travail des soignants au sein du CH X en identifie les principaux freins et leviers organisationnels.</p> <p>Cette étude se fonde sur une analyse documentaire, des observations de terrain, des entretiens menés auprès des soignants des différents services.</p> <p>L'objectif est de concilier la qualité des soins avec la qualité de vie au travail, l'un et l'autre ayant une influence réciproque.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Qualité de vie au travail – Organisation du travail – Management – Charge de travail – Temps de travail – Reconnaissance – Burn out – Encadrement – Soignants</p>		
<p><i>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.</i></p>		