



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2021**

Date du Jury : **décembre 2021**

**La charge de travail et la charge en
soins : entendre, comprendre, agir.**

Christelle DEYMIE

Remerciements

A toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité et la richesse des échanges,

A Claudie GAUTIER, Directrice de la filière, pour la simplicité de nos échanges et la dynamique de la promotion instaurée,

A Jean-Claude VALLEE, référent de mon mémoire, pour son accompagnement structurant dans la méthodologie de ce travail,

A mes maîtres de stage Pascal GAILLOURDET et Véronique MONTES, qui m'ont transmis leurs expériences et leurs valeurs managériales en transparence et en confiance, pour me faire grandir

A ma tutrice de positionnement, Laetitia GOUBET-FAUQUEUR pour nos échanges précieux et son accompagnement tout au long de cette année,

Aux élèves de la promotion Edgar MORIN et plus particulièrement aux UNITED : Candice, Corinne, Sandra, Sandrine et Thierry,

A mes amies, Annick, Evelyne, Sandrine, Carole, Caroline qui savent que loin des yeux mais près du cœur,

A mes parents, pour avoir compris que j'étais en parenthèse et moins disponible,

Et surtout à Éric et Océane, pour leur patience, leur soutien et avoir su développer des compétences en organisation.

Sommaire

Introduction	1
1 Constats expérientiels.....	3
1.1 Situation d'un plan de retour à l'équilibre	3
1.2 La transformation des unités de médecine en unité dédiées COVID.....	4
2 Cadre théorique	7
2.1 Les représentations sociales et professionnelles	7
2.1.1 Définitions et contenus de la représentation sociale	7
2.1.2 Les représentations professionnelles.....	9
2.2 La charge de travail et la charge en soins.....	10
2.2.1 La charge de travail d'un point de vue ergonomique.....	10
2.2.2 La charge de travail d'un point de vue la sociologie.....	11
2.2.3 Les indicateurs de la charge en soins	12
2.3 Évaluer pour analyser, comprendre et agir	15
2.3.1 L'évaluation normative.....	16
2.3.2 La recherche évaluative	17
2.4 La performance organisationnelle	19
2.4.1 Définition de la performance organisationnelle	19
2.4.2 Outils de référence et tableaux de bord.....	21
3 L'enquête de terrain	22
3.1 Le choix de la méthode et le lieu de l'enquête	22
3.2 Les limites de l'enquête	23
3.3 Les résultats issus de l'analyse.....	23
3.3.1 En quoi les représentations et les enjeux de la charge de travail diffèrent suivant la proximité des acteurs avec le travail lui-même ?.....	24
3.3.2 En quoi le développement d'une méthode d'objectivation de la charge de travail permet d'établir un dialogue avec les professionnels de terrain ?	28
3.3.3 En quoi le management du DS, et de l'encadrement dans un contexte d'évaluation de la charge de travail favorise la recherche de performance des organisations soignantes ?	34

4	Préconisations.....	36
4.1	Évaluer la charge de travail : une décision stratégique de l'équipe de direction	36
4.2	Méthodologie de déploiement d'un indicateur de charge de travail et de charge en soins.....	40
4.2.1	Étape 1 - La maîtrise d'ouvrage.....	40
4.2.2	Étape 2 – Une formation robuste	40
4.2.3	Étape 3 - Organiser un dispositif de suivi et un retour d'information aux acteurs de terrain	41
4.3	Mise en place d'une fiche reflexe « <i>Diagnostic : Analyse de situation – Charge de travail</i> » à destination des CDS et CSS	41
4.4	Développer la convergence médico-soignante.....	43
4.5	Mise en place d'un comité de suivi des unités en diagnostic <i>Alerte</i>	45
	Conclusion.....	46
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAS	Activités Afférentes aux Soins
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP	Auxiliaire de Puériculture
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AS	Aide-Soignant-e
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CDS	Cadre de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CODIR	Comité de Direction
COPERMO	Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSS	Cadre Supérieur-e de Santé
CTE	Comité Technique de l'Établissement
DAF	Directeur des Affaires Financières
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPI	Dossier Patient Informatisé
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur-trice des Soins
DSI	Directeur du Système d'Information
ENC	Étude Nationale des Coûts
EROS	Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
GHM	Groupe Homogène de Malade
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier-ère.
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
MAPE	Mise A Plat des Effectifs
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PCME	Président de la Commission Médicale d'Établissement
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRN	Projet de Recherche en Nursing
PUF	Presses Universitaires de France
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAISEAU	Recueil d'Activité Infirmière des Services d'Accueil et d'Urgence
RCB	Rationalisation des Choix Budgétaires
RH	Ressources Humaines
RRAC	Récupération Rapide Après Chirurgie
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SSPI	Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR	Soins de Suite et Réadaptation

Introduction

L'hôpital est décrit sous tension. Les nombreuses réformes qui l'ont bouleversé, son financement, sa gouvernance ont eu des effets importants sur son organisation interne. Les contraintes économiques sont fortes, la population vieillie, les maladies chroniques se développent, les soins deviennent plus techniques, avec un accroissement du coût des traitements. Parmi les nombreux défis de l'hôpital public, la recherche de l'équilibre financier par l'efficacité des organisations soignantes est devenue un enjeu majeur pour le DS. Cela suppose l'exercice difficile d'améliorer la qualité des prises en charges, par l'analyse et l'optimisation des organisations, mettre en adéquation des objectifs de performance avec les ressources, pour que les professionnels puissent accomplir leurs missions. Pour cela, le benchmarking s'est développé, de nombreux indicateurs et tableaux de bord ont fait leur apparition pour un pilotage stratégique des établissements de santé et permettre une analyse précise et comptable de l'activité. Dans nos lectures, nous avons parcouru un ouvrage de 1994, intitulé « *Les tableaux de bord de gestion hospitalière* »¹ qui les présentaient déjà « ...comme des outils d'aide à la décision... Tout d'abord, s'ils sont fiables, ils permettent d'évacuer les biais perceptifs et une grande part de la subjectivité ... ». Une enquête de 2016 sur 50 tableaux de bords de pilotage issus du secteur sanitaire et du secteur médico-social démontre qu'aujourd'hui, le « trop » d'indicateurs conduit à une *infobésité* qui « nuit à la qualité décisionnelle et au potentiel d'anticipation de l'établissement. »² . Nous pensons que la charge de travail, oubliée de ces tableaux de bord, même si elle comporte une part de subjectivité, fait partie de l'équation pour le DS et qu'il convient d'en faire un objet d'analyse et de dialogue pour la résoudre :

$$\text{(Activité / Ressource = Efficience) / charge de travail (évaluation et régulation)} \\ = \text{Performance.}$$

Les professionnels de santé décrivent une modification et une intensification de leur travail, avec parfois l'impossibilité d'un travail de qualité. Cependant, la seule analyse des tableaux de bords et d'indicateurs, n'explique pas toujours cette perception. Se pose alors la question de l'évaluation de la charge de travail, et plus précisément dans le cadre de nos responsabilités futures en tant que Directrice des Soins, de la charge en soins.

¹ LETEUTRE H., VAYSSE M., 1994, *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Audit hôpital, Berger-Levrault, p10

² HERRIAU C., OLLIVER E., avril 2016, *Les tableaux de bord tendanciels projectifs : une présentation des tableaux de bord hospitaliers pour créer des espaces de discussion*, in Finances hospitalières, n°101, p12 -20

Nous avons choisi de présenter en **première partie**, 2 situations de travail qui nous ont conduit au choix de ce thème, et à l'émergence de notre question de départ :

En quoi l'évaluation de la charge de travail par le DS, peut favoriser l'adaptation et la performance des organisations des unités de soins ?

3 sous questions viennent guider notre travail de recherche :

- En quoi les représentations et les enjeux de la charge de travail diffèrent suivant la proximité des acteurs avec le travail lui-même ?
- En quoi le développement d'une méthode d'objectivation de la charge de travail permet d'établir un dialogue avec les professionnels de terrain ?
- En quoi le management du DS, et de l'encadrement dans une dynamique d'évaluation de la charge de travail, favorise la recherche de performance des organisations soignantes ?

Le cadre théorique, nous permettra d'explorer les concepts des représentations sociales et de la charge de travail afin de déterminer comment elle peut être perçue et intégrée. Nous poursuivrons par le développement du concept de l'évaluation, ses modalités et les objectifs de sa mise en œuvre ; pour terminer par la démarche de la performance organisationnelle.

La **deuxième partie** se compose de l'étude de terrain auprès d'acteurs stratégiques choisis (Infirmiers, CDS, CSS, DS et DRH). Nous décrirons brièvement la construction du guide d'entretien, l'échantillon sélectionné, et nous présenterons les résultats de l'analyse descriptive confrontée aux modèles théoriques choisis.

Enfin, dans une **troisième partie**, nous présenterons des propositions d'actions stratégiques et opérationnels à mettre en œuvre dans le cadre de notre future mission de Directrice des Soins.

1 Constats expérimentiels

1.1 Situation d'un plan de retour à l'équilibre

En 2016, l'établissement est sous COPERMO³ et s'inscrit pleinement dans une démarche de performance hospitalière avec un plan de retour à l'équilibre sur 4 ans. L'un des axes de travail s'intitule *Valoriser la recherche d'une plus grande efficacité des organisations soignantes et des fonctions supports*. L'objectif est de démontrer au COPERMO et plus généralement aux tutelles concernées, la capacité de l'établissement à se réinterroger sur ses pratiques organisationnelles et à les adapter au nouveau contexte, en décrivant les liens entre activités et ressources, en utilisant des comparaisons systématiques et benchmark sur toutes les bases de données existantes afin de standardiser des organisations.

Il est annoncé en directoire que les efforts doivent être partagés par l'ensemble de l'institution et qu'aucun pôle ne peut être exempté. Cette consigne est parfaitement intégrée par le corps des directeurs, mais soulève des inquiétudes quant à la réaction des chefs de pôle déjà sensibilisés sur le sujet par les effectifs cibles mis en place antérieurement.

Malgré l'urgence de la mise en œuvre, la Direction Générale exprime la volonté d'être dans une démarche participative. La méthode, présentée conjointement par la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines, est la mise en place de maquettes organisationnelles pour le volet soignant (projet MAPE⁴). L'objectif à terme est l'optimisation des ressources humaines. L'indicateur SIIPS⁵ qui est déployé depuis 2005 sur l'établissement, souffre d'une incapacité à être centralisé et analysé, et n'a pas permis de corrélérer charge en soins et activité, malgré la demande des professionnels et des organisations syndicales.

Une présentation du déploiement des maquettes organisationnelles est réalisée en CTE et rencontre une forte opposition des représentants des personnels, qui se traduit par divers mouvements sociaux, assemblées générales et tribunes dénonçant la suppression de postes à venir et la non prise en compte de la charge de travail.

Pour encadrer la mise en œuvre du projet MAPE, la Direction des Ressources Humaine et la Direction des Soins organisent une formation obligatoire à destination de l'ensemble des cadres supérieurs quant à l'utilisation et l'analyse de la base de Reims⁶, afin de promouvoir

³ Le COPERMO est remplacé depuis le 7 avril 2021 par le Conseil National de l'Investissement en santé

⁴ MAPE : Mise A Plat des Effectifs.

⁵ SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

⁶ Base de Reims : Depuis 2009, le CHU de Reims coordonne une étude de benchmarking interCHU/CHR qui vise à établir, sur la base de quelques indicateurs robustes et pragmatiques, des éléments de comparaison entre établissements sur les effectifs soignants et médicaux disponibles dans leurs services de soins et médico-techniques au regard de leur activité.

la culture et les usages du Benchmark. Au sein de chaque pôle, des groupes de travail avec l'encadrement de proximité se mettent en place, pour analyser chaque unité de soins sous le prisme des bases de données et réinterroger les organisations en place.

Un an plus tard, la réalisation des maquettes est hétérogène au sein des pôles, les échéances sont décalées dans le temps. Un important travail d'uniformisation dans la présentation des organisations de travail est réalisé, mais le nombre de postes rendus n'est pas à la hauteur des attentes de la Direction Générale et du COPERMO. La charge de travail des unités de soins, exprimée par les professionnels, les partenaires sociaux et certains cadres, vient compromettre l'effet de levier attendu par les bases de données comparatives inter-CHU.

1.2 La transformation des unités de médecine en unité dédiées COVID

Mars 2020, la France se confine et les premières unités d'hospitalisation conventionnelles dédiées COVID, connaissent une forte variation de l'activité tant au niveau du capacitaire que de la prise en soins.

Les cadres d'unités ont rapidement fait part d'un besoin de renfort en infirmiers et aides-soignants en lien avec la charge de travail. La base de notre réflexion au sein de l'établissement sur les effectifs des unités était robuste : les effectifs cibles sont en place depuis plusieurs années, et chaque unité de soins dispose de maquettes organisationnelles.

Prenant appui sur l'organisation d'une unité traditionnelle d'un service de maladie infectieuse et tropicale dont les patients nécessitent un isolement similaire, la Direction des Soins et la Direction des Ressources Humaines décident conjointement d'augmenter les ressources humaines des unités dédiées en jour et en nuit. La mise en œuvre est facilitée au départ par l'arrêt de toute activité programmée et le possible redéploiement des professionnels en fonction de leur profil de compétences. La référence de l'établissement concernant une unité conventionnelle (de médecine ou de chirurgie) est d'un binôme pour 12 patients. Les unités COVID sont, dans un premier temps, dotées d'un binôme pour 10 patients.

L'établissement habitué à s'entraîner et à répondre à des crises passagères, est confronté pour la première fois à une organisation de crise qui dure, générant de la fatigue, une désorganisation pérenne, des problèmes d'approvisionnement et un absentéisme important. Les cadres d'unités et les professionnels expriment que les effectifs des unités sont encore insuffisants par rapport à la charge de travail, information confirmée et relayée par les CSS. Les unités dédiées sont à nouveau renforcées à hauteur d'un binôme pour 8 patients, amenant le dispositif de redéploiement à son seuil limite. Malgré cela, la situation professionnelle et le climat social restent en tension, le renfort est toujours perçu comme insuffisant. La question

du ratio des unités dédiées COVID au sein de l'établissement et de son argumentaire, est posée en Direction Générale lors d'un CODIR.

Pour y répondre, nous devons évaluer la charge de travail de ces unités mais l'établissement ne collige plus les SIIPS depuis 3 ans, au profit d'une autre méthodologie (recueil automatisé issu du DPI) qui n'a pas pu voir le jour. Il n'y a pas suffisamment de recul sur la COVID 19 pour extraire des données d'activité PMSI, le profil des patients semble toujours être sur le modèle des patients du service des maladies infectieuses et tropicales, avec des hauts niveaux de sévérité.

Devant cette incapacité à utiliser des critères objectifs de la charge en soins et la perception d'un dimensionnement insuffisant des équipes, un benchmark est réalisé auprès de 13 établissements. Cet état des lieux démontre alors que le ratio à hauteur d'un binôme pour 7 ou 8 lits, fait consensus sur les établissements de santé, bien que sur 3 CHU interrogés, 2 sont positionnés avec un binôme pour 5 lits.

Les unités dédiées COVID de l'établissement sont alors considérées dans la norme par la Direction Générale, et un ajustement temporaire et exceptionnel est réalisé en fonction des situations aiguës rencontrées (comme la présence exceptionnelle de patients relevant de soins intensifs présents dans l'unité conventionnelle par manque de place en soins critiques).

Dans ces deux situations professionnelles, nous avons été confrontés à l'impossibilité d'évaluer la charge de travail et la charge en soins des professionnels, alors que la donnée nous semblait nécessaire pour affiner notre analyse et mettre en adéquation les organisations soignantes et l'activité. Bien que les missions aient été toutes les deux conduites à leur terme, la méthode n'a pas été satisfaisante et n'a pas permis d'éclairer de façon objective, les décisions prises pour les accompagner.

Nous allons à présent explorer notre cadre théorique, à visée compréhensive de notre enquête de terrain.

2 Cadre théorique

2.1 Les représentations sociales et professionnelles

2.1.1 Définitions et contenus de la représentation sociale

Représenter vient du latin « *repraesentatio* » qui signifie : rendre présent.

Dans Le Larousse, la représentation est l'« *Action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe : l'écriture est la représentation de la langue parlée par des signes graphiques.* ». Le Larousse précise qu'en Psychologie, c'est la « *Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.* ». Nous constatons que ces définitions se regroupent autour des notions de signes, symboles et perception.

La notion de représentation sociale est définie par de nombreux auteurs en sociologie. MOSCOVICI (1976) précise « *...si la réalité des représentations sociales est facile à saisir, le concept ne l'est pas* »⁷. Selon JODELET (2003), cette difficulté tiendrait à sa position mixte au carrefour du psychologique et du social, car elle agit comme un procédé aidant à la compréhension de nombreuses sciences humaines.

Prenons quatre définitions qui illustrent la richesse et la complexité de ce concept :

DURKEIM (1898) est le premier à évoquer cette notion sous l'appellation de « *représentations collectives* ». Pour ce sociologue « *les représentations collectives sont la marque et l'instrument de la pensée collective* »⁸. Il ne s'agit donc pas de la somme de représentations individuelles mais d'un ensemble « *organisé et spécifique* ».

C'est en 1961 que MOSCOVICI élabore véritablement le concept de représentation sociale en France. Dans son approche il donne la définition suivante : « *la représentation sociale est un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument de la perception des situations et d'élaboration des réponses.* »⁹

Pour JODELET (2003) le concept de représentation sociale désigne « *une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement il désigne une forme de pensée sociale.* »¹⁰

⁷ MOSCOVICI S., 1976, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 2^{ème} édition, p39

⁸ ABRIC J.C., 1988, *Coopération, compétition et représentation sociale*, Cousset, Del Val, p75

⁹ MOSCOVICI S., *op.cit.*

¹⁰ JODELET D., 2003, *Les représentations sociales*, Paris: PUF, p36

Selon ABRIC (1997), la représentation sociale est « *une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place.* »¹¹

Même s'il n'existe pas de réel consensus sur la nature des représentations sociales, la plupart des auteurs s'accordent à dire que la représentation est un univers de croyances, d'opinions, d'attitudes organisées autour d'une signification centrale.

A la suite de MOSCOVICI, de nombreux auteurs proposent d'analyser les contenus de la représentation sociale sous 3 aspects : l'information, le champ de représentation et l'attitude.

L'information renvoie à la source des connaissances de l'objet. La quantité et la qualité des connaissances sont plus ou moins importantes et stéréotypées, leurs structurations sont plus ou moins logiques et organisées. Il est possible de comparer la quantité d'information pour un objet précis entre deux populations en mesurant les niveaux de connaissance. Un objet social fait d'autant plus l'objet d'une représentation sociale, que l'information à son sujet est insuffisante, ce qui entraîne des incertitudes, des ambiguïtés favorisant un processus de reconstruction sociale de l'objet.

Le champ de représentation (l'ensemble d'informations, c'est à dire le contenu), est organisé en image. C'est dans ce cadre que l'on peut évoquer l'hypothèse de ABRIC concernant le noyau central. En effet « *l'organisation d'une représentation présente une modalité particulière, spécifique : non seulement les éléments de la représentation sont hiérarchisés, mais par ailleurs toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donnent à la représentation sa signification.* »¹²

Dans cette théorie, les éléments du noyau central sont qualifiés « *centraux* » parce qu'ils semblent organiser totalement la représentation et sont plus résistants au changement.

D'autres éléments sont dits « *périphériques* » parce qu'ils sont plus instables et moins prégnants dans la représentation. Cependant ils permettent à la représentation de « *s'ancrer dans la réalité du moment* »¹³ et protègent le noyau central, agissant comme « *un pare-chocs de voiture* » (Flament 1987). « *La transformation des éléments périphériques permet ainsi -au moins pendant un certain temps- aux éléments centraux de se maintenir.* »¹⁴

Ce processus flexible autorise l'intégration de nouveaux éléments dans la représentation, ce qui conduira à sa transformation et à son évolution.

¹¹ ABRIC J.C., 1997, *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 2^{ème} édition

¹² Ibid.

¹³ GUIMELLI Ch.1994, *Textes de base en sciences sociales - Structure et transformation des représentations sociales*, Ed Delachaux et Niestle, p79

¹⁴ Ibid. p79

L'attitude : elle situe l'objet de la représentation en négatif ou en positif et apparaît donc comme un mécanisme de contrôle dont le rôle est d'orienter le comportement à travers les stimulations du monde environnant. MOSCOVICI (1976) considère l'attitude comme une dimension plus primitive car « *l'on s'informe et ...l'on se représente quelque chose uniquement après avoir pris position et en fonction de la position prise.* »¹⁵

Le contenu d'une représentation est donc constitué d'éléments principalement cognitifs : c'est un ensemble d'informations organisées et structurées relatives à un objet qui vont permettre de donner un caractère signifiant. Pour MOSCOVICI la représentation est définie par un rapport entre figure et signification « *...entendant par là qu'elle fait correspondre à toute figure un sens et à tout sens une figure* »¹⁶.

2.1.2 Les représentations professionnelles.

L'individu navigue dans des groupes tout au long de sa vie qui vont lui permettre de construire des connaissances, de comprendre et de s'approprier le monde qui l'entoure. Ce sont des connaissances dites naïves, ou de sens commun car leur élaboration n'est pas issue d'une démarche scientifique, mais d'une représentation collectivement produite.

Néanmoins, dans un groupe professionnel, les représentations sociales dépassent le sens commun par la proximité avec l'objet, les enjeux identitaires et la dimension pratique et pragmatique.

En 1997, une équipe de chercheurs¹⁷ du Centre de Recherches en Éducation, Formation et Insertion de Toulouse, analyse les processus de professionnalisation des acteurs et des organisations. Le Professeur BATAILLE étudie plus spécifiquement les processus de représentations, d'engagement et d'implication professionnelle. Cette équipe fait émerger des représentations sociales spécifiques aux groupes professionnels qu'elle nommera Représentations Professionnelles : « *Ni savoir scientifique, ni savoir de sens commun, elles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelle, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ.* »¹⁸

¹⁵ MOSCOVICI S., Op.cit. p72.

¹⁶ MOSCOVICI S., Op.cit. p63.

¹⁷ REPERE : Représentations et Engagements Professionnels, leurs Évolutions : Recherche et Expertise. Groupe de chercheurs qui travaille sur les représentations sociales, les représentations professionnelles, l'implication professionnelle et plus largement, les pensées sociales et les pensées professionnelles.

¹⁸ BATAILLE M. et al.,1997, *Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles*, in L'année de la recherche en sciences de l'éducation, Paris PUF

Ainsi, le contexte professionnel permet aux groupes d'avoir une représentation commune mais elle sera intégrée différemment suivant leur position dans l'organisation qui pourra induire des divergences d'opinion et d'attitude.

Ce phénomène est en partie expliqué par MIAS (1998), qui évoque les variabilités de l'implication professionnelle comme étant la capacité d'être, de s'exprimer et d'agir selon 3 dimensions : le Sens, les Repères et le Sentiment de Contrôle¹⁹.

- Le Sens correspond à la signification attribuée aux actions et aux objectifs à atteindre.
- Les Repères font référence à l'identité et au contexte de travail et illustrent le système de représentations professionnelles
- Le sentiment de Contrôle renvoie à la liberté d'agir d'un individu ainsi qu'à sa place dans l'organisation et au sein de la profession à laquelle il appartient.

Le vécu et le ressenti de ces 3 dimensions modifient ainsi l'implication professionnelle et les attitudes des acteurs dans un même contexte de travail.

2.2 La charge de travail et la charge en soins

Dans le Larousse, le travail est l' « *Activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose* » mais également, une « *Activité professionnelle régulière et rémunérée* ». La charge est un « *Fardeau, poids, porté ou transporté par un animal, quelqu'un, un véhicule* » mais également « *Ce qui pèse sur quelqu'un, un groupe, qui entraîne des responsabilités.* »

En 1974, MONOD et LILLE définissent la charge de travail comme « *le retentissement sur l'organisme du poids que l'homme porte sur ses épaules - au propre et au figuré - à l'occasion du travail* »²⁰.

Aujourd'hui, la charge de travail est un concept polysémique et complexe. Il intéresse de nombreuses disciplines qui l'abordent sous différentes dimensions que l'on peut considérer complémentaires.

2.2.1 La charge de travail d'un point de vue ergonomique

Des nombreux travaux et recherches ont été effectuées de 1960 à 1980 sur la charge de travail et son évaluation. En ergonomie il existe une différence entre le travail prescrit (appelé aussi la tâche), et le travail réel ou l'activité.

¹⁹ MIAS C., 2013, *Implication professionnelle*. In : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve, p161-164

²⁰ MONOD H., LILLE F. et al, 1976, *L'évaluation de la charge de travail*, *Arch.Mal.Prof.*,37, 1-96

Pour LEPLAT et HOC²¹ (1983), le travail prescrit est la tâche à réaliser constituée par des procédures (normes, consignes, fiche technique, protocoles...), des objectifs (de qualité ou de performance), des moyens matériels à dispositions et des conditions sociales de réalisation. Ils précisent que l'analyse de la tâche doit servir de préalable à l'analyse de l'activité car il serait facile de commettre des erreurs d'interprétation, sans connaître la ou les tâches « ...il est bien difficile de caractériser l'activité d'un joueur, si l'on ignore les règles du jeu auquel il est occupé. »²²

Par comparaison dans une unité de soins, prendre en compte 20 administrations par perfusion est différent si l'on considère qu'il s'agit de chimiothérapies avec des protocoles drastiques de soins et de traçabilité, ou de simples perfusions de réhydratation. « *La charge de travail est donc une conséquence de l'activité – une astreinte – entraînée par l'exécution de la tâche et des contraintes générées par celle-ci* ». ²³

Le travail réel ou l'activité est le comportement de la personne en situation de travail qui se fixe un but en fonction de la tâche à réaliser. LEPLAT et HOC (1983) distinguent 2 types d'activités : l'activité d'exécution (mise en œuvre de mécanismes acquis), et l'activité d'élaboration (apprentissage, résolution de problème)²⁴. Le travail réel représente donc les actions et les stratégies déployées pour réaliser l'activité demandée. C'est une recherche permanente d'équilibre entre la prescription et les contraintes environnantes (matérielles, techniques, organisationnelles, humaines...).

Pour LAVILLE (1972), le concept d'activité se définit comme un « *ensemble de régulations mises en place en réponse à la variabilité de la situation réelle confronté à la variabilité de l'individu* ». ²⁵

Dans cette perspective, plus un professionnel est expérimenté dans un contexte de travail et de ressources adaptées, plus l'activité d'exécution et l'activité d'élaboration sera aisée.

2.2.2 La charge de travail d'un point de vue la sociologie

Plus récemment, la sociologie a étudié la charge de travail par l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, mais aussi par les organisations du travail et le vécu des salariés, et les notions de productivité et d'efforts. En sociologie, le cadre organisationnel pose le contexte de réalisation d'une activité, souvent dans un collectif de travail en entreprise ou au sein d'une équipe. Pour chaque individu, le travail peut être vécu comme enrichissant et positif,

²¹ LEPLAT J., HOC JM., 1983, *Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations*, Les cahiers de la psychologie cognitive, 3, 1, p49-63

²² Ibid.

²³ LEPLAT J., 1977, *Les facteurs déterminant la charge de travail – Rapport introductif*, Le travail humain, tome 40, n°2, p195

²⁴ Ibid.

²⁵ EFROS D., LEMAITRE C.N., BELLIES L., juin 2015, *Analyser l'activité pour comprendre le travail*, Assises du CEPERC, p5. hal-01291595

pour d'autres il peut être une souffrance quotidienne ou dénué de sens. Nous parlons alors de la satisfaction ou de la non-satisfaction au travail qui aura pour conséquence une perception positive ou négative de la charge de travail selon 3 représentations de l'individu :

- L'homo faber : le travail procure satisfaction car il fait sens et répond aux valeurs personnelles,
- L'homo oeconomicus : le travail est nécessaire car il permet le salaire et des avantages matériels. Le niveau de satisfaction dépendra du niveau de rétribution,
- L'homo sociologicus : la satisfaction est en lien avec les qualités relationnelles développées au travail et la reconnaissance qu'il obtient.

La charge de travail est alors définie comme « *comme un rapport social entre une situation de travail et des individus* »²⁶, c'est-à-dire qu'il existe un lien entre l'organisation, la situation de travail et les caractéristiques propres à l'individu qu'elles soient physiologiques, psychiques, ou sociales. Ainsi, un professionnel (qui est un acteur social), peut percevoir et vivre la charge de travail d'une même situation, différemment d'un autre professionnel.

2.2.3 Les indicateurs de la charge en soins

La charge en soins est une des composantes de la charge de travail d'une unité de soins. Les évolutions de prise en charge, les nouvelles techniques, les nouveaux parcours patients ont modifié de façon significative les activités de soins et les organisations soignantes. Hors secteurs des urgences et outils spécifiques à la personne âgée²⁷, 3 indicateurs sont présents sur le territoire : les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée), le PRN (Projet de Recherche en Nursing) et le PENDISCAN.

A) Les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée)

Cet indicateur de charge en soins a été conçu en 1982 par Marie-Claude BEAUGHON²⁸, Infirmière Générale à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans l'objectif de faire reconnaître l'importance de la pratique infirmière par opposition au pouvoir médical au sein de l'institution hospitalière, et permettre d'organiser l'activité de soins en lien avec cette pratique.

Les SIIPS bénéficient d'une validation scientifique depuis 1992, d'un club des utilisateurs depuis 1994 et la marque SIIPS a été déposée en 1997.

²⁶ DURAND JP., 2004, *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Ed. Du Seuil.

²⁷ Autres indicateurs : **RAISEAU** : Recueil d'Activité Infirmière des Services d'Accueil et d'Urgence ; **SEGUR** : charge en soins aux urgences ; **AGGIR** : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources- grille de dépendance au service de l'APA

²⁸ Marie-Claude BEAUGHON, infirmière puéricultrice, puis cadre infirmier et infirmière générale, titulaire d'une maîtrise de gestion hospitalière, est l'initiateur de la méthode S.I.I.P.S. et a animé le club des utilisateurs de la méthode S.I.I.P.S. dès 1994, aujourd'hui remplacée par Marie-Christine WEIDER, Cadre Supérieure de Santé.

La méthode SIIPS détermine un indicateur sur la base d'une appréciation globale et synthétique des soins à partir de la demande en soins pour chaque patient sur 24h. Trois groupes sont renseignés par les infirmiers et aides-soignants, et reprennent l'activité nécessaires pour les soins directs au lit du patient : les soins de bases, les soins techniques, et les soins relationnels et éducatifs. Chaque groupe possède un coefficient (1, 4, 10, 20 pour le MCO, et jusqu'à 45 et 70 pour les unités de réanimation et SSPI²⁹) attribué selon l'intensité des soins, qui sera multiplié par la durée du séjour.

Il est nécessaire au préalable d'avoir un dossier patient informatisé qui permet la requête des SIIPS. Le point SIIPS a une valeur de 8,33mn ou 8mn et 20 secondes. La formule appliquée est difficilement abordable par les équipes soignantes et les cadres d'unité, ce qui nécessite un traitement des données centralisé pour faciliter l'analyse.

Pour obtenir la charge de travail des soignants, les SIIPS doivent être associés au relevé des Activités Afférentes aux Soins (AAS), permettant de calculer les postes et les compétences utiles par unité de soins.

B) Le PRN (Projet de Recherche en Nursing)

Cette méthode est issue d'une recherche en 1969, menée au Centre Hospitalier Sainte Justine à Montréal en pédiatrie et gynéco-obstétrique par Monique CHAGNON, Directrice adjointe des soins infirmiers. Le projet a ensuite été développé par EROS (Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé) et étendu progressivement aux secteurs de médecine, chirurgie, soins intensifs, psychiatrie, gériatrie et réadaptation. Diffusé tout d'abord au Canada, il arrive en France en 1987. Il est réactualisé régulièrement et bénéficie d'un logiciel (**PRN**VISUEL 6.0) soumis à licence.

Le PRN a pour objectif de planifier le personnel nécessaire en fonction de l'évaluation des soins requis (directs ou indirects), ainsi que les autres activités utiles à la prise en charge du patient. Il s'agit donc d'une mesure de la charge de travail valorisée sous forme de points, pour 24h.

Tout d'abord, les soins directs et indirects sont regroupés en 8 rubriques selon les besoins fondamentaux de Virginia HENDERSON : Respiration, Alimentation, Élimination, Hygiène, Mobilisation, Communication, Traitements et Méthodes diagnostiques. Chacune de ces rubriques est divisée en sous rubriques permettant de déterminer les actes de soins, qui sont au nombre de 400 aujourd'hui.

Ces derniers sont scorés par un certain nombre de points d'indices (1 point = 5 mn), qui ont été déterminés au préalable par des études scientifiques et des consensus d'experts internationaux. Ils peuvent être modulés en fonction de la fréquence de l'acte, de sa pénibilité et de l'autonomie du patient.

²⁹ SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

Ensuite, les temps de communication (relève, appels des familles.), d'activités administratives, d'entretien et de déplacements hors unité de soins, sont ajoutés.

Cet indicateur est réputé pour être exhaustif, mais complexe et chronophage pour une utilisation quotidienne. De plus, la limite de pointage de certains actes peut donner l'impression que le travail est sous-estimé et ne reflète pas la réalité.

C) Le PENDISCAN

Cette méthode a été créée au début des années 90 par Mme CONTENCIN, Infirmière générale, Mr ESCAFFRE et Mme GUILLOU, professeurs de Gestion à l'École Nationale de Santé Publique. A l'origine, des soignants et gestionnaires de structures sanitaires souhaitaient disposer d'un outil simple et rapide fondé sur l'état des patients, pour avoir une aide aux décisions stratégiques, et notamment grâce à la mesure des variations de la charge de travail³⁰. Les prérequis étaient d'avoir un minimum de collecte de données à réaliser, tout en donnant le maximum d'information sur l'état de dépendance des patients et les conséquences sur les charges de travail en soins directs. Le PENDISCAN permet d'analyser la dépendance des patients dans les unités de soins selon 3 axes, faisant chacun l'objet d'une fiche à remplir par les soignants :

- La dépendance vis-à-vis des activités de la vie courante (4 niveaux de lourdeur croissante)
- La dépendance vis-à-vis des activités de soins techniques (5 niveaux de lourdeur croissante)
- La dépendance vis-à-vis des soins relationnels et éducatifs (6 niveaux de lourdeur).

Les fiches sont remplies 1 fois par semaine et l'état de dépendance est évalué sur les dernières 24h de présence du patient. Il s'agit donc d'obtenir une évaluation de la charge de travail par un degré de dépendance en termes de besoin d'aide, d'intervention et de soins. Le PENDISCAN possède un club des utilisateurs et un logiciel de saisie PENDISC@N.

Nous voyons par l'élaboration de ces 3 outils, qu'il existe un intérêt certain à l'analyse spécifique de l'activité soignante. En 2017, l'ATIH³¹ (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) a organisé un groupe de réflexion « *dont l'objectif est de proposer une mesure de la charge en soins qui permettrait une ventilation plus pertinente des charges de personnel soignant sur les séjours MCO* »³². Ce groupe de travail a proposé d'introduire

³⁰ <http://www.secodif.com/logiciels/pendiscan/>

³¹ Établissement public de l'État à caractère administratif fondée en 2000, dont une des missions est la collecte et analyse des données des établissements de santé

³² <https://www.atih.sante.fr/mesure-de-la-charge-en-soins-enc-mco>

dans la méthodologie de l'ENC MCO³³, la mesure de la charge en soins par les SIIPS. L'intérêt se fonde sur le fait que l'ENC est une méthodologie standardisée à l'ensemble des établissements volontaires qui base la répartition des charges de personnel d'un service au prorata de la durée de séjour, ne tenant « *pas compte d'éventuelles différences de charge en soins entre patients selon sa pathologie, son âge, ses complications, donc son GHM ou GHS. Elle ne prend pas en compte non plus l'évolution tout au long du séjour de cette même charge en soins* »³⁴. Les premiers résultats démontrent que la seule prise en compte de la durée de séjour risque de lisser la clef de répartition des dépenses de personnels, et qu'une étude plus approfondie permettrait de modéliser le travail soignant « *qui pourrait conduire à des choix éclairés sur les unités d'œuvre à utiliser.* »³⁵. Ce groupe de travail poursuit actuellement son étude.

Après avoir présenté le concept de la charge de travail et présenté quelques indicateurs de la charge en soins, nous allons aborder le concept de l'évaluation.

2.3 Évaluer pour analyser, comprendre et agir

Étymologiquement, évaluer signifie extraire de la valeur. L'évaluation est une activité ancienne dans nos sociétés et présente dans le processus de l'apprentissage dont l'approche est plurielle. Elle peut se traduire en mesure quantitative, en appréciation qualitative mais également en analyse (par exemple lorsque nous interprétons une évaluation).

Le service public a porté son intérêt sur l'évaluation en 1946, avec la création du Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics³⁶. L'objectif de ce comité était de proposer des mesures afin de réduire les coûts tout en améliorant la qualité et le rendement des établissements ou services. En 1970, la Rationalisation des Choix Budgétaires (RCB) fait son apparition, basée sur un modèle américain (Planning Programming Budget System) en cours d'abandon. Elle vise à planifier les budgets et évaluer l'efficacité de différents programmes publics en s'inscrivant dans un processus de modernisation. Elle perd peu à peu son influence sur les décisions budgétaires et est

³³ ENC MCO : Études Nationales de Coûts à méthodologie commune (ENC) menées par l'ATIH sur un panel d'établissements de santé publics et privés afin de calculer les coûts de prise en charge de l'hospitalisation par séjour ou par séquence de soins. Ces études concernent le champ sanitaire en médecine chirurgie, obstétrique (MCO) depuis 2006, soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisation à domicile (HAD) depuis 2009.

³⁴ MOISDON J., 2015, *La prise en compte des ressources humaines dans l'Étude Nationale de Coûts*, Journal de gestion et d'économie médicales, n°33, p97-100

³⁵ Ibid.

³⁶ SEBAI J., 2015, *L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?*, in Revue santé publique, Vol 23, p395

abandonnée en 1984, jetant de discrédit sur l'efficacité de l'évaluation. Il faudra attendre en 2001, le vote de la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) mise en œuvre en 2006, pour voir réapparaître l'évaluation du service public qui passe d'une logique de moyens à une logique de résultats. Dès lors, l'évaluation portera sur l'efficacité (transparence des objectifs fixés et résultats) et l'efficience (qualité du service rendu et moyens mobilisés).

Dans le monde hospitalier d'aujourd'hui, l'évaluation est connue sous différentes dimensions et fait partie du quotidien : entretien annuel d'évaluation des professionnels, audits, certification et évaluation de la qualité des soins par suivis d'indicateurs (exemple les IQSS³⁷), évaluation des pratiques professionnelles, évaluation de la satisfaction patient, évaluation de la charge en soins...

Nous avons choisi d'explorer 2 types d'évaluation : l'évaluation normative, au regard des nombreuses normes et référentiels présents dans le champ sanitaire, mais également la recherche évaluative, en lien avec les nouvelles techniques médicales et les évolutions de prises en charge.

2.3.1 L'évaluation normative

Il s'agit ici de comparer une activité avec l'organisation en place, les ressources mises en œuvre et les résultats obtenus, en lien avec des critères et des normes. Ces derniers sont considérés comme « *des abrégés du vrai et des abrégés du bien*³⁸ », issus de recherches ou d'expertises dans le domaine, notamment par des sociétés savantes. L'évaluation normative part du principe que plus les critères et normes sont respectés, plus l'activité ou l'action est efficace et efficiente. C'est une méthode que l'on retrouve fréquemment dans les fonctions de contrôle et de suivi ou les démarches qualité, et qui observe plusieurs axes :

L'analyse de la structure : quelles ressources sont employées (métiers et nombre), avec quelles compétences et quelle organisation en place ?

L'appréciation du processus : adéquation du service avec les résultats attendus

Quel est l'équipement technique et répond-il aux besoins ?

Quelles relations avec l'utilisateur (satisfactions patients) ?

Quelle organisation pour répondre à la continuité des soins ? Quelle accessibilité ?

³⁷ IQSS : Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont des outils qui mesurent l'état de santé d'un patient, une pratique professionnelle ou la survenue d'un événement à investiguer, afin d'évaluer de manière fiable la qualité des soins et la sécurité des patients.

³⁸ RIVELINE C., juillet/septembre 1991, *Un point de vue d'ingénieur sur la gestion des organisations*, in Revue Française d'Administration publique, n° 59, p51

L'appréciation des résultats : comparaison entre l'attendu et le réel sur l'ensemble des critères qui peut aussi se traduire en niveau de conformité.

2.3.2 La recherche évaluative³⁹

C'est une démarche a posteriori, qui permet par des méthodes scientifiques, d'analyser la pertinence et la productivité d'une activité, les relations existantes entre les acteurs et le contexte dans lequel elle se situe, dans l'objectif d'aider à la prise de décision. Cette méthode nécessite souvent plusieurs stratégies de recherches et se place du point de vue des différents acteurs concernés par l'activité. Elle peut se traduire par :

Une analyse stratégique pour apprécier la pertinence de l'activité : répond-elle à un besoin réel des patients ? Est-elle une priorité par rapport à d'autres besoins ? Les ressources sont-elles adéquates vis-à-vis des compétences (ressources humaines) ou du service exigé (plateau technique) ?

Une analyse d'intervention pour vérifier la relation entre objectifs et moyens : les ressources engagées vont-elles permettre l'atteinte des résultats attendus ? Quelle est l'organisation de l'activité ? Mais également, quelle fiabilité et validité du modèle théorique de référence et des outils de mesures ?

Une analyse de productivité pour mesurer par exemple, le nombre de patients pris en charge ou le nombre d'actes, et s'interroger sur la capacité à réaliser davantage d'actes ou de séjours avec les mêmes ressources, ou le même nombre d'actes et de séjours avec moins de ressources.

Une analyse des effets pour évaluer l'efficacité de l'activité sur l'amélioration (importante, moyenne ou faible) de l'état de santé des patients. Les patients récupèrent-ils une autonomie plus rapidement (effet de la RRAC⁴⁰ par exemple) ? Existe-t-il des effets non souhaités ? Cette analyse à court terme, est nécessaire aussi à long terme quand cela est possible. Elle est couramment utilisée dans les études de recherches cliniques.

Une analyse du rendement, qui combine l'analyse de la productivité avec l'analyse des effets. Il s'agit principalement d'une étude de coûts/efficacité ou couts/utilité des activités.

Une analyse de l'implantation pour vérifier les effets environnementaux sur l'activité. Quelle interdépendance entre plusieurs secteurs d'activité ? Est-ce que

³⁹ CONTANDRIOPOULOS A.P., CHAMPAGNE F., et al., 1993, *L'évaluation dans le domaine de la santé – Concepts et méthodes*, Bulletin 33, p12-17

⁴⁰ RRAC : Récupération Rapide Après Chirurgie initiée dans les années 90 par le Pr KEHLET (Danois) et inscrite dans les recommandations des bonnes pratiques en France par la HAS en 1996

l'environnement ou le lieu d'implantation de l'activité crée une synergie, ou a-t-il un effet inhibiteur ou néfaste sur l'activité ?

La recherche évaluative nécessite une expertise dans le recueil des éléments à analyser et parfois l'intervention de chercheurs dans la méthodologie appliquée (création d'algorithmes), alors que l'évaluation normative est parfois qualifiée de méthode administrative qui se veut pragmatique et fait souvent partie de la définition de tâche d'un gestionnaire⁴¹. Dans le cas de l'utilisation d'indicateurs de charge de travail et de charge en soins vus précédemment, nous sommes en situation d'évaluation normative, issue d'une recherche d'évaluation qui a permis de construire les méthodes comme les SIIPS, le PRN ou le PANDISCAN.

PATTON et WEISS⁴² ont ouvert le débat en 1988 sur « *l'évaluation fondée sur son utilisation versus l'évaluation comme modèle d'éclaircissement.* »⁴³ Pour PATTON, l'évaluation est un modèle de recherche afin de répondre à un besoin qui nécessitera des actions d'ajustement. Pour WEISS, l'évaluation sert à accorder des faits et des valeurs permettant la négociation ou les compromis ; et sur le long terme, il considère que l'évaluation influence la perception des acteurs concernés et agit par éclaircissement (permet la compréhension et l'appropriation).

Dix ans plus tard, un certain consensus semble émerger : d'une part, la reconnaissance de l'importance pour les acteurs des apprentissages tirés du processus de l'évaluation, et d'autre part l'importance de la mobilisation des résultats dans l'objectif de prise de décision. Il ne faut cependant pas sous-estimer la perception que peut renvoyer une évaluation et avoir la notion qu'elle est un dispositif de production et d'informations qui est source de pouvoir pour ceux qui la contrôlent. L'utilité de l'évaluation doit être comprise par l'ensemble des acteurs impliqués. Pour cela, la mise en place d'une évaluation comme celle de la charge en soins par exemple, doit être accompagnée par la direction des soins et l'encadrement, et présentée en objectifs clairs et transparents : *pourquoi la mesure-t-on et pour quoi faire ?*

Pour le DS, l'évaluation peut être considérée comme un levier pour réinterroger les organisations, les pratiques professionnelles et faire place à l'innovation, éléments précurseurs d'un engagement vers la performance.

⁴¹ CONTANDRIOPOULOS A.P., CHAMPAGNE F., et al., 1993, op.cit.

⁴² CHANUT V., BOURNOIS, F., 2012, *Repenser la recherche en management : que peut nous apprendre l'évaluation des politiques publiques ?*, Recherches en Sciences de Gestion, n°89, p119-136.

⁴³ Ibid.

2.4 La performance organisationnelle

2.4.1 Définition de la performance organisationnelle

Pour répondre à l'exigence de la performance, l'hôpital connaît des modifications majeures au niveau de la gouvernance, des parcours patients, des modes de prises en charge et des organisations de travail.

Pour GRANDJEAN⁴⁴, il est primordial de situer la performance dans le temps. En effet la performance d'hier, n'est pas la même que celle d'aujourd'hui, ni celle de demain. Elle est donc fonction de l'époque à laquelle on l'observe, en lien avec les connaissances scientifiques, les développements technologiques et les avancées de la médecine du moment présent. Mais elle s'apprécie également quand elle est inscrite dans la durée et qu'elle est reproductible, « *À quoi bon être performant, si on ne peut l'être qu'une fois ?* ⁴⁵ ». La performance est fréquemment liée à un référentiel, qui va permettre au regard de critères choisis, de comparer des activités de même catégorie. Nous prendrons par exemple, le temps, l'espace, les ressources utilisées (humaines et matérielles), et le nombre de séjours de deux services de chirurgie ambulatoire, aux activités analogues.

La performance s'observe à trois niveaux :

Au niveau de la production, qui est la traduction opérationnelle au plus près du patient, de toutes les activités mises en œuvre pour répondre aux objectifs de prise en charge,

Au niveau de l'environnement, qui est par exemple, la capacité globale de réponse aux besoins de populationnels,

Au niveau de l'organisation qui consiste à mobiliser des moyens techniques, matériels, des locaux et des professionnels ayant les compétences requises, au bon moment.

Pour BOURGUIGNON, « *La performance, c'est la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement), ou au sens large du processus qui mène au résultat (action)* »⁴⁶. Cette définition est intéressante car elle se place du point de vue du résultat, mais aussi du point de vue de la méthode de réalisation. Nous précisons

⁴⁴ GRANDJEAN P., FERMON B., 2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, DUNOD, p14

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ BOURGUIGNON A., 1996, *Définir la performance : une simple question de définition ?*, in *Performance et Ressources Humaines*, Paris, Economica, p17-31

que ces objectifs devront être ajustés puisqu'ils évoluent avec l'évolution des activités de soins.

Pour mesurer la performance, de nombreux indicateurs en rapport avec l'activité sont regroupés dans des tableaux de bord, apanage des directions des établissements de santé. Ils deviennent des outils d'aide à la décision, en mesurant de façon précise, des données concrètes et objectives. A l'appui de ces données, le DS possède l'expertise pour analyser la performance sur les 3 niveaux vu précédemment (production, environnement et organisation), repérer les tendances et anticiper les évolutions à conduire pour une efficience des organisations soignantes. Cette démarche ne pourra être conduite qu'avec l'implication des professionnels, comme expliquée par la DREES en 1999 qui publie un numéro⁴⁷ dédiée à la performance hospitalière et mentionne que les indicateurs sont utilisés principalement en externe, en raison de leurs limites (rôle de surveillance et d'alerte). Ainsi, pour qu'un indicateur soit une aide à la décision, il doit être compris, recueillir l'adhésion des professionnels, et être utilisé de façon habituelle. Ce constat est toujours d'actualité et se renforce avec l'idée que l'appropriation « *est la condition nécessaire, non seulement de l'amélioration de la réflexion collective, mais aussi de la fiabilité du système d'information qui dépend, pour une large part, de la coopération et de l'implication des professionnels.*⁴⁸ ». Nous pouvons ajouter que la maîtrise de la méthodologie de recueil d'un indicateur contribue également à sa fiabilité et renforce sa crédibilité et le sentiment d'utilité pour les équipes.

Conduire une démarche dans l'objectif d'une performance organisationnelle, doit aussi prendre en compte le respect des intérêts et représentation des parties prenantes, c'est à dire les professionnels, dans la réalisation de leur travail. Pour le DS cela signifie d'être attentif à l'adéquation des effectifs avec l'activité (la bonne compétence au bon endroit), au respect des contraintes réglementaires liées à la sécurité et qualité des soins, au respect de la qualité de vie au travail des personnels (horaires, durée des postes de travail, respect des repos réglementaires...). Ce qui est valable pour toute entreprise, l'est davantage dans un établissement de santé. Les éléments tels que « *contraintes de rythme de travail élevé, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public, confrontation à la souffrance des patients ou encore travail de nuit fréquent*⁴⁹ » amène un point de vigilance quant à ces conditions particulières d'exercice professionnel.

⁴⁷ LOMBRAIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CUNEO P., décembre 1999, *Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions d'une comparaison* – DREES n°42, p6

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ BARLET M., MARBOT C., octobre 2020, *Portrait des professionnels de santé – fiche 17 - Panoramas de la DREES.*

2.4.2 Outils de référence et tableaux de bord.

Nous avons évoqué les tableaux de bord servant au pilotage de la performance des établissements de santé. Ils ont pour principale fonction l'anticipation (visualisation des tendances et le suivi des trajectoires), l'alerte sur des écarts significatifs (vérification de l'atteinte des objectifs), et la communication des données pour partager un état des lieux et poser un diagnostic.

Au niveau national, l'outil HospiDiag a vu le jour en 2010 en collaboration avec l'ANAP, la DGOS, la HAS, l'ATIH et l'IGAS et 41 experts métiers. L'objectif était d'avoir des indicateurs partagés et validés pour établir un socle commun à l'ensemble des établissements publics et privés, ayant une offre de soins MCO. Il permet d'avoir une analyse en interne (utile au dialogue de gestion) et en externe avec les tutelles. Il nécessite cependant un haut niveau d'appropriation, qui le rend peu accessible pour les équipes soignantes. En 2016, un indicateur de performance en chirurgie ambulatoire⁵⁰ a été créé et ajouté à HospiDiag en lien avec l'ATIH et 15 experts nationaux en chirurgie ambulatoire. Il est composé de 3 thèmes : l'activité, l'organisation et l'innovation. Il permet aux établissements de se comparer au niveau national, régional, par catégorie d'établissement et entre établissement de même spécialisation.

De façon plus pragmatique, l'ANAP accompagne les professionnels de la santé par des actions (méthodes, outils, évènements, interventions) élaborées avec et pour les professionnels de terrain. Des kits méthodologiques ont ainsi été créés à usage interne pour aider les services et tout professionnel (médecin, cadre, cadre supérieur, directeur...) à mettre en place des organisations plus efficaces dans une démarche volontariste. Chacun de ces kits contient un ou plusieurs documents à visée diagnostique et une aide au pilotage des axes d'amélioration à mettre en place. Nous retrouvons par exemple, les kits « *Évaluer et analyser la performance d'un bloc opératoire* », « *Évaluer et analyser la performance d'un service d'urgences* », ou « *Évaluer et analyser la performance d'un service d'imagerie* »⁵¹...

Par expérience et dans les établissements observés en stage, il existe des tableaux de bord internes construits pour une aide au pilotage d'une direction, d'un pôle, voire d'un service. Ils sont disponibles pour les directeurs (des soins, ressources humaines, affaires financières, qualité...) et l'encadrement supérieur, parfois l'encadrement de proximité, et permettent de voir les évolutions et les tendances et de réaliser des requêtes (automatisées

⁵⁰ Cet indicateur est référencé dans l'INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

⁵¹ <https://ressources.anap.fr/imagerie/publication/1688>

quand le système d'information le permet). Ces tableaux de bord sont intéressants car ils structurent le recueil de données et amènent une cohérence qui autorise la comparaison. L'extraction des éléments sont présentés de façon lisible, schématique et facilite le dialogue avec les équipes médicales et paramédicales. Nous retrouvons par exemple une extraction mensuelle du taux d'occupation, de la DMS, nombre d'entrées/sorties, nombre de séjours, nombre de journées, SIIPS et profil patient, niveau de sévérité, heures supplémentaires, absentéisme...

Pour améliorer la qualité de la prise en charge du patient mais également les conditions de travail pour les équipes soignantes, il est important de garantir une adéquation entre les ressources mobilisées et l'activité, recentrer les compétences sur le cœur de métier et vérifier que les organisations utilisent au mieux les compétences.

L'encadrement est un acteur stratégique pour évaluer les organisations et repérer les dysfonctionnements au plus près du terrain. Le DS par son expertise, doit alors les accompagner dans l'appropriation des outils afin qu'ils aient la capacité de mesurer, réajuster et développer leur perception de la performance des unités.

Ce cadre conceptuel nous a permis de comprendre comment se construisent les représentations sociales et professionnelles, que nous analyseront par la représentation de la charge de travail pour chaque acteur interrogé. Nous avons également posé les principes et enjeux de l'évaluation pour comparer le sens donné par chacun concernant la charge de travail et la charge en soins. Enfin, nous observerons si cette démarche d'évaluation peut s'inscrire comme un levier de discussion et de négociation afin de poser une réflexion quant à la performance des organisations des unités de soins.

3 L'enquête de terrain

3.1 Le choix de la méthode et le lieu de l'enquête

Nous avons choisi la méthode qualitative par des entretiens semi directifs, afin de comprendre la perception des acteurs.

Le guide d'entretien⁵² a été construit à partir de notre question de départ et des 3 sous questions posées en introduction. Il comporte 10 items majeurs et des questions de relances qui ont été identifiées, avec l'objectif d'avoir un cadre de référence nous permettant de recentrer les échanges, ou de rechercher des précisions quand cela était nécessaire.

⁵² Annexe n°1

Les entretiens d'une durée moyenne de 48 mn (32 mn à 1h25) ont été enregistrés et les idées principales ont été retranscrites et classées par thème. Nous avons réalisé un tableau de recueil de données pour faciliter l'analyse descriptive et qualitative des éléments recueillis afin de les confronter au cadre conceptuel.

L'échantillon principal est situé sur un même établissement (CHU de 3000 lits et places), afin d'avoir une cohérence des données et garder une valeur représentative des différents niveaux d'exercice professionnel (niveaux opérationnels et niveaux stratégiques) : 2 infirmières, 2 Cadres de Santé (CDS) , 2 Cadres Supérieures de Santé (CSS), 2 Directrices des Soins (DS) et 1 Directeurs des Ressources Humaines (DRH), soit 9 personnes interrogées.

3.2 Les limites de l'enquête

Nous nous sommes attachés à respecter la méthodologie acquise d'un travail de recherche concernant la construction du guide d'entretien, le recueil de données et l'analyse des échanges. Cependant, l'échantillon de petite taille ne peut pas être représentatif des établissements de santé et ne possède pas une valeur scientifique. De fait, nos préconisations ne seront pas généralisables mais ont pour objectif d'être transférables, utiles et pragmatiques dans notre future fonction de Directrice des Soins.

3.3 Les résultats issus de l'analyse.

L'objectif de cette analyse est de répondre à notre question de départ : ***En quoi l'évaluation de la charge de travail par le DS, peut favoriser l'adaptation et la performance des organisations des unités de soins ?***

Pour rappel, trois sous questions ont guidé notre travail de recherche et permis de construire le guide d'entretien. Nous avons choisi de réaliser une analyse détaillée du discours des acteurs par thématique et par métier, afin de mieux comprendre les représentations, le positionnement de chacun et répondre à nos interrogations.

3.3.1 En quoi les représentations et les enjeux de la charge de travail diffèrent suivant la proximité des acteurs avec le travail lui-même ?

A) Une représentation différenciée de la charge de travail et de la charge en soins.

Les exigences physiques sont uniquement évoquées par les infirmières « *c'est être debout toute la journée, porter et mobiliser les patients...* », ce qui nous interroge alors que des formations à visée préventive concernant les troubles musculo-squelettique sont priorisées par l'encadrement dans certains pôles. De la même façon, les situations en lien avec une incapacité physique ne sont pas rares à l'hôpital, et nécessitent de trouver des alternatives (temporaire ou pérenne) pour répondre au besoin de maintien dans l'emploi. Cela illustre la représentation et le vécu par un même groupe professionnel (les infirmières) qui s'explique par la proximité qu'elles ont avec le travail réalisé.

La composante de charge mentale est également très importante pour elles, et se situe à 2 niveaux : les contraintes temporelles, en lien avec « *des sur-sollicitations permanentes, des familles demandeuses ou des patients, des interruptions de tâches fréquentes...il est difficile de s'isoler et de se concentrer.* » ; et les pathologies parfois lourdes des patients « *c'est difficile émotionnellement, c'est une charge mentale qui pèse dans la charge de travail* ». Elles mentionnent également que la charge de travail est l'addition des actes techniques auprès du patient et de l'ensemble des activités nécessaires à sa prise en charge, comme répondre au téléphone, prendre des rendez-vous d'examen, ou « *faire la relève* ».

La charge en soins est recentrée autour des termes *soins de base, soins techniques* et *soins relationnels* de façon systématique, précisant que le temps dédié aux soins techniques « *ne peut pas être réduit, pour les toilettes parfois nous pouvons faire un peu plus vite* ». Les infirmières s'accordent à dire que la charge en soins peut s'alourdir considérablement « *suivant l'état psychologique du patient, un même soin peut prendre plus de temps, c'est comme une chimio si elle est mal supportée... mais c'est aléatoire* ».

Au niveau des CDS, l'on retrouve les termes de charge émotionnelle ou charge mentale sous le prisme des capacités individuelles « *pour certains, la prise en charge de certaines pathologies est difficile, et quand ils sont fatigués la charge de travail paraît plus importante encore, mais le collectif est là* » ; « *la charge mentale ressentie qui est souvent très différente d'un soignant à l'autre* ». Cette notion de perception de la charge de travail est également mentionnée par le DRH, contrairement aux CDS et aux DS.

Les termes utilisés par les CDS pour définir la charge de travail sont plus techniques avec l'emploi systématique du terme *tâches afférentes aux soins* « *c'est la charge en soins des IDE et des AS auprès des patients et tout ce qui permet de répondre aux besoins des*

patients avec l'activité afférente aux soins ». Leur vision inclut le binôme infirmier / aide-soignant, dans une vision plus globale, en référence à l'équipe.

De façon unanime, la charge en soins est composée des soins « *directs au lit du patient* » qui sont « *d'abord les soins de base, cœur de métier qui est délégué en partie aux AS, puis les soins techniques qui sont le rôle prescrit par le médecin et là il faut administrer, surveiller et être vigilant quant à la cohérence. Puis le soin relationnel pour le patient qui est nécessaire à sa prise en charge, avec bien sûr le soin éducatif qui peut être au quotidien pour la réautonomisation, ou de l'éducation ...* ».

Le même schéma de réponse (tâches afférentes aux soins, soins techniques, soins de base et soins relationnels) est reconduit avec les CDS et les DS quant à la charge de travail et la charge en soins, ajoutant la fiche de poste comme outil de référence permettant de déterminer l'activité « *c'est l'activité qui est référencée sur la fiche de poste et toutes les tâches nécessaires à l'organisation des soins et afférentes* ».

Pour le DRH, la charge de travail dépend de plusieurs facteurs. C'est tout d'abord « *la perception que peut avoir un professionnel ou une équipe, de l'impact de l'activité sur ses conditions et son temps de travail* », sachant que « *2 professionnels d'une même équipe peuvent ressentir les choses différemment* ». Ensuite, il évoque un aspect organisationnel avec « *le flux patient, travail en 12h ou 8h, les profils patients dont le niveau de dépendance, les pathologies, les techniques de soins, les protocoles de soins* » mais également au niveau des ressources humaines « *... combien de nouveaux arrivants, travail en binôme ou non...* » et l'aspect matériel qui « *doit être suffisant et adapté* ». Concernant la charge en soins, elle tient sa spécificité du « *type de patient, du moment et du professionnel* ».

B) Un lien indéniable entre charge de travail et organisation

Tous les acteurs interrogés décrivent une interdépendance entre la charge de travail et l'organisation du travail.

Pour les infirmiers, la réponse n'est exprimée au départ qu'à partir de la surcharge de travail qui oblige à revoir l'organisation initialement prévue et prioriser les soins qui ne pourront pas être différés sur l'équipe suivante « *oh oui, il y a un lien évident et quand la charge de travail est trop grande, on se réorganise comme on peut* », « *parfois on laisse aux collègues, on n'a pas le choix* ». Par les questions de relances, c'est parfois la désorganisation elle-même qui crée la surcharge de travail, en cas d'absentéisme ou par la présence de nouveaux professionnels dans l'équipe « *avec les jeunes qui arrivent, ça marche au ralenti même si la chef ne les met pas en même temps sur le planning, il faut le temps de maîtriser quand même* ». Quant aux acteurs qui déterminent ces organisations, ce sont uniquement les CDS qui sont cités pour la partie « *planning* ».

Pour les CDS, les CSS et les DS, la charge de travail d'une unité est le « *barème de l'organisation* ». En situation normale, l'organisation de l'unité doit permettre d'absorber la charge de travail correctement répartie sur les professionnels afin de garantir la continuité des soins, « *...par exemple les soins étaient plus lourds en pédiatrie et l'organisation n'était pas adéquate avec une impression pour les infirmières d'avoir une charge de travail trop importante. En fait ce sont les soins de bases et relationnels qui étaient plus lourds que les soins techniques et nous avons répondu au besoin en auxiliaire de puériculture* ». Les CDS et les DS évoquent les maquettes organisationnelles, réalisées pour chaque unité par rapport à l'activité médicale, au parcours patient et à la charge de travail qui sont validées par la direction des ressources humaines.

Pour le DRH, l'organisation doit répondre aux besoins en prenant en compte la charge de travail, mais il ajoute que « *dans un souci de maîtrise, évaluer la ressource est nécessaire* ». C'est le seul à avoir abordé dans cette question, la notion de l'efficacité des organisations, que l'on peut expliquer par la mission de la maîtrise salariale qui leur est confiée au sein d'un établissement de santé.

C) Connaissances et utilisation des ratios

Nous avons évoqué dans notre questionnaire, l'organisation proposée par l'ANAP pour les organisations de travail : *un infirmier et un aide-soignant pour 13 à 16 lits ou un soignant pour 7 à 8 lits. Pour la nuit, un infirmier et un aide-soignant pour 25 à 32 lits ou un soignant pour 13 à 16 lits*. Les infirmières et une CDS ne connaissent pas l'existence de cette proposition d'organisation. Pour une infirmière, « *si cela est un minimum alors cela est plutôt rassurant. ...par exemple en réa, je sais que c'est 2 infirmiers pour 5 patients et c'est sécurisant...bon 1 infirmier pour 15 en service de médecine ça peut être juste...mais c'est plutôt une bonne idée* ». On perçoit la confusion entre norme (ce qui doit être – norme juridique) et ratio (rapport entre 2 grandeurs variables qui se voit attribué une signification particulière) qui sont peu différenciables pour les professionnels. Concernant la CDS, c'est une méthode basée sur le benchmark qui est utilisée « *Je ne les connais pas, en tout cas pas pour les unités conventionnelles, donc je ne travaille pas avec cela mais par contre quand j'ai dû travailler sur les RH d'une unité que nous mettons en place, j'ai comparé avec des établissements en proximité qui avait la même activité* ». Nous constatons ici, qu'en l'absence d'un cadre référentiel, une valeur comparative est recherchée afin de confirmer l'organisation proposée.

Pour les autres acteurs interrogés de la filière du soin, les ratios lits sont connus mais ne sont plus adaptés en lien avec la complexité et les modifications des prises en charge. Une directrice des soins s'interroge « *Peut-on vraiment envisager aujourd'hui un binôme infirmier*

et aide-soignant pour 30 lits d'un service de médecine interne ? ». Les ratios peuvent aussi être dépendants de la culture de l'établissement « *sur un établissement nous sommes à un binôme pour 10 lits, et sur un autre, à un pour 13 lits en moyenne, cela dépend des maquettes organisationnelles en place* », de l'architecture « *Les locaux aussi sont à prendre en compte* ». Un autre élément souligné par la deuxième directrice des soins, est la situation financière de l'établissement « *la trajectoire financière ou un suivi COPERMO peuvent jouer un rôle important, on peut vous demander de réduire la voilure*. Elle conclura cette question par un comparatif avec les unités normées « *un ratio est le pendant des normes avec proposition d'organisation, les normes c'est têtue, c'est le golden standard* ».

L'ensemble des acteurs s'accorde à dire que les ratios ne sont pas généralisables et que le type d'unité, la sévérité des patients, le nombre de séjours, la DMS et autres indicateurs doivent être pris en compte car « *ils peuvent faire du mal s'ils sont appliqués stricto-sensu.* ». Pour le DRH, ces ratios sont une base ou une tendance qui manque de précision, il insiste également sur la nécessité d'avoir des éléments comparatifs pour donner un cadre en fonction de la spécialité « *par exemple, utiliser le benchmark peut être un repère très intéressant* ».

Nous constatons que la représentation de la charge de travail est intégrée différemment suivant le rôle de chacun dans l'hôpital. Pour les infirmières au lit du patient, le champ lexical est celui du vécu et comprend l'effort physique et mental, et la contrainte temporelle. Par leur proximité avec l'objet (la charge ou sur charge de travail), elles recherchent des solutions immédiates pour répondre à l'activité.

Au fur et à mesure du positionnement hiérarchique dans l'établissement, le discours se professionnalise et s'exprime en termes techniques dans une vision plus globale de l'équipe et de l'organisation de l'unité de soins. L'encadrement et la direction se positionnent dans l'analyse des causes et les outils servant à définir les organisations.

Concernant les ratios, ils ne sont pas connus ou pas considérés comme structurants au risque de rigidifier des organisations en constante évolution. Si les représentations sont différentes, l'enjeu d'avoir des organisations de travail en lien avec la charge de travail est commun à tous.

3.3.2 En quoi le développement d'une méthode d'objectivation de la charge de travail permet d'établir un dialogue avec les professionnels de terrain ?

A) Les indicateurs de suivi de la charge de travail et de la charge en soins connus et utilisés

De façon unanime, les SIIPS et AAS ont été mentionnés en lien avec notre terrain d'enquête qui a déployé cette méthodologie sur l'ensemble de l'établissement. Si les infirmiers et les CDS les ont simplement cités, les CSS, les DS et le DRH ont davantage développé leur propos. Pour une CSS, *« les SIIPS permettent d'évaluer la charge en soins sur une unité pour 1 jour, 1 mois ou 1 an et donc d'avoir une évolution. Les AAS seront faites cette année, la première quinzaine d'octobre, de lundi à dimanche... cela permet vraiment de visualiser l'organisation du service...et la charge de travail »*. Pour une DS, *« grâce à l'analyse fine des SIIPS et des AAS, l'encadrement peut décider du jour le plus adapté pour donner le temps partiel, qui sera le jour où il y a le moins de tâches afférentes aux soins »*.

Cependant, d'autres indicateurs ont été cités : pour les infirmiers, le nombre d'entrées en urgence car *« cela peut changer complètement la charge de travail »* ; pour les DS, elles connaissent aussi le PRN pour l'une, et le PENDISCAN pour l'autre mais ne l'utilisent plus au profit de la démarche SIIPS institutionnelle *« qui est plus efficace et plus précise »* selon elles.

Au vu des réponses obtenues et malgré les relances, cette question n'a été abordée par l'encadrement de proximité que sous le prisme de la charge en soins et non pas de façon plus large, en considérant la charge de travail.

Le DRH a évoqué en complément d'autres indicateurs d'activité qui selon lui viennent corroborer la charge de travail : *« le nombre de séjours, la DMS, le taux d'occupation, le turn-over et l'absentéisme »*.

Ensuite, nous leur avons demandé comment était utilisé cet indicateur. Pour les infirmières, le retour quant à la saisie et son interprétation sont insuffisants car il n'y a pas de présentation suivie mais elles en mesure pourtant les effets : *« En fait, je ne sais pas trop, une fois par an on a des résultats du service et c'est pas beaucoup...est ce que ça apporte vraiment quelque chose ? »* ; *« il y a 2 ans on n'en pouvait plus, on a dit à notre cadre que c'était plus possible et en fait les patients étaient vraiment lourds... et c'est vrai que les soins de bases étaient tous plus élevés et ça s'est vu, donc on a eu de l'aide avec une aide-soignante en plus du pool »*. Nous retrouvons dans ces propos une reconnaissance de la démarche mais un défaut de communication plus régulier qu'il serait intéressant de partager avec l'équipe. Pour la deuxième infirmière, cela est important parce que cela permet de suivre d'un jour à l'autre la charge de travail en fonction du nombre de point mais aussi

l'état d'un patient « *on avait monsieur Z qui est rentré à 10 en soins de base et 20 en relationnel et à la fin de son séjour, il était à 4 et 4 parce qu'il avait retrouvé de l'autonomie pour des gestes simples de tous les jours et il était rassuré et plus apaisé, et ça montre qu'on est efficace et que l'on passe aussi moins de temps auprès de lui* ». Nous avons ici la notion d'une prise en charge qualitative démontrée par l'évolution du patient, mais également de la charge de travail qui est moindre pour ce patient qu'en début de séjour.

Pour les CDS, l'utilisation et l'analyse restent complexes. D'une part par les modalités nécessaire aux requêtes avec un logiciel « *peu intuitif* » et l'absence d'une utilisation régulière « *j'avoue ne pas avoir un regard régulier dessus et la requête n'est pas facile quand on ne pratique pas régulièrement. Par contre cela me permet quand nécessaire de me poser avec l'équipe et d'en parler* ». C'est principalement quand il y a une évolution de l'activité que l'indicateur prend tout son sens dans une démarche médico-soignante : « *Ensuite, je partage les données chiffrées avec les médecins, les SIIPS mais aussi le nombre d'entrées, la DMS etc...ils sont très impliqués, on voit les pics d'activités et on peut objectiver et ça, ça intéresse toute l'équipe* ». Elles ont évoqué la prochaine campagne des AAS et y voient un intérêt particulier, car cette étude sera à poser dans le contexte du COVID avec un épuisement présent des équipes. C'est donc un point de vigilance quant à l'analyse des résultats, mais la possibilité de faire une « *photo* » de cette période particulière et voir les effets de la pandémie sur l'organisation des unités.

Elles soulignent l'intérêt du portage institutionnel « *ce qui est intéressant c'est que c'est central, porté par l'établissement et que les maquettes organisationnelles sont réévaluées au regard de ces données qui nous permettent d'avoir des profils patients. Cela est complété par la DMS, le taux d'occupation, le GHM etc...je n'ai pas de tableau de bord régulier, mais je serai très intéressée* ». Nous voyons 2 éléments importants : d'une part la cohérence de la démarche d'évaluation de la charge de travail avec l'objectif de calibrer annuellement les maquettes organisationnelles, et d'autre part l'intérêt de donner accès à un suivi régulier des données qui positionnerait les CDS en pilote des unités dont elles ont la responsabilité, afin de leur permettre de suivre les évolutions et d'adapter les organisations soignantes.

Pour les CSS et les DS, les SIIPS viennent compléter leur expertise et permettent d'avoir des données, par exemple pour valider un projet avec le DRH, comme la mise en place du pool central ou réévaluer les organisations soignantes au sein des pôles. Ils permettent aussi de vérifier que les patients bénéficient d'une prise en charge adaptée, qu'ils sont hospitalisés au bon endroit grâce au profil patient et de vérifier les parcours patients. C'est également un outil d'aide à la décision qui permet de prendre du recul et d'analyser car il indique une trajectoire, sous condition d'un suivi régulier.

Pour le DRH, cet indicateur est intéressant en complément des autres indicateurs d'activité, mais il porte une attention particulière au sens de la méthode *« Ici, cela fonctionne très bien, mais il faut que tous sachent pourquoi, que l'objectif soit posé, compris et accepté. Ensuite, il faut être certain d'avoir les leviers pour agir... car poser un constat et ne rien faire est la pire des choses »*.

Nous avons également souhaité connaître leur avis quant à la construction d'un indicateur de charge de travail pour répondre au besoin d'une équipe. Les infirmières répondent que c'est une bonne idée de participer à ce travail et y répondrait avec enthousiasme. Une CDS explique que ce serait très intéressant car cela *« jouerait sur l'implication, les rendrait acteurs. Le plus difficile c'est la charge mentale, mais comment l'évaluer ? C'est quelque chose qui pourrait être construit ensemble »*. Pour la deuxième CDS, les indicateurs institutionnels sont suffisants, même si le plus difficile pour elle est de codifier le soin relationnel. Pour les CSS, la réponse est favorable *« En effet, cela pourrait être très intéressant, surtout quand on se retrouve dans une impasse et que malgré le diagnostic, l'équipe ne se sent pas entendue »*. L'une d'elle précise qu'il est important de respecter la méthode actuelle, et que cela pourrait prendre la forme de l'ajout d'un indicateur que l'équipe souhaiterait suivre.

A l'inverse, les DS s'opposent à cette éventualité et y voit un danger : *« le risque est de ne plus être académique et si cela est trop spécifique, la mesure ne peut pas être comparative donc comment l'interpréter ? Je n'y suis pas favorable »* ; *« Pour cela il faudrait construire des indicateurs robustes et faire croire que c'est possible, c'est mentir. Et ensuite quelle fiabilité ? Comparer à quoi si chacun à sa grille ? Les outils maison c'est dangereux. »*. Cependant, l'exception est faite concernant une réflexion à conduire sur *« des indicateurs de charge de travail en psychiatrie, qui pourraient répondre à des attentes des équipes »*. Pour le DRH, associer les professionnels de terrain permet toujours l'adhésion, mais il faut trouver le bon équilibre pour avoir un indicateur qui a une valeur comparative, *« donc des critères qui seront sans doute assez généraux et dans la transversalité. Si l'indicateur est trop spécifique à l'unité, il va se poser la question de sa fiabilité et de son analyse »*.

B) L'importance de la formation et du contrôle qualité.

Concernant la formation, les infirmières ont bénéficié d'un apprentissage spécifique à l'utilisation des outils pour *« saisir correctement les données. Parfois, nous sommes tentés de comptabiliser ce qui a été fait, ce qui ne correspond pas à la demande et fausse les résultats »*. Elles ont été formées pour l'une en groupe avec des référents, pour l'autre par les collègues. Bien que moins facile à mettre en place, la formation par un référent est plébiscitée : *« malgré son expérience, je n'étais pas certaine du niveau de cotation proposé par ma collègue, je ne voyais pas la même chose qu'elle avec les grilles de référence »*.

Non constatons que la formation par un pair peut ne pas sembler légitime et être remise en question.

L'encadrement et les DS ont eu une formation spécifique à la méthode, l'édition de requêtes et à l'analyse des résultats, par les référents experts de l'établissement positionnés en mission transversale. Une CSS ajoute qu'il existe des « *ateliers de compétence* » pour les équipes sur la saisie, et pour les cadres sur l'analyse. Une autre CSS et les DS précisent que la formation est obligatoire et inscrite sur la fiche de poste « *car c'est une obligation institutionnelle* ». Cette information démontre que la méthodologie des SIIPS et des ASS est portée au plus haut niveau stratégique de l'établissement.

Pour vérifier la saisie des cotations, des audits qualités sont organisés une fois par an. Ils sont réalisés par des professionnels formés comme référents, puis formés comme auditeurs. Ils interviennent en binôme CDS/Infirmier, en audit croisé et avec les exigences qu'aucun des deux n'appartiennent à l'unité auditée, mais qu'un des deux auditeurs possède les compétences requises avec l'activité de l'unité de soins contrôlée. L'unité est avertie 15 jours avant et 5 dossiers sont tirés au sort.

Concernant le contrôle qualité, les infirmières approuvent la démarche qui permet de savoir si la cotation est bien réalisée « *on se demande si on a bien travaillé, et on attend les résultats pour savoir si c'est mieux que l'année dernière* », elles ajoutent cependant que le fait d'être prévenues 2 semaines avant crée un effet de vigilance important quand à la saisie : « *dans cette période-là, on s'interroge davantage sur certains dossiers....c'est surtout la cotation entre 4 et 10 qui nous fait hésiter et on en discute ensemble* ». Ce phénomène ne remet pas en cause l'effet pédagogique du contrôle qualité pour une CSS, car « *l'objectif c'est qu'ils s'interrogent, se questionnent en prenant un peu de recul sur un automatisme qui peut manquer de précision* ». Une CDS ajoute qu'il est dommage que l'audit ne se réalise pas en trinôme aide- soignant, infirmier, CDS car « *cela valoriserait leur pratique et ils pourraient mettre en avant leur expertise sur les soins de bases mais aussi relationnels, en complément de l'IDE et du Cadre* ». Cet audit qualité permet aussi de poser des objectifs au sein de chaque unité de soins : les résultats sont d'abord présentés au CDS et la mesure de l'écart oriente vers des axes d'amélioration « *Cela met en évidence des problèmes concernant les dossiers de soins : non maîtrise de la méthode, soit défaut de traçabilité, par exemple avec les cibles ou macro-cibles ou la douleur non tracée. Les équipes disent "alors on a bien travaillé ?" et c'est moteur* ». Les résultats mettent souvent en évidence une difficulté sur les soins relationnels qui sont mal tracés, mais aussi « *par exemple le plan de soins, une réappropriation de la méthode, revoir les transmissions ciblées...* »

Les 2 CDS interrogées approuvent d'être consultées avant le choix des objectifs retenus « *Parfois, ce n'est pas le bon moment pour un objectif, cela dépend de ce qu'il se passe dans l'équipe* », et le fait que les objectifs soient personnalisés et en cohérence avec les

résultats présentés de l'unité « *Cela donne du sens, car les auditeurs s'appuient sur des exemples des dossiers de soins de l'unité pour illustrer les résultats* ».

Les CDS ajoutent que cette démarche qualité a un réel impact sur l'amélioration de la tenue du dossier patient « *nous constatons une évolution positive des résultats d'année en année, la traçabilité est meilleure, les cibles et les transmissions sont plus précises, plus efficaces et la cotation est plus fiable* ».

Pour le DRH et les DS, ces audits sont indispensables car c'est ce qui permet de démontrer la probité des résultats et qui rend la méthode robuste « *c'est même obligatoire, sinon l'indicateur SIIPS peut devenir un indicateur de charge mentale qui ne sera pas en rapport avec la réalité.* »

C) Évaluer la charge de travail : prémisse d'un dialogue.

Après avoir interrogé chacun des acteurs sur leur représentation de la charge de travail et de la charge en soins, l'utilisation d'indicateurs spécifiques et leur formation, nous leur avons demandé si l'évaluation de la charge de travail était pour eux nécessaire et s'il était possible de l'objectiver. Cette question a été volontairement émise à ce moment précis du guide d'entretien, afin de poser un regard attentif vis-à-vis d'une démarche instaurée, considérée comme acquise, et dont ils venaient de parler.

Une infirmière considère que cette évaluation n'est pas nécessaire car l'objectiver n'est pas possible : « *chaque jour est différent, il y a trop d'aléas, un jour vous avez des patients où rien ne va, et le lendemain tout se déroule comme prévu, ça peut être le traitement qui pose problème parce qu'il n'est pas supporté, ou que le calmant ne marche pas, ou alors le patient est perturbé et désorienté, une autre fois ce seront les entrées en urgences, qu'est-ce que vous voulez faire à ça ? Les patients, ils ne rentrent pas dans des cases* ». La deuxième infirmière pense que cette évaluation « *permet de reconnaître le travail réalisé et du pouvoir en discuter avec la cadre...et puis aussi le médecin... des fois des examens ou des soins sont reportées au lendemain parce que là c'est pas possible* ».

Les CDS, CSS et les DS considèrent que l'évaluation est « *nécessaire* », « *utile* » voire « *indispensable* » car elle leur permet d'anticiper et de réorganiser les soins quand cela est nécessaire.

Un CDS explique faire un point 3 fois par semaine avec les médecins afin de répartir au mieux l'activité et éviter plusieurs entrées simultanées de patients « lourds » : « *les médecins sont très attentifs à la répartition de la charge de travail, on lisse les entrées en fonction des soins requis pour ne pas surcharger l'équipe* ». Nous constatons que le moyen de régulation dans ce cas, est d'agir sur le travail prescrit.

Pour la deuxième CDS, cette évaluation doit être partagée avec les soignants et « ...montre à l'équipe que l'on porte une attention particulière à la répartition du travail et au ressenti qu'ils peuvent avoir à certains moments ».

Les CSS y voient également la possibilité d'engager les équipes car « ...qui est le mieux placé que celui qui est au lit du patient pour en parler et saisir les données ? Il faut bien sûr de la méthode, mais cela doit être fait par les équipes soignantes car cela les implique ».

Les DS parlent d'une évaluation qui aide à la décision pour réorganiser, que ce soit dans l'adaptation du capacitaire, des parcours patients ou pour affecter des renforts. Elles insistent sur le fait que l'encadrement doit porter la démarche d'évaluation de la charge de travail. Personne ne remet en cause l'objectivation de l'évaluation, même la première infirmière qui n'en voit pas la nécessité en lien avec les variations d'activité, mais ne remet pas en cause la fiabilité.

Une DS explique « Nous avons un faisceau d'indicateurs qui corroborent le ressenti, et ce ressenti nous ne pouvons pas le nier. Là où nous devons être vigilant, c'est sur les causes d'une charge de travail perçue comme trop lourde ».

Nous avons ensuite cherché à définir les situations dans lesquelles ils évoquaient la charge de travail. A l'unanimité, le premier motif de discussion est celui de la surcharge de travail ressentie. Pour les infirmières, c'est en premier lieu avec les collègues dans l'unité ou dans le vestiaire, puis les médecins, et quand c'est vraiment difficile avec la cadre de l'unité.

Pour les CDS, c'est avec les médecins en premier lieu puis la CSS de Santé si cela s'inscrit dans la durée.

Les CSS en parlent quand elles sont sollicitées par les CDS ou lors des analyses d'activité du pôle. Si la situation le nécessite, et après analyse des éléments, elles interpellent la Direction des Soins « car c'est avec la Directrice des Soins que la stratégie sera définie ».

Les DS, parlent de charge de travail par suite des sollicitations des CSS et mentionnent le chef de pôle et le DRH, mais également les CDS et les équipes qu'elles sont amenées à rencontrer avec la CSS « c'est important aussi de parler de ce sujet directement avec les équipes, surtout quand il y a une souffrance...leur montrer que l'on va porter une attention particulière à ce qu'il se passe, afin d'avoir une réponse adaptée et ce n'est pas toujours avec du personnel en plus ».

Pour le DRH, ce sujet est évoqué avec les DS ou des CSS, ou les partenaires sociaux : « Oui, nous analysons conjointement Direction des Soins et DRH. Cela est aussi un point d'entrée pour dialoguer avec les équipes, parler des organisations ».

Le second motif de discussion, hormis pour les infirmières, est un projet d'activité nouvelle, ou lorsqu'il y a la révision des maquettes organisationnelles.

Une DS ajoute « Pour moi les maîtres mots c'est portage institutionnel, indicateur de suivi, dialogue de gestion et acceptation de la démarche. »

Nous voyons ici que chaque acteur en interpelle un autre en fonction de sa position hiérarchique et de sa liaison fonctionnelle au sein de l'hôpital, et que l'évaluation de la charge en soins et de la charge de travail est un objet de dialogue médico-soignant-administratif.

3.3.3 En quoi le management du DS, et de l'encadrement dans un contexte d'évaluation de la charge de travail favorise la recherche de performance des organisations soignantes ?

En dernière partie de notre entretien, nous avons demandé à chacun les actions mises en place en cas de charge de travail trop importante. Le premier réflexe des infirmières est de revoir les priorités de sa plage de travail avec ses collègues ce qui signifie l'entraide, ou de réaliser l'ensemble des soins qui ne peuvent pas être reportés. Cela arrive en cas d'absentéisme, ou quand il y a en même temps des urgences, des retours de bloc, des entrées programmées et des sorties. « *Si cela dure dans le temps sur plusieurs jours, il faut trouver un temps pour en parler avec les médecins et la chef* ». Les infirmières interrogées ont donc suffisamment d'expertise et d'autonomie pour s'impliquer dans la réorganisation immédiate de l'unité et agir selon les 3 dimensions que sont le sens, les repères et le sentiment de contrôle⁵³.

Concernant les actions managériales, les CDS, observent tout d'abord ce qui est planifié afin de percevoir si effectivement il y a une activité plus forte « *Je regarde d'abord les chiffres, entrées, sorties, les urgences, la DMS...ils permettent de prouver le ressenti. Après il faut accepter les charges de travail fluctuantes sur des durées courtes. Mais parfois c'est l'organisation qui est à revoir.* » Sur ce dernier point, cela induit une démarche plus longue, reprendre les fiches de postes et les activités de chacun, voir à quelle heure commence le tour, quand débute la visite médicale, repérer éventuellement des glissements de tâche, se pencher sur les SIIPS pour voir s'ils ont évolué et regarder « *les EIG et l'heure de survenu, c'est très intéressant car cela se produit presque toujours en fin de plage de travail.* »

Les CSS vont reprendre les données d'analyse avec les CDS (DMS, Entrées, Sorties, SIIPS, AAS et certains actes comme le nombre de chimio ou de nutrition parentérale...) et faire un descriptif de l'organisation en place. Souvent elles constatent qu'il s'agit d'un problème de tâches afférentes aux soins, d'interruption du travail, des transmissions « *trop longues dans certaines équipes, où l'on reprend toujours les mêmes choses* ». Elles apportent une vigilance particulière aussi au nombre de nouveaux arrivants, au niveau d'expertise des professionnels, au planning, car cela peut avoir des effets importants. « *Ce que l'on recherche ce sont des explications, des éléments concrets pour agir dessus.* »

⁵³ MIAS C., 2013, op.cit.

Pour les DS, la première approche est l'écoute des professionnels « *Déjà en priorité je vais les écouter car il y aura des détails dans leur propos qui vont aider à l'analyse. En discutant avec l'équipe et le cadre, nous pouvons déjà voir si cela est lié à un problème d'organisation* ». L'une d'elle évoque aussi la convergence médico-soignante utilisée en termes de projet dans une équipe. « *Cela nous a bien aidé à reprendre l'organisation de l'unité et donc une charge de travail mieux répartie, il n'y avait pas besoin d'avoir du monde en plus, mais de respecter le travail de chacun en synchronisant les temps.* »

Chacune évoque un dossier d'analyse qui reprend les mêmes indicateurs sur une durée de 3 à 6 mois, afin de vérifier la corrélation des données : les SIIPS, le taux d'occupation, le nombre de séjour, le GHM avec le niveau de sévérité, la DMS, l'ancienneté des professionnels avec le turn-over et le taux d'absentéisme. Elles vont aussi relever les EIG et partager ces données avec les médecins « *...dans ces cas-là, je fais également confiance à l'expertise médicale et j'essaie de voir depuis quand, pour comprendre ce qu'il se passe* ».

Une fois que le diagnostic est posé, il faut le partager et qu'il soit accepté « *l'équipe n'a pas souvent envie d'entendre que cela vient de leur organisation, et parfois le CDS non plus.* ». C'est une étape importante et incontournable, « *mais l'objectif à rappeler est que c'est pour améliorer la prise en charge du patient* ».

Les DS soulignent que les équipes savent que l'évaluation de la charge de travail est un véritable outil d'aide à la décision, que la méthode est éprouvée et robuste. « *Le coefficient SIIPS d'une équipe doit être idéalement à 1. Supérieur à 1, cela signifie que j'ai plus de travail que ce que je peux offrir et si cela est inférieur à 1, j'ai plus d'offre de soins que de besoin. Nous avons défini qu'entre 0,8 et 1,2 nous ne modifions pas les organisations, c'est une variable que nous acceptons. Nos requêtes permettent aussi de déterminer les catégories professionnelles utiles avec le profil patient, s'il y a plus de soins de base ou de soins techniques par exemple.* »

De nombreux exemples ont été cités. Pour un CDS : « *nous avons une équipe qui est à un coef de 1,42 et nous travaillons avec la Cadre Supérieure sur un dossier et un argumentaire pour demander à revoir l'organisation avec un renfort RH car nous avons déjà revu et travaillé sur les interruptions de tâches et fait une démarche de convergence médico soignante...là je n'ai plus de ressort autre, et il s'agit vraiment d'un problème d'effectif qui est majoré par un très fort absentéisme* ». Pour la deuxième CDS « *Oui, au départ l'équipe demandait du temps soignant mais après analyse, nous avons pu bénéficier d'une secrétaire, en lien avec l'augmentation des tâches administratives de l'unité* ». Nous prendrons en dernier exemple celui d'une CSS : « *Je me rappelle un dossier où les AS allaient chercher les chariots repas 3 fois par jour, soit 6 trajets, ou devaient aller à la pharmacie. Nous avons pu l'identifier et recentrer les agents sur leur cœur de métier pour redonner du temps soignant et réattribuer le temps logistique aux fonctions supports.* »

Dans notre contexte de recherche, le DS est un manager porteur de sens quant à la nécessité de l'évaluation de la charge de travail au plus haut niveau stratégique, en tant qu'indicateur complémentaire et apportant une précision utile sur l'analyse de l'activité. L'objectif suit une ligne claire pour la Direction Générale, la DRH, les CSS et les CDS : évaluer pour réinterroger les organisations des unités dans une dynamique de recherche de cohérence et entre l'activité et la ressource professionnelle, mais également anticiper et mettre en œuvre les nouvelles prises en charges. Cela suppose, comme nous l'avons perçu dans les entretiens, que la méthodologie choisie (dans notre cas les SIIPS et les AAS) soit déployée par le DS à l'instar d'une démarche qualité (planifier, développer, contrôler, ajuster) pour avoir un indicateur fiable et robuste.

4 Préconisations

Cette dernière partie se situe dans le prolongement de notre analyse, et nous positionne à l'aube de notre prise de poste. Les préconisations proposées seront un guide mettant en exergue des propositions d'outils, de méthodologie et des points de vigilance. Nous avons conscience d'un ajustement nécessaire en lien avec la réalité du moment au sein de l'établissement, prenant en compte le projet d'établissement dans son ensemble et portant une attention particulière sur le projet de soins et le projet social.

4.1 Évaluer la charge de travail : une décision stratégique de l'équipe de direction

Le DS, membre de l'équipe de direction, membre de droit du Directoire et Président de la CSIRMT, « contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement »⁵⁴ et doit porter cette démarche auprès du Directeur Général, du PCME, et des autres directeurs adjoints, en particulier le DRH, le DAF et le DSI. En effet, nous avons mesuré par le discours des acteurs, l'importance du **portage institutionnel** traduit comme un engagement et un soutien au plus haut niveau stratégique de l'établissement pour le management opérationnel.

Évaluer la charge de travail et la charge en soins, vient compléter et éclairer l'expertise du DS pour répondre à l'article 2 du Décret du 19 avril 2002 « *Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement* » et l'article 6, « *...Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications* ».

⁵⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Par l'analyse des entretiens réalisés et à la lecture du code de la santé publique *Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire ... (Articles L6143-1 à L6143-8)*, nous constatons que la démarche d'évaluation de la charge de travail et de la charge en soins trouve toute sa place au sein du projet médical et projet de soins, mais également au sein du projet social, que nous allons illustrer par des extraits du code de la santé publique :

Projet médical et de soins : Nous pouvons considérer que cette démarche contribue à définir « *les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins...et des moyens médico-techniques...* »⁵⁵ et « *les objectifs amélioration de la qualité et de sécurité de la prise en charge et des parcours patients.* »⁵⁶

Projet social : cette démarche vient nourrir « *le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte*⁵⁷ » en proposant une méthode d'objectivation de la charge de travail ressentie, et permet « *l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois.* »⁵⁸

L'indicateur de charge de travail/charge en soins n'a pas vocation à exister sans être associé aux autres indicateurs classiquement existants dans les établissements de santé, afin de croiser et préciser le sens des données. Aujourd'hui les tableaux de bord internes des établissements sont basés en majorité sur des **indicateurs d'activités** (nombre de GHM ou de GHS, DMS, nombre de lits, de séjours, de venues, taux d'occupation, taux de rotation, nombre de passage aux urgences, entrées programmées et non programmées...), des **indicateurs RH** (nombre de professionnels entrés et sortis, absentéisme (par typologie), turn-over, pyramide des âges et par métiers, nombre de formation...) des **indicateurs économiques** (recettes, dépenses,...). Concernant la charge de travail et la charge en soins, nous ne préconiserons pas l'indicateur à choisir mais nous avons exposé dans notre cadre théorique les 3 méthodologies reconnues scientifiquement et les plus utilisées en France (SIIPS, PRN et PENDISCAN). A noter qu'un nouvel outil appelé *Virginia* (application full Web) est en cours de déploiement dans certains établissements, et en concours pour le prix *des Trophées Innovation SANTEXPO 2021* qui se tient à Paris du 8 au 10 Novembre, mais ne bénéficie pas à ce jour d'une méthode scientifiquement approuvée. A l'issue du choix de la méthode par l'équipe de direction, **la fiche indicateur**, telle que proposée par l'ANAP par exemple, **devra être construite**. Pour donner du sens à l'action, l'équipe de direction devra :

⁵⁵ Code de la santé publique – art L6143-2-2

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Code de la santé publique - art. L6143-2-1

⁵⁸ Ibid.

- **Valider la nécessité de l'intégration du ou des indicateurs de charge de travail/charge en soins dans les tableaux de bords** et outils de pilotage de l'établissement afin de permettre l'exploitation, le croisement des données dans l'objectif d'un réel pilotage médico-économique (implication du DSI et du DAF)
- **Définir la périodicité et le suivi** des indicateurs de la charge de travail/charge en soins (unité, pôles, directions, Instances...)
- **Rendre obligatoire la formation** à la saisie/analyse de cet indicateur (inscription dans la fiche de poste) et la prioriser au sein du Plan de formation de l'Établissement (DS et DRH)
- **Définir les objectifs et les actions** à mettre en œuvre en regard du résultat du/des indicateurs (DS et DRH) :
 - Quelle variabilité accepter sans action (exemple entre 0,8 et 1,2 pour les SIIPS)
 - Quand décider d'un redéploiement des ressources (pérenne ou ponctuel) ?
 - Quand décider d'un renfort d'équipe ?
 - Identifier la nécessité ou non d'un pool et règle d'attribution (charte) ?
 - Processus de modification des organisations : dossier argumentaire validé par DS et DRH pour redéfinir les métiers /l'activité de l'unité (nombre d'IDE et d'AS ou AP, brancardiers, autres métiers médico-techniques, de rééducation...) ou revoir la quotité de temps administratif ou de temps de coordination..., logistique, considérer des évolutions des prises en charge (par exemple, transformation en activité ambulatoire) ...
- **Instaurer un contrôle qualité professionnalisé**, afin de garantir l'intégrité et la probité du ou des indicateurs (DS et DRH) et créer une dynamique d'amélioration des pratiques en lien avec la tenue du dossier patient.
- **Valider la construction de requêtes automatisées et définir les interlocuteurs destinataires** (DS, DRH, DSI, DAF) afin de disposer d'un tableau de bord simple, robuste, fiable et réactif. Dans notre recherche, nous avons perçu l'intérêt pour l'encadrement d'avoir accès à ces éléments. Le DS pourra co construire avec les directions de pôles, l'encadrement (supérieur et de proximité), les données

considérées utiles au pilotage d'une unité, ou d'un pôle. Pour cela le tableau de bord devra avoir 4 fonctions⁵⁹ :

- « *Monitoring* » : pour saisir une urgence et créer une alerte
- « Déclencheur d'enquête » : constat d'un écart qui nécessitera une ou des analyses
- « Aide à la formulation des objectifs » : suivre un but, un résultat à atteindre
- « Aide à la motivation des acteurs » : permettre le dialogue, le débat ou étayer une situation.

Nous proposons que cette requête mensuelle mentionne le nombre de séjour/venues/consultations, la DMS, le taux d'occupation, l'indicateur de charge en soins et l'absentéisme avec un indicateur de tendance par rapport au mois précédent. Nous reprendrons les préconisations de l'ANAP concernant sa structuration⁶⁰ :

- **Synthétique** : un nombre limité d'indicateurs permet d'aller à l'essentiel d'un coup d'œil sans se perdre dans le détail ;
- **Visuel** : l'information significative (alertes, écarts, tendance) est graphique
- **Dynamique** : il présente des situations évaluées dans le temps (tendances, comparaison aux périodes antérieures...), à des échéances précises et récurrentes ;
- **Partagé** : les parties concernées partagent le référentiel d'évaluation et les indicateurs ;
- **Ciblé** : les indicateurs traduisent effectivement objectifs et actions, quantifiés ;
- **Vivant** : il prend en compte les évolutions et l'adaptation de la stratégie ou de l'opérationnel.

- **Construire au niveau stratégique la campagne de communication** sur la mise en place du/des indicateurs : réseau interne (intranet, lettre associée au bulletin de paie, journal interne...), et les instances.

⁵⁹ HERRIAU, C., OLLIVER, E., Juin 2019, *Dialogue de gestion : et si on parlait plutôt du RAF ? Des insuffisances du smart data à l'émergence d'une culture du reste à faire*, Finances hospitalières, n°136

⁶⁰ <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/334-kit-de-base-tb-bord/1419>

4.2 Méthodologie de déploiement d'un indicateur de charge de travail et de charge en soins.

Nous nous sommes inspirés de la méthode suivie avec succès au sein de l'établissement exploré⁶¹ car elle nous paraît modélisable, et pose les points de vigilance à prendre en compte dans la déclinaison opérationnelle. Elle peut donc être utilisée comme un guide qu'il conviendra d'adapter au contexte et aux ressources.

Préalable : s'assurer que le DPI de l'établissement possède le module de saisie de l'indicateur ou une interopérabilité des systèmes, ou la possibilité de créer le module de saisie si nécessaire.

4.2.1 Étape 1 - La maîtrise d'ouvrage

- **Définir un comité de pilotage** de la méthode sous la responsabilité du DS et composé par exemple de CSS, de CDS, de représentants du service informatique, ...
- **Définir un comité technique** (qui peut être sous la responsabilité d'un CSS expert) pour la maîtrise d'œuvre, le support méthodologique et l'élaboration de nouveaux projets et composé de CSS, CDS, un représentant des assistants de gestion, un représentant du service informatique, un représentant des ressources humaines...

4.2.2 Étape 2 – Une formation robuste

- Les formateurs sont souvent proposés par l'éditeur si choix d'un logiciel ou d'une méthode soumise à licence – point de vigilance sur le profil *système d'information et soins* si choix en interne
- Déterminer le profil des experts internes de l'établissement : appétence pour la pédagogie, maîtrise la méthode, haut raisonnement clinique pour traduire les situations de soins du dossier patient.
- Prévoir les lieux de formation et le capacitaire (salles équipées de postes informatiques dédiées à la formation, nombre de places...), pour la mise en pratique.
- Créer le support de présentation (ou utiliser celui de l'éditeur) avec validation préalable en Comité Technique
- Déterminer le nombre de professionnels à former/unité/pôle et construire un retro planning (nous conseillons un pôle pilote qui permettra de réajuster le dispositif si nécessaire avant un déploiement plus large)

⁶¹ WEIDER MC.,HAJJAR M., INCHAUPSE I., DURAND L., février 2014, *Recueil généralisé des SIIPS et des AAS*, Gestions Hospitalières, N°533 , p76

- Prévoir la formation de l'encadrement supérieur et de l'encadrement de proximité à l'analyse des données
- Prévoir la mise en œuvre de la saisie de l'indicateur au plus près de la formation des professionnels (dès le lendemain dans l'établissement témoin)
- Organiser une équipe d'assistance à proximité avec ligne téléphonique dédiée en cas de blocage technique

4.2.3 Étape 3 - Organiser un dispositif de suivi et un retour d'information aux acteurs de terrain

- Créer une requête mensuelle sur l'exhaustivité de l'indicateur et le résultat à destination des acteurs
- Assurer un soutien méthodologique à l'analyse des données : dans l'établissement témoin, une adresse électronique générique est disponible pour demander une aide ponctuelle, et des ateliers compétences (saisie ou analyse) sont organisés sur inscription.
- Instaurer un contrôle qualité (auditeurs formés, externes à l'unité), déterminer les actions à conduire au sein de l'unité en fonction des résultats
- Impliquer le centre de formation continue de l'établissement (ou de rattachement) pour créer en routine des sessions de formation au recueil des données et à l'analyse des données, conformes à la méthode (nouveaux arrivants, réactualisation)

Nous proposons que l'état d'avancement de la démarche soit présenté régulièrement par le DS et le DRH en CODIR, et aux instances de l'établissement.

4.3 Mise en place d'une fiche reflexe « *Diagnostic : Analyse de situation – Charge de travail* » à destination des CDS et CSS

Dans l'objectif d'ouvrir le dialogue avec les équipes qui expriment une surcharge de travail et de préparer un dossier argumentaire, nous proposons d'instaurer une fiche réflexe des éléments à investiguer, pour initier une démarche d'analyse commune à l'ensemble des unités de soins de l'établissement. Cette fiche doit permettre d'avoir une approche structurée, basée sur des croisements de données déterminées comme pertinentes pour confirmer ou non, l'évolution de la charge de travail/de soins. Nous faisons ici une proposition, en lien avec les discours des acteurs interrogés et posons le préalable de la

rencontre et de l'écoute de l'équipe médico-soignante pour poser le contexte et prendre en compte le ressenti des professionnels qui devra faire l'objet d'un compte rendu.

Données	Résultat	Analyse	Synthèse
Retenues comme pertinentes	Voir la tendance = stabilité et ou évolution de la donnée	Réalisée par CDS et CSS et expertise du DS	Niveau de vigilance <i>Pas d'évolution</i>  <i>Légère évolution</i>  <i>Alerte</i> 
Nombre de séjours (ou de venues, ou de séances...)	Graphique *		
DMS	Graphique *		
Taux d'occupation	Graphique *		
GHM et niveau de sévérité	Graphique *		
Indicateur de charge en soins/travail (Si SIIPS/AAS – PRN – PANDISCAN)	Graphique *		
Nombre d'entrées non programmées (si adapté)	Graphique *		
Nombre d'EIG, typologie, heure de survenue	Graphique *		
Taux d'absentéisme	Graphique *		
Heures supplémentaires ou intérim ou nombre de jour /semaine en organisation mode adapté	Graphique* ou commentaire suivant la possibilité de requête		
Postes vacants	Chiffre/métier**		
Nombre de nouveaux arrivants (y compris médical)	Chiffre/métier**		
Matériel présent et adapté (médical et non médical)	Commentaires**		

*Données par mois et pour une période de X mois (entre 3 et 12 mois) ** Sur la période évaluée (entre 3 et 12 mois)

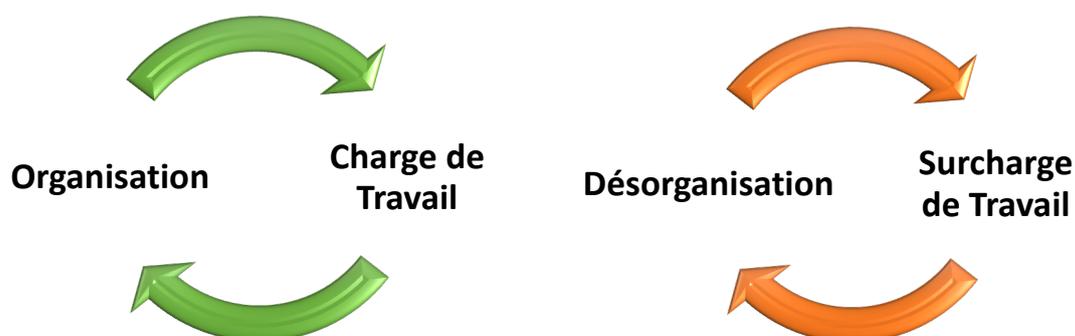
Cette fiche institutionnelle non exhaustive, propose une vision Activité/RH/Environnement qui devra être co-construite avec l'encadrement pour une adhésion à la démarche. Elle devra être validée par l'équipe de direction pour faciliter ensuite l'extraction des données nécessaires auprès des services concernés (DIM, DRH, DAF, Médecine du travail, ressources matérielles, biomédical, ...). Ce point est essentiel pour systématiser son utilisation et lever les blocages éventuels de recueil des données.

Pour aller plus loin, il sera nécessaire d'analyser les fiches de poste et les fiches d'activité pour mesurer les écarts (activité logistique ou de brancardage par des professionnels soignants, modification d'activité de bio nettoyage, ...).

Cette proposition, contraignante par sa mise en œuvre au départ, sera un outil d'aide au diagnostic qui permettra d'identifier les leviers d'actions et de construire une feuille de route comportant un plan d'action, son suivi et son évaluation. En cas d'un niveau d'alerte élevé sur plusieurs indicateurs, le DS devra être informé. Par son expertise des organisations soignantes et ses compétences en management, il pourra déterminer la meilleure stratégie à mettre en place.

4.4 Développer la convergence médico-soignante

Nous avons constaté une interdépendance entre (sur)-charge de travail et (des)-organisation du travail :



En appui de l'évaluation de la charge de travail, nous conseillons le développement de l'approche organisationnelle des unités de soins par la mise en place de la convergence médico-soignante. Le DS en binôme avec le PCME, en résonance au binôme CSS/Chef de Pôle, CDS /Chef d'unité, seront à l'initiative et les porteurs de cette méthode qui facilite la réflexion entre les professionnels médicaux et soignants pour optimiser l'organisation des modes de prise en charge des patients et les conditions de travail des professionnels. Nous avons expérimenté ce dispositif dans notre établissement d'origine, axé sur les pertes de temps et les pertes de chance évitées pour le patient, ou sur la pénibilité que génère la non-prise en compte du travail de l'autre, et constaté la diminution de la surcharge de travail, des pics d'activité et du stress induit par les défauts de coordination.

L'ensemble du travail conduit par l'équipe médico-soignante doit permettre de :

- Renforcer l'implication des acteurs et le travail en équipe sur les thématiques relatives à l'organisation de la prise en charge du patient et la sécurisation des pratiques,
- Consolider la collaboration entre les médecins et l'ensemble des paramédicaux,

- Favoriser le décloisonnement métier et l’adaptabilité des organisations, notamment lors de la révision du capacitaire et l’adaptation des effectifs,
- Trouver de nouvelles marges de manœuvre et d’action, au cœur de l’organisation des équipes,
- D’améliorer la qualité de vie au travail.

Nous préconisons la constitution d’un comité de pilotage afin de suivre l’évolution des démarches engagées et garantir le bon déroulement des opérations sur l’établissement.

Pour chaque unité de soins engagée dans le processus, un binôme Médecin – CDS animera les ateliers d’expression permettant de remplir une grille d’analyse⁶² sur les thématiques suivantes :

- Les réunions de travail sur l’organisation quotidienne, le projet de management,
- La clarification des responsabilités entre praticiens et internes, la continuité de la prise en charge médicale, chirurgicale et anesthésique,
- La permanence des soins,
- L’organisation programmée et non programmée de l’entrée des patients,
- L’articulation des présences des professionnels médicaux et soignants,
- Le développement des compétences professionnelles médicales et soignantes,
- Les échanges d’information entre médecins et soignants au quotidien sur les patients (staff, transmissions...),
- L’organisation des visites et des contre-visites,
- La planification des sorties des patients,
- La programmation des pratiques les plus courantes, des pratiques spécifiques et des examens médico-techniques,
- Les informations et annonces au patient et à la famille...

Les éléments recueillis permettront de collecter les irritants, de les prioriser, de déterminer l’organisation à mettre en place pour lever les dysfonctionnements majeurs. A l’issue, une charte de convergence médico-soignante (précisant le fonctionnement et l’organisation de l’unité), évaluable, évolutive et opposable, sera élaborée et intégrée au sein du contrat de pôle. A l’instar de la collaboration entre le DS et le PCME au niveau stratégique de l’établissement, le pilotage médico-soignant de l’unité de soins, participe à la qualité de la prise en charge du patient, à l’organisation des soins et aux conditions de travail des soignants.

⁶² Annexe 3

4.5 Mise en place d'un comité de suivi des unités en diagnostic *Alerte*

Dans la continuité d'une direction porteuse de la démarche d'évaluation de la charge de travail, nous proposons la mise en place d'un cadre institutionnel pour suivre les unités nécessitant un accompagnement. Si le diagnostic initial et les actions à conduire sont déterminées par le pôle (Directeur délégué, CSS et CDS), le comité aura pour mission de veiller au bon déroulement de la stratégie mise en place et pourra proposer des mesures complémentaires de prévention et d'adaptation des organisations.

Il pourra être composé de la façon suivante :

- Direction des soins
- Direction des Ressources Humaines
- Service de santé au travail
- Psychologues du travail (si nécessaire, par exemple expression d'épuisement professionnel)
- Représentants des pôles concernés
- Représentant du personnel

Ce comité pluridisciplinaire étudiera les situations aiguës, au moins une fois, dans un délai qui sera à définir avec le pôle, et rendra un avis quant à la nécessité ou non de poursuivre un suivi et de prendre de nouvelles orientations.

L'objectif est d'agir sur l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge des patients, et l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels conformément au projet médico soignant et au projet social de l'établissement.

Nous aurions pu développer beaucoup d'autres préconisations, en lien avec la communication, le management ou l'instauration d'une démarche QVT et nous avons privilégié un abord stratégique en équipe de direction et un abord opérationnel avec une présentation de méthodes et d'outils. Les actions à conduire demain pour porter cette démarche, seront en lien avec l'état des lieux que nous réaliserons à notre prise de fonction.

Conclusion

Aujourd'hui encore, mesurer la charge de travail et/ou la charge en soins reste complexe pour les établissements. Après un essor à la fin des années 90, les méthodes d'évaluation de la charge en soins ont été peu à peu remplacées par des indicateurs de gestion, des indicateurs RH et des mesures comparatives par benchmarks, avec la mise en place de bases de données.

Nous avons eu l'opportunité dans le cadre de notre travail de recherche, d'observer un établissement porteur avec succès de la traduction et de l'utilisation d'un indicateur de charge en soins (SIIPS) et de charge de travail (SIIPS + AAS). Cet élément nous a aidé à construire nos actions et nous suivrons également avec attention les travaux de l'ATIH en cours.

L'outil doit rester un moyen et ne doit pas être une fin en soi. Nous ne travaillons pas pour implémenter les données dans l'outil, mais celui-ci doit permettre de traduire ce que nous faisons, et si nous sommes dans la trajectoire attendue, c'est-à-dire de ne plus être seulement dans des logiques gestionnaires, mais dans des logiques d'accompagnement à la transformation.

La réalisation de ce travail nous aura permis de poser le rôle du DS, dans sa compétence stratégique par la co-construction et la co-responsabilité au niveau de la gouvernance de l'établissement, en étant force de proposition de la mise en place d'une méthode d'évaluation de la charge de travail et de la charge en soins.

Cette démarche vient nourrir le Projet Médical, le Projet de Soins et le Projet Social et prendra sa force dans le Projet Management de l'établissement. Cela suppose une ouverture au dialogue qui nécessitera de laisser les professionnels et l'encadrement exprimer leurs problèmes et leurs doutes sur l'organisation, faire des suggestions, et évoquer avec eux le sens de leur travail pour combattre l'opposition et permettre la convergence de la valeur organisationnelle et de la valeur personnelle.

C'est enfin permettre au DS de valoriser l'activité du soignant comme indicateur de prise de décision, utiliser son expertise pour apporter des réponses au besoin de soins des patients par des organisations performantes, et accompagner l'encadrement et les professionnels dans la conduite du changement et l'appropriation des projets nécessaires à l'évolution de l'hôpital.

Bibliographie

Ouvrages

- ABRIC J.C., 1988, *Coopération, compétition et représentation sociale*, Cousset, Del Val
- ABRIC J.C., 1997, *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF, 2^{ème} édition
- DURAND JP., 2004, *La chaîne invisible. Travailler aujourd'hui : flux tendu et servitude volontaire*, Paris, Ed. Du Seuil.
- GRANDJEAN P.,FERMON B.,2015, *Performance et innovation dans les établissements de santé*, DUNOD
- GUIMELLI Ch.,1994, *Textes de base en sciences sociales - Structure et transformation des représentations sociales*, Ed Delachaux et Niestle
- JODELET D.,2003, *Les représentation sociales*, Paris: PUF
- LETEUTRE H.,VAYSSE M., 1994, *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Audit hôpital, ed. Berger-Levrault, Paris
- MIAS, C., 2013, *Implication professionnelle*. In : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, Louvain-la-Neuve
- MOSCOVICI S., 1976, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 2^{ème} édition

Articles de revues/périodiques

- BARLET M., MARBOT C., Edition 2016, *Portrait des professionnels de santé – fiche 17 - Panoramas de la DREES*.
- BATAILLE M. et al.,1997, *Représentations sociales, représentations professionnelles, système des activités professionnelles*, in L'année de la recherche en sciences de l'éducation, Paris PUF
- BOURGUIGNON A.,1996, *Définir la performance : une simple question de définition ?*, in Performance et Ressources Humaines, Paris, Economica
- CHANUT V., BOURNOIS, F., 2012, *Repenser la recherche en management : que peut nous apprendre l'évaluation des politiques publiques ?*, Recherches en Sciences de Gestion, n°89
- CONTANDRIOPOULOS A.P.,CHAMPAGNE F.,et al.,1993, *L'évaluation dans le domaine de la santé – Concepts et méthodes*, Bulletin n°33

- HERRIAU C., OLLIVER E., avril 2016, *Les tableaux de bord tendanciels projectifs : une présentation des tableaux de bord hospitaliers pour créer des espaces de discussion*, ed. Finances hospitalières, n°101
- HERRIAU, C., OLLIVER, E., juin 2019, *Dialogue de gestion : et si on parlait plutôt du RAF ? Des insuffisances du smart data à l'émergence d'une culture du reste à faire*, in Finances hospitalières, n°136
- LEPLAT J., 1977, *Les facteurs déterminant la charge de travail – Rapport introductif*, Le Travail humain (le), tome 40, n°2
- LEPLAT J., HOC JM., 1983, *Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations*, Les cahiers de la psychologie cognitive, n°3
- LOMBRIL P., NAIDITCH M., BAUBEAU D., CUNEO P., décembre 1999, *Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions d'une comparaison – Les dossiers de la DREES n°42*
- MOISDON J., 2015, *La prise en compte des ressources humaines dans l'Étude Nationale de Coûts*, Journal de gestion et d'économie médicales, n°33
- MONOD H., LILLE F., et al, 1976, *L'évaluation de la charge de travail*, *Arch.Mal.Prof.*, 37
- RIVELINE C., juillet/septembre 1991, *Un point de vue d'ingénieur sur la gestion des organisations*, Revue Française d'Administration publique, n° 59
- SEBAI J., 2015, *L'évaluation de la performance dans le système de soins. Que disent les théories ?*, in Revue Santé Publique , vol 23
- WEIDER MC.,HAJJAR M., INCHAUPSE I., DURAND L., février 2014, *Recueil généralisé des SIIPS et des AAS*, in Gestions Hospitalières, n°533

Textes législatifs et règlementaires

- Code de la santé publique – art L6143-2-2
- Code de la santé publique - art. L6143-2-1
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- INSTRUCTION N° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020

Sites internet

- <https://ressources.anap.fr/imagerie/publication/1688>
- <https://ressources.anap.fr/numerique/publication/334-kit-de-base-tb-bord/1419>
- <http://www.secodif.com/logiciels/pendiscan/>
- <https://www.atih.sante.fr/mesure-de-la-charge-en-soins-enc-mco>

Autres

- EFROS D., LEMAITRE C.N., BELLIES L., juin 2015, *Analyser l'activité pour comprendre le travail*, Assises du CEPERC, hal-01291595

Liste des annexes

- Annexe I Guide d'entretien de l'enquête de terrain
- Annexe III Grille d'état des lieux SWOT de convergence des organisations médicales et soignantes

Annexe I

Guide d'entretien – Charge de travail/Charge en soins

Métier Actuel :	Depuis quand :	Métier précédant :

1. **Qu'est-ce que pour vous la charge de travail ?**
2. **Qu'est-ce que pour vous la charge en soins ?**
3. **Selon vous, comment pourrait-on évaluer la charge en soins des soignants dans toute ses dimensions ?**
4. **Connaissez-vous des indicateurs de suivis de la charge de travail et de la charge en soins ?**
5. **Quel lien faites-vous entre charge de travail et organisation du travail ?**
6. **Que pensez-vous des ratios/lits pour les unités normées et non normées ?**
7. **L'évaluation de la charge de travail est-elle pour vous nécessaire/souhaitable ?**
Si oui, pourquoi?
Si non, pourquoi ?
8. **Selon vous, est-il possible d'objectiver/quantifier la charge de travail /en soins?**
9. **Utilisez-vous des indicateurs de suivis de la charge de travail / en soins ?**
Si oui,
 - a. Lesquels ?
 - b. Avez-vous été formé à la saisie/ l'utilisation de ces indicateurs ?
 - c. Existe-il un contrôle qualité de saisie de ces indicateurs et par qui ?
 - d. Comment sont-ils utilisés (traduits) ?
 - e. Avez-vous déjà réajusté des organisations de travail en fonction de ces indicateurs ?
 - f. Avez-vous déjà réajusté des effectifs cibles en fonction de ces indicateurs ?
Si non, pensez-vous qu'il serait intéressant d'en utiliser ?
10. **Seriez-vous favorable à la co-construction d'indicateurs de suivi de charge de travail/en soins ? (Autres que ceux connus/utilisés)**

Si oui, pourquoi et avec qui ?
Si non, pourquoi ?

11. Dans votre travail, vous arrive-t-il d'évoquer la charge de travail/soins ?

Si oui, avec qui et pour quels motifs ?

12. (IDE) Que faites-vous si vous avez une charge de travail trop importante ?

13. (CDS) Que faites-vous si l'équipe vous fait part d'une charge de travail trop importante ?

14. (CSS, DS, DRH) Que faites-vous si l'encadrement vous fait part d'une charge de travail trop importante ?

Annexe II

Grille d'état des lieux SWOT - Projet Convergence des organisations médicales et soignantes

ÉTAT DES LIEUX <hr/> Projet Convergence des organisations médicales et soignantes
--

Pôle : Identification de l'unité :	
Descriptif de l'unité (nombre de lits, organisation, mutualisations...).	
Encadrement : Cadre supérieur de Santé. Cadre de santé.	
Médecin référent. Chef de Service	
Enjeux sur le plan stratégique (projets en cours, développement des activités...).	
Opportunités de la démarche convergence.	
Risques d'une telle approche.	

	1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	2) ORGANISATION DES FLUX (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES
FORCES <i>Les aspects positifs internes</i>				

	1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	2) ORGANISATION DES FLUX (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES
FAIBLESSES <i>Les aspects négatifs internes</i>				

	1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	2) ORGANISATION DES FLUX (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES
MENACES <i>Les aspects négatifs externes</i>				

	1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	2) ORGANISATION DES FLUX (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES
OPPORTUNITÉS <i>Les aspects positifs externes</i>				

	1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	2) ORGANISATION DES FLUXS (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES
PRÉCONISATIONS Les axes, les objectifs qui constitueront le Contrat d'Organisation Interne	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.	1. 2. 3.

Grille d'analyse de l'état des lieux

Projet Convergence des organisations médicales et soignantes

Méthode pour réaliser l'état des lieux :

Descriptif

Pôle : Identification de l'unité :	
Descriptif de l'unité (nombre de lits, organisation, mutualisations...).	
Encadrement : Cadre supérieur de Santé. Cadre de santé.	
Médecin référent. Chef de Service	
Enjeux sur le plan stratégique (projets en cours, développement des activités...).	
Opportunités de la démarche convergence.	
Risques d'une telle approche.	

1) SUIVI AU QUOTIDIEN DES PATIENTS	
Les échanges d'information entre médecins et soignants au quotidien sur les patients (staff, transmissions...)	<p>Existe-t-il des temps de coordination médecins-soignants ? À quel rythme ? Quelle durée ? Quelle forme ? Pour quels objectifs ? Sont-ils communs et partagés (connus de tous) ?</p> <p>Existe-t-il une traçabilité ? Les éléments de traçabilité sont-ils suffisants ?</p> <p>Ces temps sont-ils suffisants ?</p> <p>Le lieu est-il adapté ?</p> <p>Tous les professionnels concernés sont-ils disponibles pour y assister ?</p>
L'organisation des visites et des contre-visites.	<p>A quel rythme ? Quelle durée ? Quelle forme ? Fréquence de la séniorisation ? Pour quels objectifs ? Sont-ils communs et partagés (connus de tous) ?</p> <p>Existe-t-il des temps de coordination médecins-soignants ? A quel rythme ? Quelle durée ? Quelle forme ? Pour quels objectifs ? Sont-ils communs et partagés (connus de tous) ?</p> <p>Existe-t-il une traçabilité ? Les éléments de traçabilité sont-ils suffisants ?</p> <p>Ces temps sont-ils suffisants ?</p> <p>Le lieu est-il adapté ?</p> <p>Tous les professionnels concernés sont-ils disponibles pour y assister ?</p> <p>Existe-t-il des liens entre les staffs du matin et les visites ou CV ?</p> <p>Existe-t-il une planification des temps de participation conjointe</p>

2) ORGANISATION DES FLUXS (ENTRÉES/ SORTIES) ET PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS	
L'organisation de l'entrée des patients.	<p>Qui valide l'entrée ? Qui délivre l'information au soignant de l'admission du patient ? Sur quels supports de communication ?</p> <p>Quelle prise en compte de la disponibilité des places ?</p> <p>Quelle est la disponibilité des soignants pour l'accueil ?</p> <p>Qui donne les informations sur l'état clinique ? À quel moment ?</p> <p>Existe-t-il une coordination médico-soignante à l'accueil dans l'unité ?</p> <p>Est-ce que les éléments du dossier nécessaire à a prise ne charge du patients sont disponibles au bon moment dans l'unité ?</p>
La planification des sorties des patients.	<p>Qui valide la sortie ? Avec quelle anticipation pour la préparation de la sortie (ex : les examens complémentaires, aide à domicile, inscription dans les structures, ...) ? Qui délivre l'information au soignant de La sortie du patient ? Sur quels supports de communication ?</p> <p>Qui communique la sortie prévisionnelle en vue de la gestion des lits ? A qui ? Sur quel support ?</p> <p>Chaque professionnel concerné remplit-il suffisamment tôt sa partie dans le logiciel Via Trajectoire.</p> <p>Est-ce que tous les éléments du dossier nécessaires au traitement de la sortie sont prêts à temps et transmis aux interlocuteurs ?</p> <p>Y a-t-il une concertation médico-soignante sur l'adéquation nombre de sorties ressources en personnel disponibles et une planification horaire ?</p>
La programmation des pratiques les plus courantes.	<p>Est-ce que la coordination médico soignante est formalisée et connue (prescriptions et /ou protocoles décrivant l'enchaînement de actes et des examens, traçabilité médicale des entretiens médicaux, ...) ?</p> <p>Est-ce qu'il y a une prise en compte de la planification des actes à réaliser dans une journée ? Existe-t-il des supports partagés ?</p> <p>Est-ce qu'il y a anticipation et communication lorsque la participation d'un autre professionnel est nécessaire ?</p>

<p>La programmation des pratiques posant des difficultés spécifiques.</p>	<p>Est-ce que la coordination médico soignante est formalisée et connue (prescriptions et /ou protocoles décrivant l'enchaînement de actes et des examens, traçabilité médicale des entretiens médicaux, ...) ?</p> <p>Est-ce qu'il y a une prise en compte de la planification des pratiques posant des difficultés spécifiques ? Existe-t-il des supports partagés ?</p> <p>Est-ce qu'il y a anticipation et communication lorsque la participation d'un autre professionnel est nécessaire à la gestion des ces difficultés ?</p>
<p>La programmation des examens médico-techniques.</p>	<p>Est-ce que la coordination médico soignante est formalisée et connue (prescriptions et /ou protocoles décrivant l'enchaînement de actes et des examens médico-techniques) ?</p> <p>Est-ce qu'il y a une prise en compte de la planification des actes médico-techniques à réaliser dans une journée ? Existe-t-il des supports partagés ?</p> <p>Est-ce qu'il y a anticipation et communication lorsque la participation d'un autre professionnel est nécessaire pour des actes médico-techniques (pansement, ponction, biopsie...) ?</p>

3) ORGANISATION DE LA PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS	
L'articulation des présences des professionnels.	<p>Les absences pour congés des médecins, des cadres, des professionnels supports (IDE Coordination, psychologue, ASE, MK, Ergo, ...) et la délégation sont-elles communiquées et connues ?</p> <p>Est-ce qu'une planification des présences médicales et soignantes est établie et affichée ?</p> <p>Les fluctuations de l'activité sont-elles connues et affichées ?</p>
La répartition des responsabilités entre praticiens	La répartition des responsabilités médicales est-elle connue et formalisée, affichée ?
La place des internes au sein de l'unité	La répartition des responsabilités médicales des internes est-elle connue et formalisée, affichée ?
La continuité de la prise en charge (médicale, chirurgicale, anesthésique)	La répartition des responsabilités médicales est-elle connue et formalisée, affichée ?
L'organisation de la permanence des soins.	<p>La répartition des responsabilités médicales la nuit les week-ends et les fériés est-elle connue et formalisée ?</p> <p>Les organisations de soins standards sont-elles formalisées et connues ? Idem pour les modes dégradés lors des diminutions de personnels ?</p>
L'organisation de la gestion des interfaces avec services et établissements partenaires	<p>Les modalités de collaboration avec les différents partenaires sont-elles définies, connues et formalisées (urgences, SSR,...) ?</p> <p>Le rôle de chacun des professionnels (Médecin, Cadre, ASE, ...) est-il défini, connu, formalisé ?</p>
Réorganisation des activités en situation de crise	Les modalités de gestion de crise sont-elles définies, formalisées, connues ?

4) PILOTAGE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET AMÉLIORATION DES COMPÉTENCES	
Les réunions de travail sur l'organisation, le projet de soins et le projet médical	<p>Existe-t-il des temps de travail sur l'organisation médecins-soignants ? À quel rythme ? Quelle durée ? Quelle forme ? Avec quels objectifs, sont-ils communs, partagés et connus de tous ?</p> <p>Existe-t-il une traçabilité de ces réunions ? Les éléments de traçabilité, s'ils existent, sont-ils suffisants, accessibles, lus ?</p> <p>Ces temps de réunion sont-ils suffisants ?</p> <p>Le lieu des ces réunions est-il adapté ?</p> <p>Tous les professionnels concernés sont-ils disponibles pour y assister ?</p>
Les annonces au patient et famille/proches (décès, état du patient, événement indésirable, ...)	<p>Les rôles et les limites de chacun sur l'information délivrés aux patients et aux familles/proches sont-ils formalisés et connus de tous (annonce diagnostic, aggravation, changement de service, fin d'hospitalisation pour retour à domicile ou vers une autre structure, décès, annulation de bloc, EI, EIG, ...) ?</p> <p>Les professionnels en charge de ces annonces sont-ils définis et les coopérations lorsqu'elles sont nécessaires établis ?</p> <p>Y a-t-il un accord sur les modalités ?</p> <p>Comment est organisée la traçabilité de ces temps d'information ?</p>
Les compétences professionnelles	<p>Les modalités de formation et d'intégration des nouveaux professionnels sont-elles connues et affichés ?</p> <p>Les compétences soignantes spécifiques à l'unité sont-elles identifiées et des modalités d'acquisition en interne au service sont-elles organisées ?</p> <p>Existe-t-il une formalisation de l'acquisition de ces compétences spécifiques (tableau des compétences, repérage des personnes ressources, ...) ?</p>
Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	<p>Existe-t-il des espaces médico-soignants d'analyse d'activité et de qualité et sécurité des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicateurs, - analyse des dysfonctionnements et amélioration des pratiques (CREX, RMM, GAP, EPP...) ? <p>Comment est organisée la traçabilité de ces temps d'analyse d'activité ?</p>

DEYMIE	Christelle	Décembre 2021
Directeur des Soins Promotion 2021		
La charge de travail et la charge en soins : entendre, comprendre, agir.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>		
<p>Résumé :</p> <p>Depuis de nombreuses années, les indicateurs et tableaux de bord ont fait leur apparition pour un pilotage stratégique et permettre une analyse précise et comptable de l'activité. Les professionnels des unités de soins décrivent une charge de travail de plus en plus importante : se pose alors la question de son évaluation et de la mesure de la charge en soins. Nous avons interrogé des professionnels des unités de soins (IDE) , de l'encadrement (CDS et CSS) et de la direction (DS et DRH) pour comprendre leur représentation de la charge de travail et de la charge en soins, déterminer si une méthode d'objectivation pouvait nourrir un dialogue et permettre d'avoir une analyse plus fine des organisations soignantes. Nous proposons à l'issu de ce travail une méthode de déploiement d'un indicateur de la charge de travail/charge en soins, la co-construction une fiche réflexe d'analyse pour les unités de soins en seuil d'alerte, la mise en place d'un comité institutionnel de suivi des situations aigues, et de promouvoir l'implication des équipes dans la convergence médico soignante.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Charge de travail – Charge en soins – Représentations sociales – Représentations professionnelles – Performance – Évaluation - SIIPS - PRN – PENDISCAN – Convergence médico-soignante.</p>		
<i>L'École des Hautes Études 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>		