



EHESP

**Directeur d'Établissement
Sanitaire et Social Public**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

La satisfaction au travail :
un enjeu pour l'amélioration de la qualité
du service rendu.

Le cas de l'hôpital local de Sarre-Union (Bas-Rhin).

Emmanuel WITTMANN

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier M. René FONTAINE, directeur de l'hôpital local de SARRE-UNION pour m'avoir accueilli au sein de son établissement et encadré tout au long de ce stage en attachant du prix à ce tutorat. Son dévouement, ses conseils et sa disponibilité m'ont été très précieux. Mes remerciements vont également à M. SENE, Maire et Président du conseil d'administration pour son accueil chaleureux au sein de l'instance.

Je tiens à remercier M. VELT, Mme DEBES et Mme FREJAVILLE membres de l'équipe administrative pour leur disponibilité témoignée dans mes diverses démarches et recherches.

Ma gratitude va également à Mme NEU, cadre de santé, M. DOTTI, attaché chargé de la qualité, Mme KOPP référent maison de retraite, Mme SCHMITT responsable de l'hôpital de jour, Mme JANUS responsable lingerie, M. IRION, responsable restauration, M. SCHMIDT, responsable technique pour leurs contributions.

Ma reconnaissance ne serait pas complète sans exprimer ma gratitude à l'ensemble du personnel de l'hôpital local. Je tiens à remercier tout particulièrement les agents qui se sont soumis au questionnaire de satisfaction sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pu voir le jour. Un grand merci à Docteur SCHMITT, médecin du travail pour ses précieux éclaircissements.

Mes remerciements vont également à M. GILBON, responsable de formation de la filière DESSMS, pour son soutien et ses conseils méthodologiques.

Enfin, je tiens à remercier Valérie, mon épouse, pour sa patience et son soutien tout au long de ce parcours de professionnalisation.

Sommaire

Introduction	1
1 Les attitudes au travail et la perspective d'une amélioration continue du service rendu.....	5
1.1 Etat des connaissances sur les postures au travail : le cas de la satisfaction.....	5
1.1.1 Les modèles théoriques de satisfaction et de motivation.....	5
1.1.2 Une approche controversée : la satisfaction par la rémunération.....	7
1.1.3 Une approche par la sociologie des organisations	8
1.2 Les établissements de santé sont résolument entrés dans un contexte d'amélioration continue de la qualité	10
1.2.1 Fondements réglementaires.....	10
1.2.2 Coup de projecteur sur la démarche qualité	12
1.2.3 La certification : pérennisation et intégration de la démarche qualité	14
1.3 Site de l'étude	16
1.3.1 Organigramme.....	16
1.3.2 Population à l'étude	17
1.4 Une méthodologie adoptée collectivement	18
1.4.1 Approche choisie	18
1.4.2 Les instruments de collecte des données.....	18
1.4.3 Planification opérationnelle.....	19
1.4.4 Les limites de l'étude	20
2 L'exploitation des résultats : une puissante source de renseignements.....	21
2.1 Remarques liminaires	21
2.2 Analyse détaillée des réponses extraites des questionnaires et des entretiens	22
2.2.1 Les conditions de travail	22
2.2.2 La communication.....	26
2.2.3 Le bureau des ressources humaines.....	28

2.2.4	La formation et la compétence	29
2.2.5	La sécurité et la confiance	31
2.2.6	L'utilité sociale et la reconnaissance	32
2.2.7	Les relations de travail	36
2.3	Analyse des profils : perspective avec le tableau des effectifs.	38
3	La discussion des résultats : un levier propice aux recommandations.....	39
3.1	Discussion globale des résultats.....	39
3.2	Préconisations	39
3.2.1	Préconisations relatives au management fonctionnel.....	40
3.2.2	Vers une synergie participative	51
	Conclusion	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAHP	Attaché d'administration hospitalière principal
ACH	Adjoint des cadres hospitaliers
AFNOR	Association Française de Normalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
AS	Aide soignant(e)
ASH	Agent des services hospitaliers
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifiés
BRH	Bureau des ressources humaines
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CLACT	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de santé publique
MDR	Maison de retraite
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Effectif en équivalent temps plein
FPH	Fonction publique hospitalière
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hôpital de jour
HL	Hôpital local
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDR	Maison de retraite
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PE	Projet d'établissement
PUI	Pharmacie à usage intérieur
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée

Introduction

Les établissements de santé sont engagés depuis plus d'une décennie dans un processus d'amélioration de leurs prestations. C'est un tournant décisif tant dans le secteur de la santé que dans le secteur médico-social. Il s'agit d'une nouvelle conception du service à l'utilisateur qui s'attache à atteindre des objectifs fixés par une politique appropriée, la démarche qualité.

Dans le domaine de la santé, la démarche qualité a pour objectif de permettre à une structure organisationnelle d'être en capacité d'obtenir une haute qualité des soins à destination, du patient, du résident ou de l'utilisateur. Pour les établissements, il s'agit d'une démarche de longue haleine pleinement préparée en amont et qui a vocation à durer dans le temps. Or, un établissement de santé est composé d'équipes pluridisciplinaires impliquées au sein de la structure. Du degré de cette implication peut dépendre la qualité du service rendu à de l'utilisateur. Il existe en effet, une relation entre l'implication au travail et la manière dont il est exécuté.

La quasi-totalité des organisations sont aujourd'hui conscientes de la nécessité de gérer efficacement les ressources humaines en agissant sur les paramètres de la motivation au travail des individus. Il s'agit en quelque sorte de connaître précisément ce qui pousse les individus à se comporter de telle manière plutôt qu'une autre afin de réaliser ce pour quoi ils sont employés. La confrontation entre le ressenti de l'employé sur les conditions de réalisation de son travail et ses attentes initiales lui procure soit une satisfaction, soit une insatisfaction. Un directeur peut donc avoir intérêt à connaître plus précisément quel est l'état de satisfaction ou d'insatisfaction de ses collaborateurs dans l'hypothèse où le ressenti de l'individu en terme de bien être au travail agit sur sa motivation.

Malgré les efforts entrepris à l'échelon national pour motiver le personnel hospitalier public (revalorisation, promotion, indemnité, bonification indiciaire, formation) le problème de la satisfaction au travail reste posé.

Les conditions de travail jouent un rôle important dans les motivations des personnels de rester ou quitter la profession et sont l'une des causes de l'abandon prématuré des métiers du secteur sanitaire et social, plus particulièrement marqué auprès des professionnels soignants. Une enquête menée en 2002 au niveau européen auprès de dix

pays¹ montre en effet que de nombreux aspects du travail, physiques et psychosociaux sont associés à une forte « *intention de quitter les soins* » notamment en raison d'une forte insatisfaction au travail. De nombreux soignants quittent leur profession bien qu'aimant leurs métiers.

Depuis la grande grève des infirmières de 1988 d'autres manifestations se déroulent régulièrement jetant ainsi sur la place publique de manière récurrente un grand malaise hospitalier. La médiatisation sur « l'hôpital malade » se développe depuis plus d'une décennie. Dans leur ouvrage, *Soigner l'hôpital*², Josette HART et Alex MUCCHIELLI nous dressent un bilan pathologique des établissements de santé en montrant que le malaise est essentiellement lié à l'encadrement (management hyper affectif) et à des causes plus structurelles (dysfonctionnements liés aux difficultés de l'exercice de l'autorité). Le Professeur DE KERVASDOUE dans *La crise des professions de santé*³ dresse un état des lieux d'un secteur en plein bouleversement et conclut qu'il s'agit d'une crise de chacun des acteurs et de leur relation. Enfin, la Cour des Comptes dans son *Rapport sur les personnels des établissements publics de santé*⁴ consacre un chapitre 1^{er} aux inadaptations des cadres de gestions des personnels.

Du fait de leur orientation généralement gériatrique, la plupart des hôpitaux locaux (HL) relèvent à la fois des champs sanitaire et médico-social et fournissent une réponse à la prise en charge des personnes âgées. Du point de vue sanitaire, l'article R-6141-18 du Code de santé publique (CSP) précise les missions de l'HL. Il a pour objet de dispenser : avec ou sans hébergement des soins de courte durée en médecine, des soins de suite et de réadaptation ; avec hébergement, des soins de longue durée. Du point de vue médico-social, l'article L312-1, 6° du Code de l'action sociale et des familles (CASF) précise que les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Aujourd'hui l'âge moyen d'entrée d'un résident en institution s'élève à plus de 83 ans contre 82 ans dix ans plus tôt⁵. Ils sont également de plus en plus dépendants. En conséquence, les personnels sont de plus en plus éprouvés par leur charge de travail et regrettent un manque de moyen, ce qui alimente leur insatisfaction.

¹ Etude PRESST-NEXT, janvier 2004, (*Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au travail*), 66 p

² HART J. et MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital*, Paris : Lamarre, 1994, 189 p

³ DE KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*, Paris : Dunod, 2003, p 309

⁴ COUR DES COMPTES, rapport public thématique mai, 2006, *Les personnels des établissements de santé*, 154 p

En réponse les politiques de réforme se succèdent et s'accroissent ces dernières années. Toutefois, selon Jean DE KERVASDOUE « l'Etat cherche toujours sous le même réverbère la clé d'une régulation que définitivement il ne trouve pas »⁶.

Depuis 1996, les établissements de santé sont entrés dans l'ère de l'évaluation. Ils doivent aujourd'hui être certifiés par un organisme créé par la loi afin d'être autorisé à poursuivre leur activité. Il s'agit de contrôler l'organisation et le fonctionnement des établissements afin de s'assurer de la qualité des soins. La prise en compte du facteur humain n'est pas ignorée, bien au contraire.

Le développement de l'évaluation des pratiques managériales par l'agence chargée de cette certification, aujourd'hui la Haute Autorité de Santé (HAS), montre combien la question des ressources humaines est au cœur des préoccupations de la démarche qualité l'intégrant largement dans le périmètre de la certification. Les recommandations de l'agence invitent la direction à mener une enquête de satisfaction du personnel de l'établissement dans le cadre d'une autoévaluation de la politique de gestion des ressources humaines (GRH)⁷.

L'HL de Sarre-Union (département du Bas-Rhin) objet de la présente étude s'est engagé dans la démarche de la certification « version 2 » dès septembre 2007 et a prévu l'aboutissement pour la fin novembre 2008. Cette évaluation d'envergure génère des contraintes supplémentaires tant dans les phases diagnostic que dans la mise en œuvre des actions correctives. L'ampleur des travaux préparatoires liés à la certification mérite que l'on mette à profit les axes développés par l'autorité en charge de la certification.

Ce mémoire s'intéresse à la mesure de la satisfaction de l'ensemble du personnel d'un établissement public de santé (EPS) en apportant une réponse à la question : dans quelle mesure les personnels de l'HL de Sarre-Union sont-ils éprouvés par les difficultés d'exercice dans un cadre national en évolution ? De ce travail on cherchera à savoir comment l'analyse des satisfactions ou insatisfactions des personnels au travail peut concourir à l'amélioration du service rendu à l'utilisateur. En d'autres termes, comment la mesure de ces deux facteurs peut se révéler être un outil de gestion de la qualité utile au directeur et lui proposer quelques leviers d'action ?

⁵ DREES, avril 2006, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées », Etude et résultats, n°485, p.8

⁶ DE KERVASDOUE J., février 2005, « Une crise profonde et multiforme », Soins Cadres, n°56, pp 27-31

L'objectif général consiste à recueillir des données sur la satisfaction et l'insatisfaction au travail du personnel de l'établissement. Quel est le degré de satisfaction au travail du personnel de l'HL de Sarre-Union ? Nous partons de l'hypothèse que certains personnels sont satisfaits et d'autres insatisfaits vis-à-vis des facettes de l'emploi dans un contexte national voire international réputé difficile et en pleine mutation et que la direction ne connaît pas précisément quels sont les principaux facteurs de satisfaction et d'insatisfaction internes. Nous allons chercher à les appréhender au plan local.

Plus spécifiquement, en quoi l'analyse des éléments recueillis peut-elle concourir à l'amélioration de la qualité du service ? Partant de l'hypothèse que les personnels sont rationnels et agissent en fonction des contraintes propres à leur poste, l'enquête peut porter, le cas échéant, à la connaissance de la direction, différents dysfonctionnements. La présente étude a vocation à mettre une enquête interne au service de la démarche qualité. Enfin, pour que ce travail puisse être utile au manager, des propositions susceptibles de guider la direction sont développées.

Mesurer les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction des personnels au travail nécessite un préalable. S'agissant de la première enquête de ce type dans l'établissement, il y a absence de données sur ce sujet. L'enquêteur, à savoir l'élève directeur, a donc cherché à créer un outil méthodologique permettant de recenser ces facteurs à l'aide d'un questionnaire élaboré en groupe de travail. Des entretiens individualisés viennent compléter et enrichir le recueil de données.

Après avoir abordé quelques modèles entourant le concept de la satisfaction au travail, nous expliquerons dans quelle mesure les établissements de santé se sont inscrits dans une politique d'amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Le champ exploratoire investi par le présent travail d'enquête, a permis une analyse des informations recueillies sur la perception des agents de leur milieu professionnel au sein de cet établissement.

Enfin, la discussion globale des résultats servira d'esquisse en vue de dégager quelques recommandations au profit du manager.

⁷ Ce point sera développé § 1.2.

1 Les attitudes au travail et la perspective d'une amélioration continue du service rendu

Satisfaction et motivation, deux concepts proches ont fait l'objet d'études théoriques afin de comprendre et optimiser les agissements des hommes dans les organisations. Ces dernières sont de plus en plus engagées dans une démarche d'amélioration continue de leurs prestations et font l'objet d'évaluation interne et externe. Plus particulièrement, les établissements de santé devront être certifiés par une autorité indépendante, à l'instar de l'HL de Sarre-Union, objet de la présente étude méthodologique.

1.1 Etat des connaissances sur les postures au travail : le cas de la satisfaction

Selon le dictionnaire « LE ROBERT »⁸, la satisfaction est un sentiment de bien-être ; plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable. Par rapport à son travail, l'individu peut éprouver du plaisir ou du bien-être, ou au contraire, de l'aversion. Il s'agit donc d'un ressenti émotionnel : la satisfaction ou l'insatisfaction.

La satisfaction a fait l'objet de nombreuses études et a été présentée comme un moteur de la performance au même titre que le concept de motivation au travail. En effet, de nombreuses modélisations théoriques de la motivation et de la satisfaction présentent des similitudes. La motivation professionnelle se définit comme la volonté de fournir un effort pour atteindre les objectifs fixés par l'organisation, volonté conditionnée par la capacité dudit effort à satisfaire un besoin. Ainsi, la motivation rejoint la satisfaction.

1.1.1 Les modèles théoriques de satisfaction et de motivation

La phase Taylorienne⁹ marquant la première période de l'ère industrielle à la fin du 19^{ème} siècle nous propose le modèle de « l'homo oeconomicus » pris en charge par une organisation scientifique du travail. En échange de sa force physique, l'ouvrier reçoit un salaire proportionnel à son rendement. C'est l'utilisation maximale de l'outillage, de la

⁸ Dictionnaire LE PETIT ROBERT, éd 2006, p 2365

⁹ SCHEID J.C., *Les grands auteurs en organisation*, Paris : DUNOD, 1980, p 80

force de travail spécialisée et la suppression des gestes inutiles. L'homme est motivé par sa rétribution ce qui satisfait ses besoins.

Le modèle de MAYO¹⁰ pendant l'entre deux guerres met en évidence une autre strate de motivation : celle du besoin social de relation et d'intégration dans une cellule de base. C'est la naissance de la dynamique du groupe de travail. Au sein d'une équipe soudée, la motivation individuelle va être soutenue et amplifiée par un esprit commun qui vise un but attractif.

Les travaux de MASLOW et de HERZBERG, psychologues américains sont basés sur les besoins des individus. Dans le cadre d'une grande enquête réalisée en 1959, HERZBERG¹¹ met en évidence que certains facteurs sont sources d'insatisfaction. Il les nomme facteurs « d'hygiènes ou d'ambiances ». Il s'agit de la politique du personnel émanant de la direction et se traduisant par le règlement intérieur et les notes de service, de la surveillance exercée par les chefs, de la relation avec les supérieurs, des conditions physiques de travail et des relations avec les collègues. Par différence, il détermine d'autres facteurs susceptibles de déclencher des actes motivés. Il les nomme facteurs « moteurs ». Ce sont : l'avancement, les responsabilités, la nature de l'homme, la reconnaissance des capacités, les relations.

A son tour, MASLOW¹² propose une hiérarchisation des différents niveaux de besoins selon une pyramide : en premier les besoins physiologiques suivis par les besoins de sécurité, d'appartenance et de relations, d'estime et enfin d'accomplissement de soi. Chacun de ses besoins doit être satisfait avant que le suivant n'entre en ligne de compte. Cette hiérarchisation des besoins a beaucoup été critiquée dans la mesure où la satisfaction d'un besoin d'un certain niveau ne suffit pas toujours à supprimer celui-ci au profit d'un besoin de niveau supérieur.

Enfin, on peut terminer ce paragraphe par la théorie des trois besoins essentiels. MC CLELLAND¹³ a identifié trois besoins constituant trois moteurs en matière d'activité professionnelle.

¹⁰ SCHEID J.C., *Les grands auteurs en organisation*, Paris : Dunod, 1980, p 173

¹¹ Ibid., p 227

¹² ROBBINS S., DECENZO D., GABILLIET P., *Management L'essentiel des concepts et des pratiques*, Paris : Pearson Education France, 2008, p 290

¹³ Ibid., p 294

Il s'agit du besoin d'accomplissement (ou de réussite) qui représente un facteur important de succès professionnel en cherchant à se surpasser ; du besoin d'affiliation qui représente un fort désir d'être accepté par les membres d'un groupe car cela rassure et soutient et du besoin de pouvoir qui représente le désir d'influencer les autres en leur imposant un comportement qu'ils n'auraient pas adopté en temps normal.

L'auteur affirma que les individus entreprenants se différenciaient par leur désir de mieux faire et donc par l'envie de se surpasser.

1.1.2 Une approche controversée : la satisfaction par la rémunération

L'individu attend de son salaire une source indispensable de revenu afin de pouvoir satisfaire ses besoins de consommation courante, d'épargne ou encore pour constituer un patrimoine. De plus, à travers sa rémunération, le salarié analyse sa situation professionnelle. En effet, selon son travail et sa rémunération qui y est associée, le salarié va se demander : suis-je traité équitablement ? Suis-je apprécié ? Ai-je des opportunités pour mon avenir ?... En fonction de ses réponses, le salarié pourra tirer de son travail un sentiment de satisfaction. Ainsi, pour ces nombreuses raisons, l'entreprise a d'abord cherché à motiver ses salariés grâce à une certaine flexibilité de leur politique de rémunération.

La rémunération est souvent perçue comme la principale préoccupation des salariés et de nombreuses entreprises l'utilisent comme un outil de motivation. Aujourd'hui, dans de nombreuses grandes entreprises on peut remarquer la présence de spécialistes chargés de concevoir des politiques de rémunérations attractives notamment en période de plein emploi et de raréfaction des compétences. Au cours de campagne présidentielle française de 2007, l'argument « travailler plus pour gagner plus » a été largement évoqué dans le cadre d'une politique d'augmentation du pouvoir d'achat.

Toutefois et malgré l'amplification des préoccupations liées au pouvoir d'achat, la rémunération ne constitue pas la condition nécessaire pour garantir l'engagement des salariés. Selon un sondage « CSA - Le Parisien » réalisé en décembre 2006¹⁴, seul 31 % des salariés du secteur public ont placé le gain d'argent en premier avant la possibilité de disposer de temps libre. Dans un article paru aux « Echos »¹⁵, Frédéric BRILLET fait état

¹⁴ « L'arbitrage des salariés entre rémunération et temps libre », Le Parisien – CSA, sondage réalisé les 6 et 7 décembre 2006

¹⁵ BRILLET F., 17 juin 2008, « Engagement : la feuille de paie ne suffit pas », *Les Echos*, p 15

d'enquête au sujet de la corrélation rémunération / engagement montrant que l'influence de la rémunération sur la motivation et la satisfaction au travail n'est pas aussi évident.

L'école des relations humaines insiste davantage sur les besoins sociaux des individus comme facteur de motivation. L'argent n'est pas le facteur qui motive le plus ou qui procure le plus de satisfaction à l'homme dans son environnement de travail. Si vous payez trop peu votre personnel il ne sera certainement pas satisfait mais si vous le payez plus que nécessaire, cela ne le motivera pas nécessairement à fournir davantage d'efforts pour l'entreprise. Les gens s'impliquent plus lorsqu'ils sentent que l'entreprise s'intéresse à eux en tant que personne. Cela donne un sens à la vie et ils y retirent une certaine satisfaction.

Les structures qui se basent uniquement sur le système de récompense pour attirer, garder ou motiver leur personnel, ne consacrent probablement pas assez de temps ni d'attention à l'environnement de travail, bien que la rémunération peut avoir un aspect démotivant si elle s'avère être insuffisante.

En somme, le lien rémunération – motivation existe, la rétribution devant être suffisante, mais il n'est pas clairement établi de manière symétrique.

1.1.3 Une approche par la sociologie des organisations

La sociologie des organisations est une branche de la sociologie qui étudie comment les acteurs construisent et coordonnent des activités organisées dans le cadre d'une association d'individus construite pour structurer les coopérations (l'organisation). Elle offre une répartition des rôles de chacun des acteurs, un système de communication et une hiérarchie qui pose les rapports de pouvoir.

En étudiant le phénomène organisationnel, les chercheurs se sont intéressés à la cohésion interne, à l'adaptation des sujets à l'environnement, à la hiérarchie et aux relations de pouvoirs, aux outils de communication, aux situations conflictuelles.

Ces études permettent d'analyser des situations ou d'établir des diagnostics sur les fonctionnements humains en organisation, afin d'aider à la définition de politiques nouvelles et de contribuer aux actions de développement des potentiels humains dans les organisations publiques ou privées et en accroître l'efficacité collective.

Promue par M. CROZIER et E. FRIEDBERG dans les années 80, l'analyse stratégique rejette l'idée d'un modèle universel de l'organisation en considérant davantage l'organisation comme un système politique dans lequel les acteurs évoluent¹⁶.

Elle considère tout d'abord l'acteur comme un stratège disposant d'une marge d'action. Cet acteur est aussi considéré comme rationnel même si sa rationalité est limitée du fait que les informations qu'il reçoit sont incomplètes et qu'il ne peut, par conséquent, explorer toutes les possibilités d'action et s'arrête à « la moins insatisfaisante ». Enfin, elle met en valeur la place centrale de l'incertitude dans les organisations : dans toute organisation, aussi formelle et bureaucratique soit-elle, il existe une grande zone d'incertitude qui laisse une marge de manœuvre aux acteurs et au jeu des négociations informelles.

La sociologie des organisations nous apporte quelques enseignements. D'abord, toute organisation a une logique, même lorsqu'elle dysfonctionne. Les acteurs ont toujours de « bonnes raisons » d'adopter un comportement donné car derrière les conflits et les résistances il y a des intérêts parfois cachés plus ou moins cohérents avec les objectifs de l'établissement. Pour comprendre les comportements dans les établissements il ne suffit pas de s'en référer strictement aux traits de personnalité. Chaque individu réagit non seulement en fonction de ses caractéristiques personnelles mais aussi en fonction de sa situation. Enfin, l'acteur n'est pas irrationnel. Son comportement a toujours un sens, il est rationnel de son point de vue. L'acteur est opportuniste et est motivé par son intérêt personnel plus ou moins compatible avec l'intérêt collectif de l'organisation.

Cette approche tridimensionnelle invite le manager à analyser la situation de travail telle qu'elle est perçue au sein de l'organisation. Il se penchera sur le comportement des individus pour percevoir leurs principaux facteurs motivationnels qu'il confrontera aux intérêts de l'organisation. En convenant d'admettre la rationalité des acteurs guidée par leurs propres intérêts, le manager peut alors identifier des leviers d'action agissant sur les champs de motivation de ses collaborateurs.

La capacité du manager à écouter et à favoriser l'expression des avis est déterminante pour le développement de la confiance, véritable moteur de l'engagement. Il peut lui être utile de rechercher dans la mesure du possible une synergie entre la stratégie du collaborateur et celle de l'organisation.

¹⁶ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, chapitre 6, Trois concepts clefs de l'analyse stratégique, 1985, pp 135-168

1.2 Les établissements de santé sont résolument entrés dans un contexte d'amélioration continue de la qualité

Fondées sur le plan réglementaire, les démarches d'évaluation en santé évoluent et ont vocation à assurer l'amélioration continue du service rendu.

1.2.1 Fondements réglementaires

Plusieurs textes réglementaires internes régissent le dispositif d'accréditation et de certification des établissements de santé établis sur le territoire français. L'accréditation est une procédure externe à un établissement de soins indépendante de celui-ci et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels, qui évaluent l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Cette évaluation vise à s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins dispensés. Dans la pratique, l'accréditation est une reconnaissance formelle délivrée par une institution qui évalue les aspects techniques et les mesures d'assurance qualité.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996¹⁷ suivie du décret n° 97-311 du 7 avril 1997¹⁸ portant création de l'Agence Nationale de l'Accréditation et des Etablissements de Santé (ANAES) jette les bases du principe de l'évaluation externe des établissements de santé. Elle prévoit que tous les établissements de santé disposent de cinq ans (soit jusqu'en 2001) pour s'engager dans une procédure d'accréditation rendue obligatoire et conduite par l'agence.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002¹⁹ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a vocation à placer les malades au centre du dispositif de l'évaluation.

Enfin, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004²⁰ relative à l'assurance maladie pose le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'ANAES disparaît et confère l'intégralité des missions d'évaluation et de certification à la HAS. Cette dernière obtient le statut juridique d'autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la

¹⁷ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 632

¹⁸ Décret n° 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, JORF n°82 du 8 avril 1997 page 5328

¹⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002 page 4118

²⁰ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598

personnalité morale et de l'autonomie financière, en charge d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé. Elle garantit son indépendance principalement par l'absence de tutelle ministérielle, l'abandon de mandat de ses membres et la pratique de la collégialité.²¹

La dénomination « accréditation des établissements de santé » disparaît faisant ainsi place à la « certification des établissements de santé ». La mise en œuvre des procédures d'accréditation version 1 (V1), commencée en 1999, s'est poursuivie jusqu'en 2006. Aujourd'hui cette procédure n'est plus en vigueur. Pour les établissements de santé on parle de « certification » marquant le passage à la version 2 ou V2.

Bien que ce mémoire s'intéresse davantage à des dispositions en vigueur dans le champ sanitaire, il est utile de préciser, que les établissements sociaux et médico-sociaux sont visés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002²² rénovant l'action sociale et médico-sociale. Son article 22 dispose que les établissements « procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles ».

Le décret n° 2007-975²³ fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements sociaux et médico-sociaux précise que la procédure d'évaluation externe est à réaliser au moins tous les sept ans par un organisme habilité à savoir Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)²⁴.

En somme, le périmètre de l'évaluation recouvre désormais tous les établissements de santé, publics ou privés, qu'ils soient centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers, cliniques privées, centres hospitaliers spécialisés, hôpitaux locaux, établissements privés participant au service public hospitalier, structures de long séjour, structures d'hospitalisation de soins de suite et de réadaptation, structure d'hospitalisation à domicile, hôpitaux des armées ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux.

²¹ Site internet consultable http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_452561/principes-fondateurs

²² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002 page 124

²³ Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, JORF n°113 du 16 mai 2007 page 9373

²⁴ Site internet consultable <http://www.anesm.fr>

1.2.2 Coup de projecteur sur la démarche qualité

A) Définition d'un concept

Lorsqu'on parle de qualité, on entend en premier lieu, l'obtention d'un résultat parfait. C'est le travail bien fait, l'usager satisfait, le travailleur consciencieux : ce sont les valeurs nobles que nous portons en nous. En second lieu, et pour y parvenir, le processus de fabrication ou de service doit faire l'objet d'un ensemble de méthodes, normes et guides ayant pour but d'atteindre cette qualité. Dans l'industrie ce cheminement s'appelle la « qualité »²⁵. Enrichis par l'expérience et portés par les exigences normatives, les référentiels se développent progressivement.

Des organismes spécialisés tel que l'Association Française de Normalisation (AFNOR)²⁶ produisent des normes et des référentiels sur de nombreux champs d'activité (industries et services). Ce dernier s'intéresse également à la certification dans le domaine sanitaire et social. Il a mené des travaux normatifs et élabore des guides méthodologiques aidant les professionnels de santé à mettre en place des démarches qualité dans les établissements de santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'évaluation de la qualité des soins comme étant « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »²⁷.

La qualité est une recherche de l'adaptation de chaque chose à son usage prévu dans un souci d'efficacité et de confort. Pour y parvenir, il faut principalement chercher à améliorer la façon de travailler. C'est ce qu'on appelle la recherche de qualité dans les processus.

La démarche qualité ne doit pas être une contrainte temporaire, consentie pour obtenir une certification collective mais bien au contraire elle doit être un engagement permanent,

²⁵ DOUCET C., *La Qualité*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? 2007, p 12

²⁶ Site internet consultable <http://www.afnor.org/sante/default.htm>

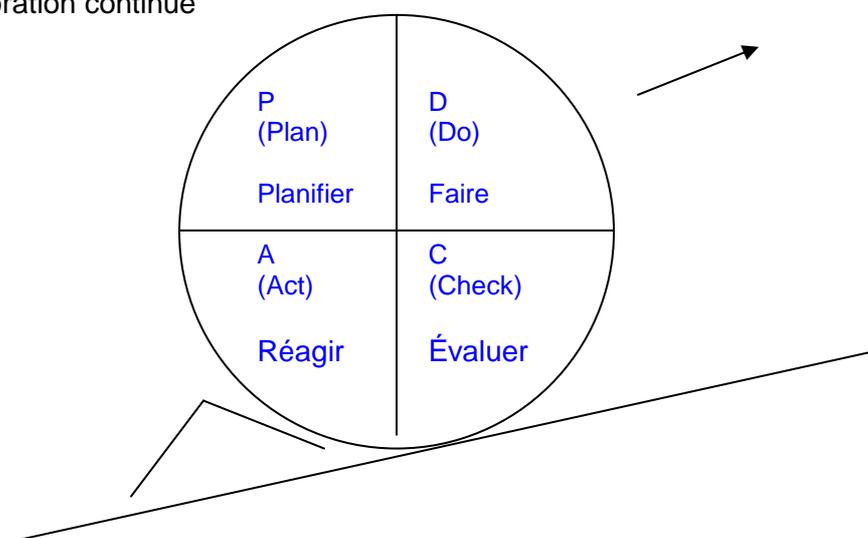
²⁷ Site internet consultable <http://www.who.int/fr/index.html>

voulu pour maintenir le respect des bonnes pratiques professionnelles et garantir les meilleurs services.

B) Pour une démarche continue : la roue de DEMING.

Ce modèle sous forme de roue est issu des travaux de William Edwards DEMING pendant la seconde guerre mondiale. Il est devenu la classique « roue de la qualité ». Ce modèle est également très utilisé en matière de conduite d'une démarche qualité dans les établissements de santé²⁸. Le schéma suivant permet une représentation visuelle du concept :

Amélioration continue



Le modèle comporte quatre phases d'un processus d'amélioration de la qualité (PDCA) :

- 1 : prévoir (Plan)

Planifier signifie avoir une logique pour anticiper et maîtriser les évolutions de l'établissement. Ce que nous voulons obtenir (les objectifs, le respect des exigences et des critères) et comment faire pour l'obtenir (processus / activités / ressources).

- 2 : mettre en œuvre (Do)

C'est faire ce que l'on a prévu.

- 3 : évaluer (Check)

Il s'agit de contrôler et vérifier que le niveau effectivement atteint correspond ou non aux attentes validées par la direction.

- 4 : réagir / (Act)

²⁸ DUPART S., juillet 2007, « Conduite d'une démarche qualité dans un établissement sanitaire, médico-social ou social de petite taille », Cours ENSP Département MATISS

La qualité est assimilée à un processus itératif continu, tel une vis sans fin. Il s'agit de rechercher les dysfonctionnements et les pistes d'amélioration suite aux actions menées sur la période précédente. Puis, on s'interrogera sur les causes des écarts pour agir et s'approcher ensuite des résultats attendus.

1.2.3 La certification : pérennisation et intégration de la démarche qualité

La procédure de certification reprend les objectifs de l'accréditation V1 en mettant l'accent sur la durée par l'amélioration continue des prestations offertes par les établissements. La HAS affine son dispositif de mesure notamment pas le biais de l'évolution des références, et une redéfinition du système de cotation. Elle érige l'implication des professionnels en principe.²⁹

A) La qualité du management des établissements : un objectif transversal

L'impact du management des établissements sur le fonctionnement des services et des prestations dispensées à l'utilisateur est loin d'être négligeable. En conséquence, la HAS s'intéresse à la capacité d'un responsable ou d'un cadre à diriger ou guider une équipe pluridisciplinaire. Sur le terrain, il est courant de constater qu'un changement de manager dans une organisation peut provoquer un nouveau dynamisme ou au contraire entraîner la structure dans l'abîme. Ce type de situation extrême se rencontre tant dans les établissements de santé que dans les entreprises du service marchand et ce quelque soit la taille ou le type de la structure.

La HAS fait référence aux principales fonctions du manager théorisées par de nombreux auteurs. Suite à ses travaux, l'ingénieur français Henri FAYOL³⁰ énumère quatorze principes de management. Pour lui, la fonction administrative ou de direction comprend cinq leviers : la prévoyance, l'organisation, le commandement, la coordination et le contrôle. Henry MINTZBERG propose d'aller au-delà de cette vision ce qu'il juge plus utile³¹ en dégagant trois grandes catégories spécifiques de comportement du manager : les rôles interpersonnels (représentation, motivation, liaison), les rôles d'information (recevoir, trier et organiser des informations) et les rôles décisionnels (entreprendre, réguler, répartir les ressources, négocier).

²⁹ HAS, Direction de l'accréditation, 2007 *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, p 7

³⁰ SCHEID J.C., *Les grands auteurs en organisation*, Paris : DUNOD, 1980, p 76

³¹ MINTZBERG H., *Le management - Voyage au centre des organisations*, Paris, Les Editions d'Organisation, 2^{éd} 2004, p 24

B) L'évaluation de la qualité du management selon la HAS

Dans son guide méthodologique pour l'autodiagnostic des pratiques de management³², la HAS isole et se fonde sur cinq fonctions reconnues à travers les théories du management. Il s'agit de la capacité à prévoir, de la capacité à organiser, de la capacité à décider, de la capacité à motiver et de la capacité à évaluer.

La fonction « prévoir » s'inscrit certainement le plus dans la vision stratégique. Au sein d'un établissement elle consiste à se projeter dans le futur en développant une démarche prévisionnelle. Le manager s'attachera à visualiser l'établissement à moyen voire à long terme tout en anticipant les évolutions des variables environnementales.

La fonction « organiser » consiste à s'assurer que les conditions pour réaliser les missions de l'établissement sont réunies. Le gestionnaire devra donc s'attacher à structurer l'organisation en positionnant les acteurs. Ces derniers devront être en possession de lettre de mission (fiche de fonction, procédures écrites).

La fonction « décider » constitue un acte majeur puisqu'elle engage la responsabilité du manager. La prise de décision est fonction du positionnement du manager posant ainsi la question de sa légitimité.

La fonction « motiver » s'attache à réunir plusieurs facteurs afin de mobiliser les acteurs. Elle fait donc référence à certaines caractéristiques (cf. § 1.1) : satisfaction au travail, implication, engagement, reconnaissance. Selon la HAS, elle comporte plusieurs préalables : les objectifs doivent être communiqués et acceptés ; l'organisation doit permettre la prise d'initiatives, les responsables doivent connaître les attentes des membres de l'équipe.

La fonction « évaluer » a pour finalité de chercher à savoir si les objectifs assignés ont été atteints. C'est en quelque sorte une balance des résultats entre engagements, moyens mis en œuvre et l'aboutissement. Elle nécessite la mise en place et la formalisation d'une politique interne d'évaluation des performances.

La certification est désormais une démarche obligatoire pour les établissements de santé qui doivent s'évaluer et être évalués régulièrement. C'est donc un moyen de motiver les

³² HAS, Direction de l'accréditation, 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, 40 p

équipes en les fédérant autour de la mission de l'établissement pour garantir à l'utilisateur des soins de qualité. Motivation des équipes et satisfaction au travail méritent donc une attention toute particulière.

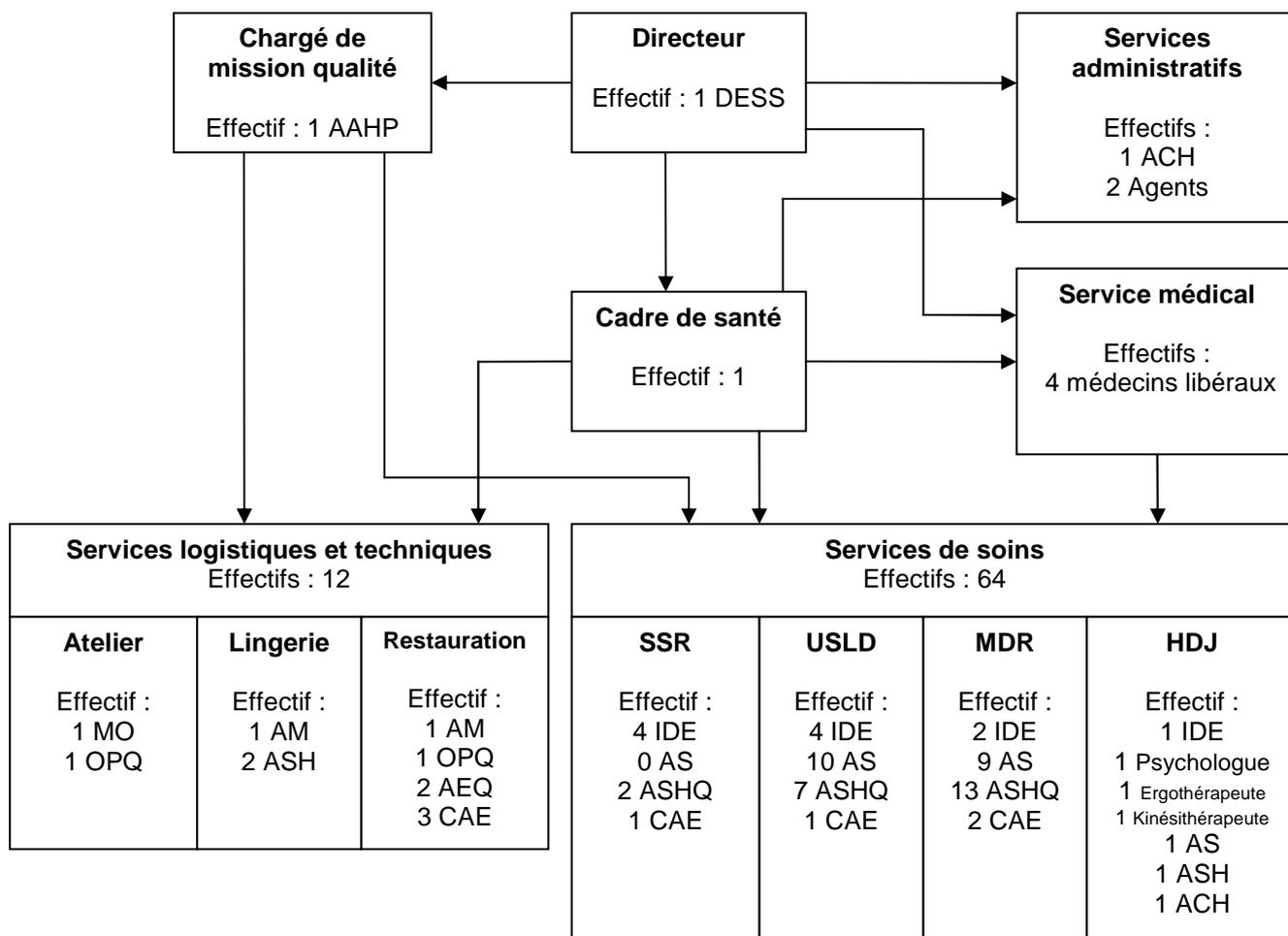
1.3 Site de l'étude

Les missions de l'HL de Sarre-Union sont orientées vers la gériatrie totalisant 104 lits et 5 places d'accueil de jour. Il dispose de 4 unités fonctionnelles à savoir :

- l'unité de soins de longue durée (USLD) de 34 lits ;
- le service de soins de suite et de réadaptation (SSR) de 10 lits ;
- le secteur maison de retraite (MDR) de 60 lits dont 3 lits d'hébergement temporaire ;
- l'hôpital de jour gériatrique de 5 places.

1.3.1 Organigramme

L'organigramme ci-après représente la structuration interne de l'établissement :



1.3.2 Population à l'étude

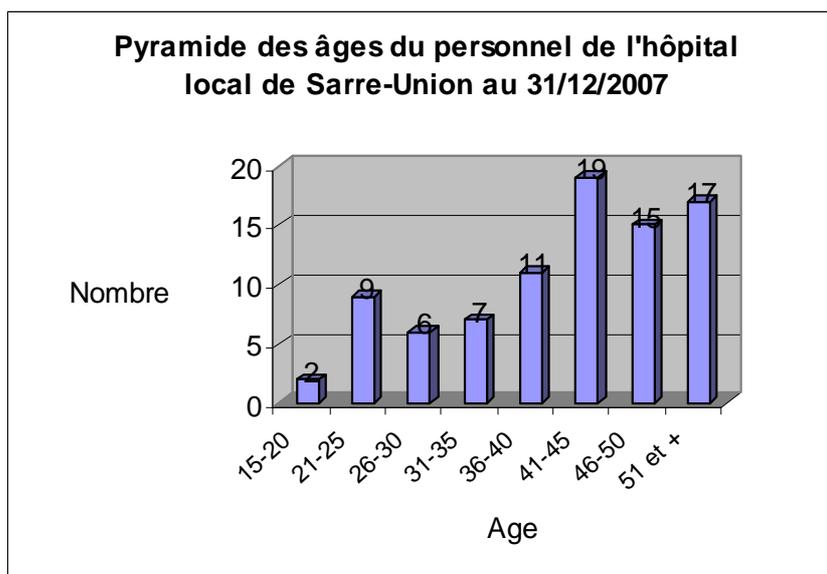
Au 1 janvier 2008, l'ensemble du personnel salarié de l'établissement s'élève à 86 employés. Le tableau des effectifs est le suivant :

	Effectif total	%	Dont titulaires	%	Dont contractuels	%
Services soignants	69	80%	62	90%	7	10%
Services logistiques	12	14%	9	75%	3	25%
Administration	5	6%	3	60%	2	40%
TOTAUX	86	100%	74	86%	12	14%

Il est à noter que l'établissement n'emploie pas de praticien hospitalier, les médecins intervenants sont issus de la médecine libérale de ville.

L'ensemble des personnels a été ciblé dans le cadre de cette étude selon le critère du salariat. Ont donc été exclus : les stagiaires des IFSI, les autres stagiaires scolaires présents dans l'établissement, les bénévoles, l'élève directeur.

Par ailleurs, la pyramide des âges de l'établissement est la suivante :



1.4 Une méthodologie adoptée collectivement

J'ai souhaité constituer un groupe de travail chargé de la validation et du suivi de la présente étude. Ce groupe se compose du cadre de santé, du psychologue, d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE), de deux aides-soignantes (AS), d'un agent des services hospitalier (ASH), de l'adjoint des cadres hospitalier (ACH) et de l'élève directeur.

1.4.1 Approche choisie

La stratégie de recherche validée est la recherche générale exploratoire avec un niveau d'analyse au sein de la structure. L'étude exploratoire consiste à identifier les facteurs générateurs de satisfactions et d'insatisfactions auprès des agents de l'établissement toutes catégories confondues.

1.4.2 Les instruments de collecte des données

Deux types d'instruments ont été utilisés pour la collecte des données : le questionnaire et l'entretien.

A) Construction d'un outil : le questionnaire exploratoire

Afin d'interroger les personnels sur les différentes facettes de leur travail, le groupe de travail a opté pour un questionnaire exploratoire à cinq modalités de réponses graduées. Il comprend deux parties.

La première partie est composée d'une grille de questions regroupées par thématiques, au nombre de sept : les conditions de travail ; la communication ; le bureau des ressources humaines (BRH) ; formation – compétence ; sécurité – confiance ; utilité sociale – reconnaissance ; les relations de travail. Le questionnaire comporte 52 items permettant d'explorer différentes facettes de l'emploi. L'enquête affecte à chaque item soit un score de satisfaction allant de 0 (très insatisfait) à 4 (très satisfait), soit un score de satisfaction allant de 0 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Ces deux variantes ont été retenues car en fonction de la facette explorée, les réponses aux questions se portent : soit d'avantage vers une affirmation nécessitant une échelle allant dans le sens « pas d'accord – d'accord » ; soit d'avantage vers un sentiment de satisfaction nécessitant une échelle allant dans le sens « pas satisfait – très satisfait ». Enfin, un champ libre destiné à recevoir toute observation a été inséré à la fin de chaque thématique.

La deuxième partie est relative à la situation administrative et personnelle de l'agent. Il s'agit de quatre questions nécessitant une réponse parmi trois variables et deux questions plus spécifiques relatives à une réflexion de la direction. Un champ libre permettant de recevoir toute remarque ou suggestion se trouve en fin de document.

B) L'entretien

Cet outil a été choisi pour compléter l'enquête par questionnaire. Cet entretien semi directif a pour objectif de recueillir d'avantage de renseignements sur les principaux motifs d'insatisfaction et d'apporter un éclairage complémentaire.

La grille comporte quinze questions ouvertes validées par le groupe de travail. La garantie de l'anonymat a été fortement rappelée.

1.4.3 Planification opérationnelle

En l'absence d'échantillonnage, le caractère général de cette enquête est souligné. L'ensemble du personnel est sujet à l'étude. Ainsi, chaque agent intervenant au sein de cette organisation contribue selon son propre ressenti au traitement statistique se sentant ainsi personnellement concerné par l'étude.

A) Diffusion du questionnaire

Au final, les 86 employés de l'établissement sont potentiellement sujets à l'étude. Ils ont tous été avertis de l'enquête. Une fois le questionnaire achevé, il a été procédé aux tests. Cinq agents volontaires ont accepté de s'y prêter. Suite aux observations formulées, le questionnaire a fait l'objet de quelques corrections.

La disponibilité du questionnaire a été officiellement annoncée le 18 février 2008 à l'aide de la messagerie OSIRIS. Le questionnaire a été présenté à l'ensemble du personnel. Le support a été distribué à compter du 19 février 2008. La collecte des données s'est échelonnée du 10 mars au 4 avril 2008.

B) La conduite d'entretien

Afin d'informer les agents du souhait de conduire des entretiens, il a été décidé d'afficher un appel à volontaires. Les agents désirant se soumettre à l'exercice se sont fait connaître à l'élève directeur.

Les entretiens au nombre de huit soit près de 10 % de l'effectif se sont échelonnés jusqu'à la mi – mai. Sept corps de métiers sont représentés.

1.4.4 Les limites de l'étude

Premièrement, il y a lieu de souligner la nécessité absolue de garantir l'anonymat le plus complet. Dès la construction du questionnaire, les membres du groupe de travail ont mis en garde que toute question permettant une identification de la personne sondée serait mal accueillie. De ce fait, il a été décidé de diffuser directement le questionnaire dans les services par l'élève directeur et de le collecter sous urne scellée.

En conséquence, il n'a pas été souhaité d'affiner trop précisément les réponses en fonction de la typologie des agents. De plus, la garantie de l'anonymat a été fortement explicitée ce qui peut générer des réponses exutoires, bien qu'aucune remarque littérale de ce type n'ait été relevée.

Les possibilités offertes par les champs libres destinés à recueillir toute observation n'ont pas été très utilisées.

Par ailleurs, la présence d'une échelle de réponse graduée à cinq modalités a entraîné une difficulté pour connaître le positionnement de ceux qui ont servi la modalité centrale.

D'un point de vue global, les limites de cette étude portent d'une part sur la subjectivité des répondants rendant quelquefois l'objectivation délicate et d'autre part sur le manque de recul s'agissant d'une première analyse.

Enfin, l'absence de logiciel spécifique pour l'exploitation des résultats est soulignée entraînant des difficultés à croiser les réponses de la première partie avec les données socio-démographiques de la seconde partie compte tenu du nombre élevé d'items.

2 L'exploitation des résultats : une puissante source de renseignements

Ces quelques remarques relatives aux modalités d'exploitation des résultats seront suivies par une analyse détaillée des réponses dans l'ordre des sept thématiques.

2.1 Remarques liminaires

La saisie des réponses à l'aide du logiciel « EXCEL » a permis en premier lieu de recenser les données socio-démographiques du personnel répondant. Ces données ont été mises en perspective avec le tableau des effectifs.

Ensuite, les réponses à chaque item ont été saisies par modalité. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux représentant les tris à plats en pourcentage obtenus par chacune des facettes de l'emploi (annexe 3). Les colonnes 1 et 2 montrent des scores d'insatisfaction. La colonne centrale 3 correspond à une satisfaction moyenne ou neutre. Les colonnes 4 et 5 représentent des scores de satisfaction. En conséquence dès lors que les colonnes 1 et 2 dépassent 50 % il est estimé qu'il s'agit d'une insatisfaction effective ; à contrario dès lors que les colonnes 4 et 5 dépassent 50 %, il est considéré que la satisfaction est tranchée. Les pourcentages ont été arrondis à l'unité la plus proche.

Enfin, pour donner un autre éclairage, les résultats ont également fait l'objet d'une analyse graphique calculée par score incrémenté de 5 points par modalité (0 pour la première soit un total de maximal de 20 points). Par commodité, ces graphiques ont été insérés dans présente partie.

L'ensemble des documents d'exploitation sont joints en annexe 3 à laquelle je vous invite également à vous référer.

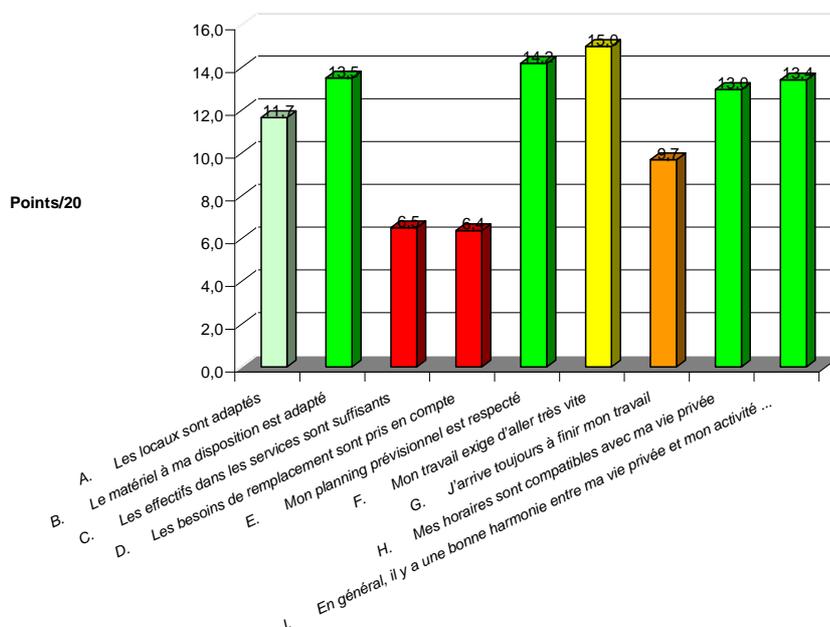
La statistique générale fait ressortir que l'enquête a été un succès. Le nombre de questionnaires distribués par rapport à l'effectif général représente 91 %. Le ratio, questionnaires rendus par rapport aux questionnaires distribués, est de 73%. En conséquence, près des trois quarts des questionnaires distribués ont été restitués confirmant l'intérêt porté par les agents de l'HL à cette évaluation.

En revanche, le nombre d'entretiens réalisés est de huit, ce qui a toutefois permis de toucher près de 10 % des effectifs. En raison des garanties apportées à la préservation de l'anonymat, aucune typologie de ces personnels n'est précisée.

Les réponses obtenues par les questionnaires sont systématiquement corrélées, le cas échéant, avec les renseignements collectés lors des entretiens et ceux servis dans le cadre des questions ouvertes pour mieux préciser l'analyse.

2.2 Analyse détaillée des réponses extraites des questionnaires et des entretiens

2.2.1 Les conditions de travail



Il s'agit d'éléments relatifs au travail et à l'environnement dans lequel il s'effectue. Les items portent sur les locaux, le matériel, la question de l'effectif et le phasage du travail.

A) L'adéquation des locaux

Un peu plus de la moitié des personnels (11,7 points) trouve que l'architecture de l'établissement est globalement satisfaisante tandis que près d'un tiers d'entre eux sont partiellement d'accord.

Il convient de préciser qu'une importante opération de restructuration et d'humanisation s'est achevée en 1996. A l'issue de ces travaux, l'établissement s'est modernisé et est

devenu plus fonctionnel. Le nouveau bâtiment monobloc contient désormais un accueil et une administration centralisée, une nouvelle cuisine, un secteur hospitalier (USLD et SSR) et un secteur médico-social (MDR). La nouvelle architecture présente un bâtiment articulé sur deux espaces, l'un dédié à la maison de retraite en forme cubique, l'autre dédié au secteur sanitaire en forme de croissant permettant ainsi de briser la dimension trop souvent rectiligne dont jouissaient les anciens bâtiments hospitaliers. Certains collaborateurs ont évoqués une gêne liée à cette infrastructure notamment la nuit : les agents regrettent de ne pas avoir une vue d'ensemble sur la totalité des chambres et ne peuvent pas se voir mutuellement. Pour certains, il s'agit d'une situation dangereuse. Cette contradiction met donc en exergue deux visions qui semblent s'opposer : celle de l'intérêt du résident (briser la dimension) et celle du personnel (notion d'équipe).

Par ailleurs, certains agents ont rappelé que le bâtiment a été conçu pour une population de résidents plutôt valides. Il s'avère aujourd'hui que le public a changé, les résidents sont de moins en moins autonomes et doivent souvent être déplacés en fauteuil. De ce fait, le bâtiment abritant l'USLD et le SSR pose aujourd'hui quelques problèmes fonctionnels. Il est impossible de se croiser en fauteuil ; la salle à manger a été aménagée dans l'espace central du couloir et est très vite encombrée en raison des fauteuils. En secteur MDR ce problème est moindre mais il a été précisé que la grande hauteur de la grande salle à manger commune indispose les résidents dans la mesure où il ressent une sensation de fraîcheur hormis l'été.

Enfin, l'établissement a ouvert un hôpital de jour gériatrique dans un bâtiment pavillonnaire annexe en 2006. Les personnels dédiés reconnaissent bénéficier d'un espace de travail neuf, soigné et très fonctionnel, mais il ressort de l'enquête que les attentes de cette équipe dépassent largement le cadre des locaux. Ils estiment être en nombre insuffisant bien que regroupant différents corps de métiers (cf. organigramme en ¶ 1.3.1). Leur principale difficulté provient de l'isolement de leur service et de leur solitude (un agent par métier sur le service). La moindre absence provoque des difficultés d'organisation et de prise en charge du patient. La lecture des fiches d'évènements indésirables transmises à la direction confirme des difficultés lors d'absences.

B) Le matériel de l'établissement

En pourcentage, plus des deux tiers des agents estiment que le matériel à leur disposition est adapté (13,5 points).

Les agents des services logistiques manifestent davantage leur désapprobation. Ils font part de difficultés liées au matériel de distribution des repas à savoir les chariots. L'établissement a été équipé par un modèle de chariot relativement imposant. A l'usage, ce modèle est peu maniable et pose des difficultés notamment dans les courbes du fait que seules deux roues sont pivotantes ; de surcroît, il existe un petit décalage d'un centimètre à peine entre le niveau de stationnement de l'ascenseur et le plancher ce qui oblige le conducteur à soulever le chariot pour l'en sortir. Le médecin du travail s'étonne que ce point n'ait à ce jour, jamais été pris en compte d'autant que ce matériel est relativement ancien. Il me rend attentif à la question des troubles musculo-squelettiques dont la survenance peut être favorisée par un environnement de travail défavorable à savoir la répétitivité et la pénibilité des gestes ou un matériel inadapté.

En revanche, les personnels soignants sont relativement satisfaits du matériel à leur disposition. En effet, l'établissement s'est progressivement équipé en quelques années de matériels aujourd'hui indispensables (cela n'était le pas il y a dix ans). Il s'agit notamment de lève – personnes, lits et baignoires à hauteur variable et de diverses petites fournitures médicales.

Enfin, les agents ont fait part d'un stress suite à la décision de la direction de tester à plusieurs reprises et en très peu de temps de nouveaux produits lessiviels. L'objectif de cette démarche à savoir la suppression des adoucisseurs à sels n'était pas connu par les personnels utilisateurs et n'était donc pas partagé.

Concernant le matériel informatique, il a été mentionné que les soignants éprouvent des difficultés à saisir les données sur le logiciel OSIRIS. Ils évoquent une insuffisance du nombre de postes déployés au sein de l'établissement. En effet, les agents effectuent leur service et saisissent leurs données en fin de cycle ce qui a pour effet de provoquer un engorgement des postes de saisies. Au vu du ratio d'équipement il apparaît que l'équipement en service de soins est de 0,16. Cela me semble insuffisant d'autant plus que l'établissement ne dispose que d'une licence OSIRIS laquelle est partagée entre deux services ; en conséquence lorsqu'un agent d'un service se connecte alors qu'un autre est connecté, il y a coupure et le dernier utilisateur interrompt le premier.

C) Les effectifs

Comme évoqué en introduction, la problématique de l'insuffisance des effectifs surgit quasi systématiquement lorsque l'hôpital fait l'objet d'un débat public. Elle est également soulevée dans la présente enquête où globalement 62 % des agents ne sont pas

satisfaits (6,5 points). Pourtant, suite à signature de la convention tripartite en 2007, l'établissement a obtenu 5,99 « effectif en équivalent temps plein » (ETP) supplémentaires au 1^{er} janvier 2008 destinés en partie à assurer la couverture infirmière totale de nuit.

Il ressort que malgré l'augmentation des effectifs, les personnels ne ressentent pas une amélioration de leurs conditions de travail. Il point même le contraire : les agents estiment que cette augmentation est indolore puisqu'elle couvre en partie des besoins nouveaux. Il a été précisé qu'en raison de la synchronisation au plus juste des tâches, certains agents ne seraient plus en mesure d'en assurer l'intégralité. L'item « j'arrive toujours à finir mon travail » n'obtient que 9,7 points.

Enfin les agents s'étonnent que les effectifs supplémentaires aient tous été affectés au secteur MDR tandis que la situation en services USLD et SSR serait plus tendue. Cela résulte effectivement de la signature de la convention tripartite. En conséquence, les personnels de ces unités estiment que la répartition globale des effectifs n'est pas optimale.

D) Travail et timing

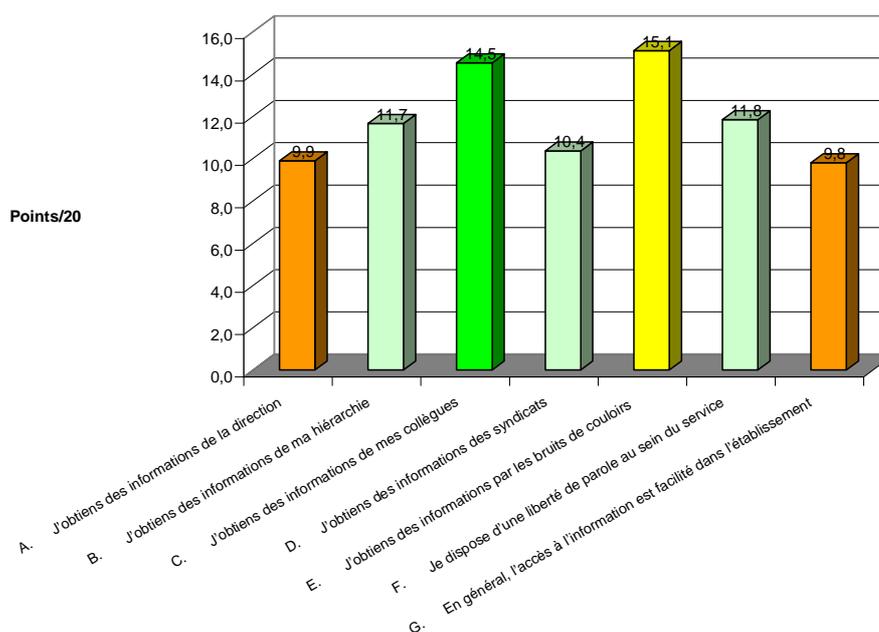
Les agents estiment que leurs conditions de travail se sont réellement dégradées depuis quelques années. Près de 80 % des agents estiment que leur travail exige d'aller très vite (15 points). Des soignants m'ont précisé qu'ils ont le sentiment de passer plus de temps aux écrits et aux formalités qu'au chevet des pensionnés. Cela engendre une frustration dans la mesure où les soignants se sentent non seulement distants du résident mais presque dans l'impossibilité de l'accompagner dans son quotidien. Enfin, les IDE déplorent l'importance du temps consacré à la préparation des médicaments notamment à désoperculer les comprimés.

Certains soignants jugent que les conditions actuelles d'exercice professionnel ne sont plus en adéquation avec les acquis de la formation initiale ni avec les attendus de la profession, cela est ressenti comme une atteinte aux valeurs professionnelles.

En revanche, la gestion du planning satisfait plus des deux tiers des agents (14,2 points). Sur ce point, il est reconnu que le cadre de santé chargé de la programmation attache du prix à rechercher la meilleure adéquation des ressources humaines aux besoins. A toute fin utile, cette tâche mobilise un temps important du fait d'une conception manuelle.

En résumé, les désaccords principaux se concentrent sur la question des effectifs qui ne sont pas jugés suffisants et du matériel informatique. La question des locaux est plus complexe, ils génèrent depuis quelques temps des difficultés de circulation dans les espaces communs. Globalement, près des deux tiers des employés (13,4 points) estiment tout de même que leur vie privée et professionnelle s'articule assez harmonieusement ce qui rassure quelque peu la direction sur l'organisation du cycle.

2.2.2 La communication



Les questions ont porté sur la perception de la circulation de l'information dans l'établissement. Il est à noter que l'établissement a été dirigé par un directeur nommé pour assurer un intérim qui se rendait sur le site deux demi-journées par semaine. Cette situation juridiquement provisoire³³ a perduré pendant quatorze ans de 1992 à 2006. Elle appelle deux observations : cette situation ne facilite pas la communication ; les affaires courantes peuvent être orientées.

A) La circulation de l'information par le canal hiérarchique.

L'item portant sur l'obtention d'informations de la part de la direction n'obtient que 9,9 points. Il n'est pas aisé d'interpréter cette réponse, les personnels étant très partagés : près d'un tiers sont en désaccord tandis qu'un tiers sont d'accord.

³³ BRUN H., BEDHOUCHE M, BRIVE F. et al., juin 2007, « L'intérim de direction : une apparente contradiction », Note juridique ENSP, 16 p

Sur la circulation de l'information de la part de la hiérarchie, les réponses sont un peu plus tranchées : près de 52 % des sondés estiment recevoir des informations de la hiérarchie (11,7 points). Enfin, le taux de satisfaction dépasse les deux tiers sur la réception d'informations de la part des collègues (14,5 points) qui semblent être un vecteur privilégié.

Le personnel estime recevoir des informations et de manière assez disparate. Les tableaux d'affichage sont dispersés dans les services, ne comportent pas tous les mêmes informations et sont saturés du fait de leur petite taille. L'agent n'y trouve pas nécessairement le renseignement qu'il attendait et ne porterait qu'une attention relative à ces écrits.

B) La circulation de l'information par d'autres canaux.

Une partie du personnel estime également recevoir des informations de la part des syndicats (10,4 points). Il est à noter que près d'un quart des sondés ne se sont pas prononcés. Cette situation peut révéler un faible taux de syndicalisation³⁴ et résulter de l'absence de tableau d'affichage dédié. Les deux instances représentatives de l'établissement communiquent à travers leurs représentants sur site et généralement à destination de leurs adhérents. Il n'y a pas d'heure mensuelle d'information (HMI) au sein de l'établissement.

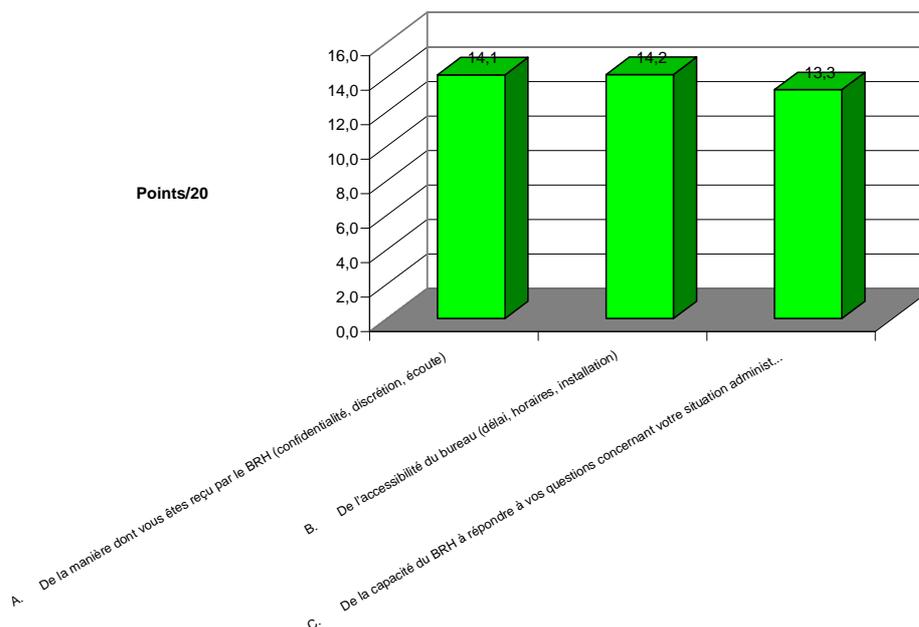
Enfin les personnels estiment obtenir des informations par les bruits de couloirs pour 55 % d'entre eux (15,1 points). Certains agents détiendraient des informations et en partageraient le contenu avec leurs collègues selon affinités. Toutefois, les agents se méfient des informations véhiculées par ces canaux et semblent avoir conscience de leur incertitude.

Cette situation résulte en partie de la faiblesse de communication de la part de la direction mais également de la présence d'un système de relation plutôt clanique.

En résumé, la circulation de l'information n'est pas suffisamment portée par la direction laquelle reconnaît des lacunes et souhaite légitimer le canal officiel.

³⁴ Données non disponibles

2.2.3 Le bureau des ressources humaines



En liminaire, nous noterons que 22 à 35 % des enquêtés ne se prononcent pas sur ces questions. Il convient de repositionner ces questions dans leur contexte. Le questionnaire a en effet été élaboré au cours du mois de décembre alors que le BRH était tenu par un ACH qui a quitté l'établissement au 1^{er} janvier 2008 et a été remplacé par un contractuel au cours de la première semaine de janvier.

Ce dernier, nouvellement installé, s'est progressivement imprégné des problématiques de l'établissement tout en découvrant le statut de la fonction publique hospitalière (FPH). Il est également chargé des finances de l'établissement et a été présenté par le directeur comme son « bras droit » de confiance.

Il ressort de l'enquête que ses missions et attributions ne sont pas clairement connues par les personnels. Certains agents ont affirmé ne pas avoir connaissance de l'existence d'un BRH ; d'autres m'ont confié « qu'ils ont en entendu parler, mais ne savent pas trop à quoi cela sert ».

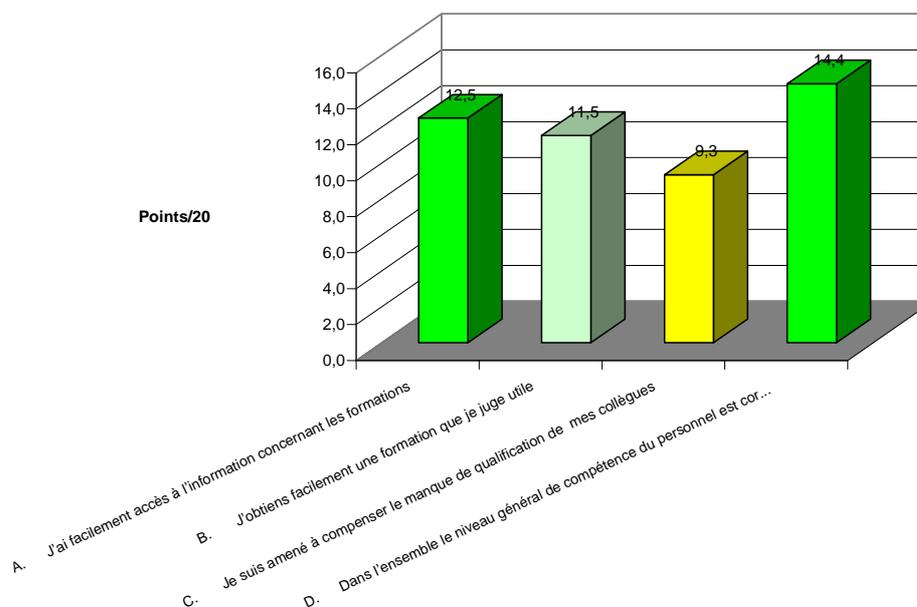
En revanche, une satisfaction apparaît sur la question de l'accessibilité matérielle du BRH. En effet, dès son arrivée, l'adjoint des cadres a rencontré les chefs de services pour leur annoncer qu'il serait désormais disponible aux horaires de bureau. De surcroît, il laisse la porte de son bureau ouverte sur le couloir ce qui a pour effet d'attirer le regard manifestant ainsi sa disponibilité rompant ainsi avec les habitudes du précédent occupant.

L'item portant sur sa capacité à répondre aux questions des agents obtient 13,3 points mais compte tenu de la forte abstention (35 %) il n'est pas judicieux de conclure aujourd'hui.

Par ailleurs, des croisements d'attribution entre certains chefs de service et le BRH ont été évoqués. Ils porteraient sur l'emploi du temps, le recrutement, la passation de certaines commandes.

En somme, il est à retenir que les enquêtés, en grand nombre, n'ont pas souhaité se positionner sur ces questions du fait de l'absence de recul.

2.2.4 La formation et la compétence



Les questions portent sur les besoins et le niveau de formation. Les positionnements sont mitigés. Sur l'accessibilité à l'information, les personnels manifestent un léger accord à 54 % (12,5 points) mais sont plus réservés sur l'obtention d'une formation qu'ils jugent utile (11,5 points).

Le plan de formation est bien diffusé, mais des contraintes budgétaires en limiteraient les possibilités. Il apparaît que les demandes de formation au titre de l'année 2007 ont été évaluées pour un montant assez important de 92.292 € dépassant ainsi effectivement les capacités de l'établissement (la somme de somme de 46.345 € a été engagée).

La poursuite des investigations au titre de l'année 2006 fait ressortir un engagement total de 33.144 €, tandis que les demandes ne s'élèvent qu'à 18.156 €.

Enfin, la certification mobilise une enveloppe d'environ 10.020 € au titre de 2007 et 22.350€ au titre de 2008³⁵ compte tenu de l'intervention externe d'un consultant spécialisé.

L'effort interne au titre de l'année 2007 est donc supérieur à celui de 2006 mais les travaux liés à la certification ont mobilisé une part non négligeable des dépenses de formation.

Par ailleurs, près d'un tiers des sondés ne se prononcent pas à la question de la compensation du manque de qualification de leurs collègues (9,3 points) tandis, qu'un peu plus d'un tiers ne sont pas d'accords avec cette affirmation. Visiblement, cette question embarrasse une partie des personnels. Un conflit de génération a été évoqué. Les personnels en fin de carrière pour l'essentiel plus de 45 ans, estiment être suffisamment compétents et se sentent parfois en situation de devoir compenser un manque « d'expérience » des plus jeunes ; ils préfèrent ce terme à celui de qualification.

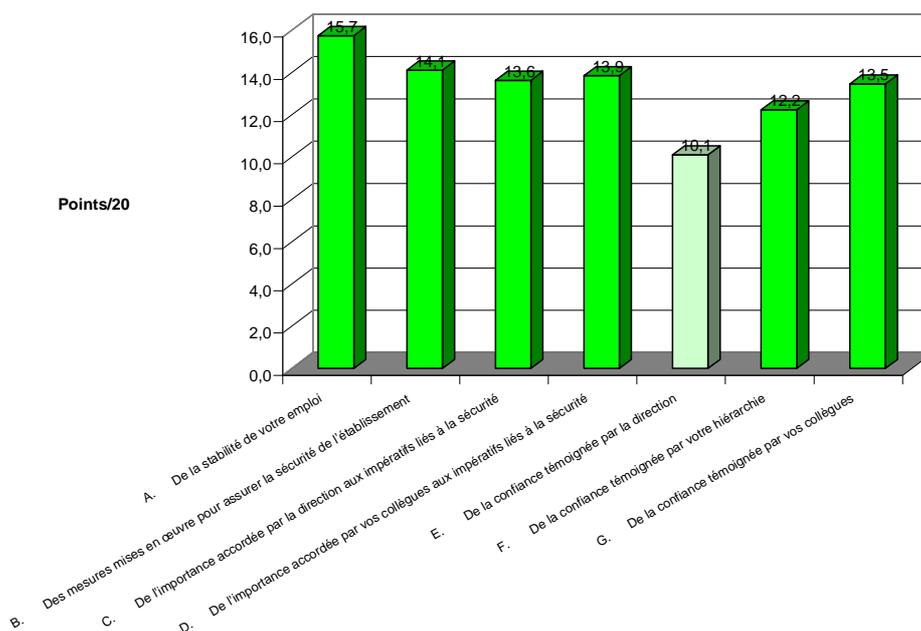
De leur côté, les plus jeunes ont tendance à voir leurs aînés sous le prisme d'agents plutôt routiniers ne dérogeant pas de leurs habitudes et relativement sûr d'eux. Ils estiment que les « expérimentés » en ne se remettant que peu en cause, sont en manque de qualification par manque d'actualisation de leur connaissance et ne connaissent que peu les nouvelles méthodes de travail.

De manière générale, les personnels sondés estiment que le niveau général de compétence est correct au sein de l'établissement (14,4 points), seuls 10 % des personnels ne se rangent pas à cet avis.

Enfin, les évaluations annuelles effectuées par le cadre de santé ne font pas état de graves lacunes auprès des personnels de soins.

³⁵ Données non arrêtées à ce jour compte tenu de la poursuite des engagements

2.2.5 La sécurité et la confiance



Si la stabilité de l'emploi a pour objet de poser un cadre général sur la question de la confiance en l'avenir et donc rassurer les personnels sur la pérennité de leur emploi de par le statut de la FPH, il n'en demeure pas moins que les impératifs de sécurité interne et la gestion des risques sont tout aussi déterminants dans la mesure où une défaillance majeure peut entraîner la fermeture de l'établissement et donc menacer les emplois.

La question de la stabilité de l'emploi satisfait plus des deux tiers des agents (15,7 points). La satisfaction est en revanche bien plus faible pour les agents contractuels dont l'effectif total s'élève à 12 personnels, seuls 11 % sont satisfaits (ce qui ne représente qu'un agent) et 33 % se situant sur la modalité centrale (3 agents).

Enfin, il est à noter que globalement 18 % des personnels ne se sont pas prononcés sur cette question.

A) Mise en œuvre des mesures de sécurité

Globalement les personnels estiment à plus des deux tiers que les mesures actuellement mises en œuvre sont satisfaisantes ou très satisfaisantes (14,1 points). Ce ressenti est en légère baisse en ce qui concerne l'importance accordée par la direction aux impératifs liés à la sécurité (13,6 points).

Le taux de satisfaction à l'item portant sur « l'importance accordée par les collègues en matière de sécurité » s'élève à 66% (13,9 points). Si la direction peut en partie se féliciter

de se score, elle ne peut ignorer qu'environ un tiers des agents estiment que des marges de progrès sont possibles.

B) La confiance

Il ressort de l'enquête que la direction ainsi que la hiérarchie ne parvient pas à ce jour, à obtenir une confiance satisfaisante de la part des personnels. Cela proviendrait :

- d'une perception de confusions entre certains discours et les actes qui en découlent, bien qu'il n'ait pas été possible d'obtenir davantage de précisions ;
- d'une impression de survalorisation de certaines catégories de personnels (administratifs notamment) ;
- d'un ressenti d'iniquités dans le traitement administratif des personnels (gestion des carrières et CAPL).

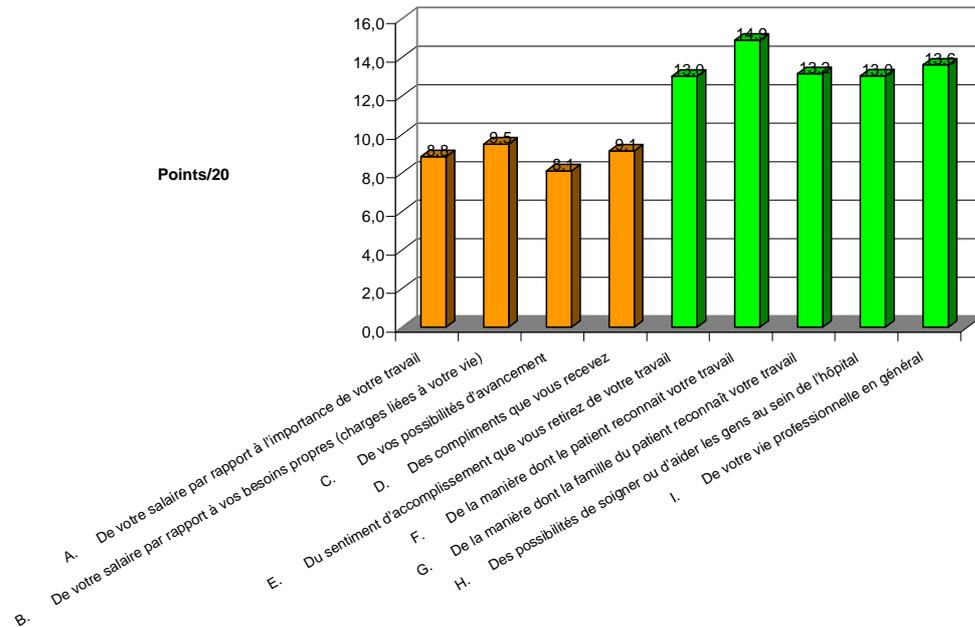
La question de la confiance témoignée par la direction n'obtient que 10,1 points tandis que celle témoignée par la hiérarchie s'élève à 12,2 points.

En revanche, les agents estiment pouvoir faire davantage se faire confiance entre eux (13,5 points).

En résumé, il est à noter que les personnels de l'hôpital local de Sarre-Union sont conscients que la gestion des risques est devenue une réalité au sein de l'établissement et que certains se sentent plus concernés que d'autres. En revanche sur les dimensions de la confiance interne, les personnels sont plus réservés en estimant que la direction n'est pas à l'heure actuelle à la hauteur de ce qu'ils attendent, bien que ces attentes n'aient été réellement testées au cours de l'enquête.

2.2.6 L'utilité sociale et la reconnaissance

Les questions portent sur la valeur du travail (subjective et objective), l'avancement, la reconnaissance non matérielle et le sentiment l'accomplissement.



A) La valeur subjective du travail

Seul un tiers des sondés s'estime satisfait de leur condition de rémunération eu égard à l'importance du travail fourni (8,8 points). Répondre à cette question laisse la part à une large appréciation subjective qui est pratiquement reformulée de la manière suivante « mon travail est-il assez payé ? ».

L'exploitation affinée des résultats en fonction des données socioprofessionnelles révèle deux précisions supplémentaires. L'insatisfaction des personnels est grandissante avec leur ancienneté : 56 % des personnels de plus de 10 ans d'ancienneté estiment que leur travail n'est pas assez rémunéré tandis que les personnels plus jeunes émettent un avis plus nuancé ; les personnels soignants sont plus insatisfaits que les personnels logistiques.

B) La valeur objective

A première vue, il n'y a pas de grands écarts avec les résultats de la première question. Les deux variables [soignants / autres] et [ancienneté] ont été différenciées. Il en ressort que les personnels soignants sont plus insatisfaits de leur rémunération que les personnels logistiques et administratifs. Il ne peut être apporté de réponse précise à ce constat.

Toutefois, les faibles revalorisations catégorielles³⁶ de cette dernière décennie produisent très certainement des impacts sur le ressenti de la baisse du pouvoir d'achat des personnels confirmant une insuffisance de la rémunération de chacun, d'autant plus que la question du pouvoir d'achat est fortement médiatisée.

C) L'avancement

Seuls 21 % des personnels sont satisfaits des possibilités d'avancement. Cet item n'obtient que 8,1 points. La faiblesse de ce score est assez décevante dans la mesure où le statut du personnel hospitalier permet un avancement relativement linéaire au cours d'une carrière du fait de l'avancement d'échelon quasi automatique dans un grade. En sus, l'agent peut bénéficier selon sa notation d'une bonification entre 2 et 24 mois.

Les derniers reclassements suite au protocole Bertrand³⁷ ont tout de même permis de promouvoir 50 % des AS en 2007 et 50 % des AS en 2008. En revanche, les promotions s'accompagnant d'un changement de corps sont moins nombreuses : en 2007, deux AS ont présenté le concours du cycle de formation d'IDE. Une lauréate a pu intégrer un IFSI.

Il est à noter que les agents estiment que ces mesures sont insuffisantes. Enfin, il ressort de l'enquête que les personnels de l'établissement méconnaissent sensiblement le statut de la FPH.

D) La reconnaissance non matérielle

Près de 40 % des personnels sont insatisfaits des compliments reçus. Cet item n'obtient que 9,1 points. Il ressort de l'enquête que les agents reçoivent quelquefois des compliments de la part des patients et/ou de leur famille et regrettent une absence de reconnaissance de la part de la direction.

Dans un des questionnaires il a été mentionné que « si la direction n'a pas beaucoup de moyen pour nous motiver elle devrait au moins nous encourager par des lettres de félicitations ». Il s'avère que le personnel dans son ensemble trouve nécessaire de féliciter les agents oralement à l'occasion de réunion ou par écrit. D'autres marques de

³⁶ Soit 0,3 % par an, INSEE, Vue d'ensemble, 2007, *Les grandes évolutions structurelles des salaires*, p.8

³⁷ Décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière, JORF du 7 août 2007

reconnaissance sont également attendues notamment dans le cadre de départ de fin de carrière, et même plus généralement lors des grandes fêtes calendaires.

La reconnaissance de la part du patient satisfait 60 % des agents (14,9 points). Celle témoignée par la famille satisfait 50 % des agents (13,2 points). Néanmoins, un incident récent a montré les limites de la reconnaissance notamment de la part des familles dans la mesure où ces dernières hésitent de moins en moins à se saisir des médias locaux pour pointer l'établissement³⁸ créant ainsi un sentiment d'injustice global au sein des équipes.

E) Accomplissement et possibilité de soigner

La possibilité de soigner n'intéresse à priori que les personnels soignants ou médicaux et est intrinsèque à leur profession. Toutefois, la question a été élargie à la notion d'aide. La satisfaction globale de 57 % (13 points) est assez décevante et l'on s'attendrait à un score plus élevé.

Concernant le sentiment d'accomplissement, le taux de satisfaction globale s'élève à 50%, un tiers des agents se situant sur la modalité centrale. Cet item obtient 13 points et est également un peu décevant.

Il s'avère que la densification et la charge de travail sans cesse croissante créent un sentiment d'insécurité auprès des soignants : non seulement ils estiment être plus occupés à servir des outils informatiques et à répondre aux procédures et protocoles mais de surcroît ils craignent de commettre une erreur et donc nuire à la qualité des soins qu'ils dispensent. Au cours des opérations d'enquête j'ai perçu une réelle angoisse tant auprès des AS que des IDE.

Enfin, il ressort également que le personnel de liaison chaude est inquiet en raison de la montée en puissance des normes et du renforcement des mesures de sécurité et d'hygiène.

En somme, les personnels ont donc le sentiment de ne pas pouvoir s'accomplir complètement dans leur tâche.

³⁸ Dernières Nouvelles d'Alsace, édition Sarre-Union, 14 Octobre 2007 « Inadmissible », N°241

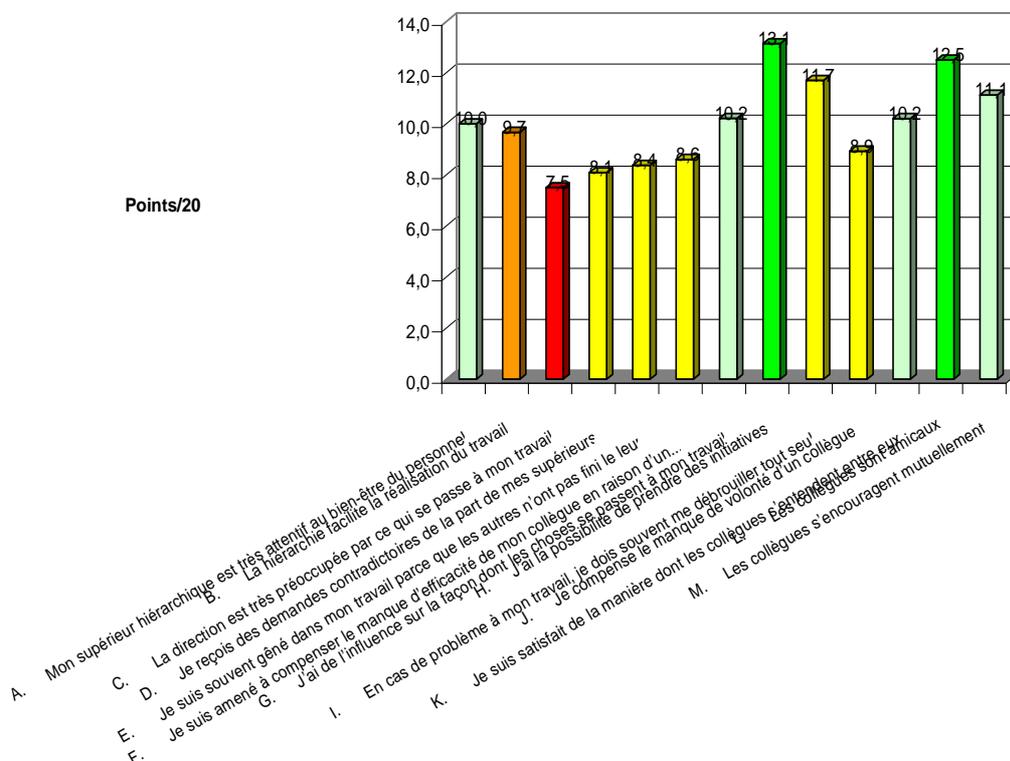
F) Satisfaction de votre vie professionnelle en général

L'enquête montre une légère différenciation de ressenti entre les catégories d'emploi, les personnels logistiques et administratifs étant un peu plus réservés, un quart d'entre eux se situant sur la modalité centrale. Quant aux soignants, ils se situent à 52 % sur la modalité « satisfait » et à 15 % sur la modalité haute.

Globalement, il est à noter que plus des deux tiers des personnels sont satisfaits de leur vie professionnelle en général (13,6 points).

En conclusion, la thématique utilité sociale et reconnaissance montre une légère satisfaction en ce qui concerne la reconnaissance externe (de la part du patient et de sa famille). En revanche les personnels ne sont pas satisfaits de la reconnaissance interne (de la part de la direction et une moindre mesure la hiérarchie) et de la reconnaissance financière.

2.2.7 Les relations de travail



Les questionnements relatifs aux conditions de travail comportent 13 items portant sur 3 sous thématiques : les relations en interne, l'initiative et l'ambiance de travail.

A) Les relations en interne :

Les questionnements ont pour objectif de connaître la perception des personnels sur la manière dont la direction organise le travail et son suivi.

Entre 9 et 37 % des enquêtés ne se prononcent pas sur ces questions. Le pourcentage d'abstention est relativement important et dépasse le tiers pour la question portant sur la réception d'ordres contradictoires. Il ressort de l'enquête que la direction serait parfois contredite du fait de l'action particulière de certains responsables.

La réponse à la question ayant pour objet de mesurer la perception de l'attention accordée par la direction au personnel est assez décevante : 41 % des personnels ne sont pas satisfaits (7,5 points). Seul 18 % des personnels jugent clairement que la direction se préoccupe de l'environnement professionnel de chacun. La hiérarchie satisfait un peu davantage et obtient 10 points.

B) L'initiative

Au préalable, il convient de préciser que les soignants en milieu gériatrique disposent d'une plus grande marge de manœuvre que leurs collègues de médecine – chirurgie – obstétrique (MCO)³⁹. Ce constat a également pu être testé ici : les personnels ont affirmé pouvoir disposer d'une large autonomie quant à la réalisation de leur travail, mais certains éprouveraient des difficultés à gérer leur temps de travail. La réponse à la question « j'ai la possibilité de prendre des initiatives » satisfait 55 % des agents (13,1 points). Les personnels soignants sont légèrement mieux satisfaits que les personnels logistiques et administratifs.

Les autres questionnements portant sur l'initiative sont plus difficiles d'approche puisqu'elles ont également vocation à tester la capacité des personnels à se suppléer en cas de défaillance de la part de leurs collègues. Les résultats aux questions ad hoc montrent une abstention de 20 % et des résultats relativement partagés. Ces cas de figure seraient relativement rares.

Enfin, les personnels sont peu satisfaits de leur possibilité d'exercer une influence sur leur lieu de travail. Seul un tiers estime avoir de l'influence (10,2 points).

³⁹ CORTOT O., décembre 2005 « La satisfaction au travail » *Gestion hospitalière*, N°451, p. 795

C) L'ambiance de travail

La question portant sur « la solidarité en cas de problème » ne satisfait que 46 % des personnels (11,7 points). Les scores sont relativement éclatés. Près d'un quart des agents estiment qu'ils doivent parfois compenser le manque de volonté d'un de leur collègue (8,9 points). Certains étant plus volontaires que d'autres. Enfin, un peu moins de la moitié d'entre eux estiment que l'encouragement mutuel fonctionne (11,1 points) tandis qu'un peu plus de la moitié des personnels estiment que leurs collègues sont amicaux (12,5 points).

En résumé, les questions portant sur les relations entre la direction, la hiérarchie et le personnel obtiennent une satisfaction très moyenne, de même que les questions portant sur l'ambiance et l'entente. Seules les questions portant sur l'initiative obtiennent une satisfaction un peu plus tranchée.

2.3 Analyse des profils : perspective avec le tableau des effectifs

La comparaison des données socioprofessionnelles extraites des résultats de l'enquête avec le tableau des effectifs au 1^{er} février 2008 montre une excellente conformité de la représentativité de la population interrogée. Concernant le service d'exercice, la famille des soignants représente 82 % des participants à l'étude et 80 % des personnels de l'effectif réel. Les services logistiques répondants à l'enquête représentent 11 % et 14 % de l'effectif réel. Quant au service administratif, leur participation s'élève à 7 % ce qui est quasi identique avec l'effectif réel.

L'ancienneté des enquêtés la plus représentée se situe au delà de 10 ans. On note une faible représentativité des personnels se situant entre 5 à 10 ans ; au contraire, la tranche populationnelle de moins de 5 ans est relativement bien représentée puisqu'elle s'élève à près du tiers des sondés

Enfin, concernant le statut, 76 % des répondants sont titulaires tandis l'effectif réel est de 86%. Les agents contractuels ont proportionnellement un peu plus participé au questionnaire que les titulaires de la FPH. Mais compte tenu du nombre d'agent (cet écart correspond à une unité) il n'est donc pas judicieux d'en tirer une conséquence.

En conclusion, la conformité de la population interrogée avec le tableau général des effectifs montre qu'il n'y pas eu d'évitement du questionnaire de certains profils socio-démographiques tendant ainsi à valider la pertinence du choix de diffusion d'un questionnaire global indifférencié à l'ensemble du personnel.

3 La discussion des résultats : un levier propice aux recommandations

La discussion globale des résultats a pour objet de montrer les principales sources de satisfactions et d'insatisfactions recensées au cours de cette enquête. Elle constitue la base des préconisations et recommandations proposées au cours de ces lignes.

3.1 Discussion globale des résultats

Des facteurs de satisfactions ont été identifiés. Ils portent principalement sur l'utilisation de matériel adapté (petit matériel médical essentiellement), le respect du planning prévisionnel et la compatibilité avec la vie privée, le niveau de compétence, la stabilité de l'emploi, la prise en compte des mesures de sécurité au sein de l'établissement, la reconnaissance du patient et dans une moindre mesure les possibilités de prendre des initiatives.

Les principaux facteurs d'insatisfactions relevés portent sur la question des effectifs et l'accroissement de la charge de travail d'où un manque de temps à consacrer au résident, le matériel informatique, la rémunération et les possibilités d'avancement, la mauvaise circulation de l'information en général, le manque de reconnaissance interne.

En revanche, compte tenu de l'éclatement des réponses à certains items, il est difficile de relever une satisfaction ou une insatisfaction tranchée sur les locaux, la ressource BRH, l'obtention d'une formation, la confiance témoignée en interne, le sentiment d'accomplissement, l'encouragement mutuel et l'ambiance de travail.

3.2 Préconisations

Cette étude consacrée à l'évaluation de la satisfaction au travail du personnel de l'établissement a permis d'identifier plusieurs facteurs d'insatisfactions sur lesquels j'ai dégagé la présente série de recommandations en tenant compte des principales suggestions et de certaines attentes du personnel de l'HL de Sarre-Union.

Selon les cinq fonctions retenues par la HAS dans le cadre de l'évaluation de la qualité du management, les préconisations tirées de cette étude interne porteront d'une part sur le management fonctionnel, et d'autre part, sur la facilitation d'une synergie participative.

3.2.1 Préconisations relatives au management fonctionnel

Les suggestions développées ci-après constituent une occasion pour le manager de s'orienter sur quatre fonctions : prévoir, organiser, décider et évaluer.

A) La prévision et la recherche de financements

- ✓ L'actualisation du projet d'établissement

Au vu du diagnostic effectué, il me semble intéressant d'inscrire certains éléments constitutifs de la vie du résident (locaux, alimentation, prestations individualisées, animation et activité) dans le document pivot à savoir le projet d'établissement (PE). Un PE redéfini et clarifié comportant des actions dont certaines font actuellement l'objet de débats autorisera la direction à s'y référer en cas de besoin.

L'actuel PE 2004-2008 vient à échéance ce qui implique d'engager les réflexions dès à présent. Je propose de tenir compte des quelques suggestions développées ci-dessous.

Comme relaté au cours de l'enquête, les locaux communs utilisés en tant que salle à manger dans les services SSR et USLD sont aujourd'hui exigus. Je formule l'idée d'agrandir ces locaux communs en exploitant la terrasse extérieure non utilisée. Cette solution me paraît intéressante et mériterait une étude approfondie, car l'espace extérieur se situe derrière une baie vitrée facilement démontable. Il représente une surface approximative de 50 m². L'aménagement de cet espace aboutirait à la concrétisation d'une véritable salle à manger dans le secteur sanitaire.

La redéfinition des locaux, notamment ceux utilisés pour l'alimentation quotidienne des résidents aura un effet indéniable sur leur qualité de vie. Par conséquent, je propose de procéder à une étude de faisabilité afin d'inscrire le cas échéant, ce projet dans le futur PE.

Sur le même registre, la production des repas du service de restauration qui est de bonne qualité⁴⁰ mériterait également d'avoir sa place dans le PE. Les personnels de cuisine font régulièrement part de leurs interrogations et inquiétudes au sujet du renforcement constant des mesures d'hygiène et de contrôle. La préparation sur place et la liaison chaude sont un atout pour un lieu de vie, je préconise d'en prendre acte dans le prochain PE.

D'autre part, une proposition émanant directement des personnels du secteur MDR consiste à servir le petit déjeuner dans la chambre des résidents. Cette suggestion me paraît tout à fait intéressante et mérite un coup de projecteur. Après expérimentation et validation le cas échéant, cette action aurait également sa place dans le PE dans le cadre d'une prestation individualisée.

Il en va de même des activités d'animation à l'intérieur de l'établissement. En prendre acte dans le PE, confortera l'équipe de direction. Elle sera davantage à l'aise pour défendre des activités opérationnelles devant les instances telle que le conseil de la vie sociale (CVS) dont les membres sont quelquefois assez réticents.

Enfin, je recommande d'ouvrir le chantier du projet social. Ce document est actuellement adossé au PE. L'article L6143-2-1 du CSP dispose que « le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ». En conséquence, les présentes recommandations peuvent également constituer une base de réflexion pour son évolution.

✓ La recherche de financement

Tout projet ne peut se concrétiser sans financement. C'est presque un truisme de le dire, mais dans le contexte actuel de raréfaction des ressources, un directeur d'établissement a intérêt à multiplier les démarches et à mobiliser tous les acteurs potentiels. En premier lieu, je propose de prévoir des audits dans l'établissement pour faire ressortir, le cas échéant, les marges internes : la recherche d'une bonne allocation des moyens qui passe par la vérification de la répartition des effectifs entre les services (évoqué au cours du diagnostic). En second lieu, je propose de rechercher des financements auprès des

⁴⁰ Enquête de satisfaction de l'utilisateur montrant un taux de satisfaction de 90 %.

tutelles et d'organismes sur le plan national surtout lorsqu'il s'agit d'un projet important ou ayant trait à la structure (l'aménagement des locaux évoqué ci-dessus par exemple) mais également auprès d'organismes moins connus notamment du milieu associatif (Rotary Club, Section locale de la Croix Rouge, Lyons Club et autres associations d'utilité publique). Leur soutien serait très adapté à de petits projets au sein de l'établissement (achat d'un matériel, installation particulière...).

B) L'organisation

La redéfinition partielle de la structuration organisationnelle peut agir sur la clarification des rôles de chacun et limiter les effets négatifs des croisements d'attribution (évoqué lors du diagnostic, ¶ 2.2.3). Ainsi, la répartition des tâches et des responsabilités, la composition des équipes, les procédures peuvent être facilitées. Des effets bénéfiques sur la qualité de vie au travail peuvent en être attendus tout en contribuant à l'amélioration du service rendu.

En premier lieu, je recommanderais d'agir sur la structuration transversale et sur le processus de distribution des médicaments. Une redéfinition des fonctions viendrait compléter ce travail.

a) *Agir sur la transversalité*

Une nouvelle structuration de la transversalité opérationnelle pourrait être obtenue par l'installation de trois référents. Je propose donc d'installer un référent hôtelier, de pérenniser la fonction de qualitatif et d'installer un assistant de service social. Enfin, je recommanderais de sécuriser les personnels de l'hôpital de jour.

✓ Installation d'un référent hôtelier

Actuellement l'établissement ne dispose pas de ressource référent hôtelier en son sein, alors que les besoins de coordinations entre les services, le résident, les familles et les tiers extérieurs existent. Dans ce cadre, il serait utile de pouvoir compter sur un responsable de la gestion de l'environnement hôtelier.

Ce dernier sera l'interlocuteur entre les résidents, les familles, l'équipe soignante et l'administration. Il sera chargé d'assurer les approvisionnements en produits divers. Il sera également en mesure d'assurer la coordination des opérations de nettoyage en organisant la répartition et la programmation de ces tâches.

Sa position transversale lui permettra de veiller au bon fonctionnement et à la coordination quotidienne entre les services de soins et de logistiques. Il sera l'interlocuteur privilégié des responsables de services et rendra compte à la direction.

Au vu des spécificités liées à ce type de poste, il serait souhaitable que cet agent possède des connaissances en matière de soins, en hygiène hospitalière et en logistique. Une qualification d'AS ou éventuellement l'expérience d'un agent de service hospitalier qualifié (ASHQ) peut être envisagée. En sus, le candidat devrait suivre des actions de formation adaptées à ce type de poste.

Cette préconisation mériterait de faire l'objet d'une expérimentation par redéploiement interne dans le corps des AS à une quotité de travail de 50 %. En effet, il conviendrait de saisir l'opportunité du chantier de création de l'unité protégée à venir car la capacité de la maison de retraite va être abaissée de dix places pendant la durée des travaux, estimée à six mois. L'agent devra bien entendu accepter de servir à mi temps sur ce poste. S'il s'agit d'une AS à temps plein, elle continuera d'exercer sa fonction d'origine à d'autres horaires mais il est impératif qu'elle soit libérée de nuit pour être disponible le plus possible au cours de la journée de préférence l'après midi en raison des horaires de visites.

Une évaluation devra être effectuée après la période d'expérimentation qui pourrait aller jusqu'à trois mois. Il est souhaitable que l'agent soit pleinement impliqué au cours de cette phase expérimentale de façon à dresser un bilan « effets bénéfiques / effets négatifs / points à améliorer ».

Si l'expérience s'avère concluante, l'opération pourra être prolongée. Sa pérennisation peut être envisagée dès que le financement sera stabilisé. A cet effet deux cas de figure peuvent se présenter :

- le redéploiement interne ne pose pas de problème majeur ;
- le redéploiement doit être compensé ; à ce moment là il conviendrait de regarder quels sont les possibilités de réutilisation des gains de productivité dégagés par la rénovation du système de distribution du médicament (préconisé au ¶ suivant) ou l'investissement en matériel informatique portatif (préconisé au ¶ 3.2.1.B.d.) ou encore suite à l'audit de la bonne adéquation des effectifs entre les services (¶ 3.2.1.B.c.).

- ✓ Pérennisation de la fonction de qualitatif

Bien que les budgets des HL ne permettent pas de recruter des ingénieurs qualitatifs, à l'instar des établissements MCO, il n'en demeure pas moins qu'il existe un besoin de

disposer d'un référent qualité. A ce titre, le directeur a déjà recruté dès 2006 un attaché de direction chargé de mission « démarche qualité ». Cet agent contractuel de droit public au grade d'attaché d'administration hospitalière principal (AAHP) exerce à mi temps et est présent une demi-journée par semaine compte tenu du télétravail. Il est actuellement en partie mobilisé par les travaux préparatoires liés à la certification en lien avec le consultant externe.

La pérennisation de ce poste est presque inéluctable tant les besoins constatés sont considérables dans le cadre de la démarche qualité. Pour mieux clarifier ses tâches, je propose de l'investir dans la définition et la mise en œuvre de la politique qualité et de prévention des risques et de prendre en charge le suivi opérationnel.

Il aura pour mission de réaliser des audits qualité, de recenser les risques et de proposer un « projet qualité ». Il sera également chargé de la confection du document unique (DU). Déjà positionné au sein de l'équipe de direction, il collaborera étroitement avec le cadre de santé. Le directeur portera une attention particulière au risque de conflits de stratégie. Ce responsable qualité aura une vision plus transversale que le cadre de santé dans la mesure où il s'intéressera également à toute la logistique et particulièrement à la restauration, à la lingerie et aux services techniques. Il sera également chargé d'exploiter les fiches d'évènements indésirables et de rendre compte, le cas échéant, des difficultés opérationnelles rencontrées sur le terrain.

Il sera l'agent ressource dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des prestations. Il lui reviendra en quelque sorte la charge de la « roue de Deming ». Enfin, la pérennisation de ce poste autorisera le directeur à envisager les opérations de la prochaine certification sans l'intervention d'un cabinet externe spécialisé.

Une formation spécifique et un temps de présence échelonné sur la semaine serait un plus.

Sur le plan financier, ce responsable pour l'heure contractuel continuerait d'être rémunéré sur les marges actuelles de l'établissement, le coût annuel s'élevant à près de 26.000 € s'agissant d'un AAHP. La pérennisation de ce poste devra être envisagée. A ce sujet, le directeur a demandé une intégration dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) « Qualité ». Si cette négociation ne devait pas aboutir, je propose d'envisager un redéploiement interne dans le corps des IDE principalement sur les gains attendus de la rénovation de la distribution du médicament (préconisé au ¶ suivant).

✓ Installation d'un assistant de service social

Comme évoqué au cours de l'enquête, certains agents ont souligné l'importance du temps qu'ils consacrent aux tâches administratives des résidents (demande d'APA, logement, démarches diverses...). De plus le cadre de santé est très mobilisé par les demandes d'admission et de solutions transitoires pour des familles quelquefois assez démunies.

Ces activités sont également amples à l'hôpital de jour où exerçait jusqu'à la fin du mois de juin 2008, un ACH en position de cessation progressive d'activité. Cet agent a fait valoir ses droits à pension. Le tableau des effectifs autorise donc le recrutement d'un agent en remplacement de ce dernier. Par conséquent, je préconise de réfléchir à la transformation de ce poste en assistant de service social, ou en cas de difficulté de recrutement, en secrétaire médicale.

En effet, un poste d'ACH ne semble pas spécialement adapté dans ce service. Il était la plupart du temps occupé à planifier l'organisation du service, à effectuer des démarches de placement, à remplir des formulaires des patients accueillis. Ces tâches relèvent davantage de la compétence d'un assistant de service social. De plus, le recrutement d'un jeune agent permettrait de dégager quelques marges liées au début de carrière. Il devrait exercer à mi temps à l'HDJ et dans les autres services pour le surplus.

✓ Sécuriser les personnels de l'hôpital de jour

Pour répondre à la problématique des personnels de ce service (évoquées en ¶ 2.2.1.A.), je recommande d'engager une réflexion sur la mise en place d'un personnel ressource de « réserve ». Un appel à candidature permettrait de recenser les volontaires. L'idée est de pouvoir disposer d'un personnel de « réserve » sur l'ensemble des services qui pourra être mobilisé en cas d'absence à l'HDJ. Pour ne pas créer de va et vient inutiles, les absences et les remplacements devront être planifiés le plus en amont possible. Il me semble indispensable qu'il y ait toujours une AS et une IDE en présence. Si cette proposition ne recueillait pas d'approbation, j'envisagerais de réfléchir soit à un roulement permanent par semaine soit au recrutement occasionnel d'agents retraités (des volontaires s'étant proposés).

En résumé, il me semble prioritaire d'organiser le recrutement interne d'un référent hôtelier. La transformation du poste de l'adjoint des cadres hospitalier en poste d'assistant social peut être envisagée assez rapidement de même que la sécurisation de la prise en

charge à l'HDJ. La pérennisation de la fonction de qualificateur interviendra ultérieurement, ce poste étant actuellement pourvu.

b) *Agir sur la distribution du médicament prioritairement en secteur MDR*

L'établissement est dépourvu de pharmacie à usage intérieur (PUI). Certains établissements de ce type ont recours à un système de distributions à l'aide de procédés tels que MANREX© ou MEDISSIMO©. Ces procédés se basent sur un partenariat entre l'établissement et une officine de pharmacie de ville. Cette dernière effectue le déconditionnement des médicaments et assure un reconditionnement dans un pilulier ou semainier. Les établissements bénéficiaires de ce type de conventionnement dégagent généralement du temps infirmier : un HL de voisinage (ville de Sarralbe) a évalué un gain en personnel infirmier de 2 ETP tandis qu'un EHPAD (ville de Fénétrange) estime le gain à 1 ETP d'IDE⁴¹.

Ces procédés ont été pendant un temps, l'objet de controverses notamment sur le plan juridique⁴². Toutefois, l'Ordre des Pharmaciens, bien que manifestant son opposition à la systématisation de ces opérations, a souligné dans *Les Nouvelles pharmaceutiques*⁴³ qu'un modèle de convention pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) dépourvu de PUI est en préparation. Une solution législative se dessine avec le nouvel article L5126-6-1 du CSP. Créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, il dispose que « les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein »⁴⁴. Un arrêté ministériel doit définir le modèle de convention type.

A ce stade, je recommande d'engager dans une réflexion sur cette question, de préférence en groupe de travail. Un contact auprès de l'HL de Sarralbe serait un préalable. Si la mise en place, en premier lieu dans le secteur MDR s'avérerait opportune, il conviendra ensuite de mettre en place une expérimentation. Une évaluation complètera

⁴¹ Rencontre avec les directeurs de ces structures le 22 mai 2008

⁴² Assemblée Nationale, réponse à question au Ministre de la santé N°111327, JO le 26/12/2006

⁴³ « Convention type MDR-Officine », février 2007, *Les nouvelles pharmaceutiques*, n°334, p 16

⁴⁴ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 -art. 88 JORF 22 décembre 2006

cette phase. En cas de succès, le système pourrait être acquis et le gain en ETP redéployé.

c) Redéfinir les fonctions

Définir les fonctions fait partie intégrante de la mission « organisation ». Il est en effet important que les différents agents de l'établissement aient une connaissance parfaite de leurs attendus. Je propose de constituer un groupe de travail associant les chefs de services, la direction et un représentant de chacun des corps de métier pour engager une réflexion sur la redéfinition des fonctions internes en tenant compte des recommandations émises au cours de ce paragraphe (§ 3.2.1).

Les fiches de fonctions ou profils de postes comprennent généralement les buts et objectifs, la position hiérarchique et fonctionnelle, les compétences, les moyens et contraintes budgétaires, le niveau de responsabilité des agents concernés. Enfin, les fiches de fonctions pourront être déclinées au niveau opérationnel en fiches de postes précisant selon le cas les tâches spécifiques, les lieux d'exercice, les horaires (par exemple, AS matin, après-midi ou nuit...).

Je recommande d'effectuer au préalable un audit dans les différents services, en commençant par le soin afin de mieux appréhender la charge de travail de chacun des agents. Une attention particulière devra être portée au secteur MDR afin de vérifier si la situation des effectifs y est plus favorable qu'en secteur sanitaire comme cela a été évoqué au cours de l'enquête.

A l'issue il sera peut être nécessaire de redéfinir les fonctions selon la charge réelle de travail en fonction des besoins dans les services. Ces audits serviront de base de discussion devant les instances notamment en CTE.

d) Poursuivre le développement du système d'information

Les personnels ont évoqués des difficultés liées à la disponibilité des postes informatiques. L'article D6114-3, 8° du CSP prévoit que « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe les objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité, notamment en ce qui concerne : [...] 8° le développement du système

d'information, en particulier le dossier du patient »⁴⁵. Le CPOM « Système d'information » modélisé par l'ARH Alsace mentionne un objectif d'équipement des établissements en poste de travail à 0,8 poste / agent. Actuellement ce ratio est de 0,16 en service de soins et nul dans les services logistiques ce qui me paraît insuffisant.

Par conséquent, je préconiserais de poursuivre l'acquisition de postes informatiques, prioritairement en services de soins. Les modèles portatifs (un par étage) avec licence OSIRIS serait un plus. Ils permettront de saisir les données au cours du cycle de soins. Je préconiserais également d'équiper l'ensemble des services logistiques d'au moins un poste de travail informatique. Enfin, l'installation d'une licence OSIRIS à l'hôpital de jour est indispensable.

Par ailleurs, les nouvelles techniques de l'information et de communication (NTIC), alliant l'informatique et les télétransmissions des informations permettent de produire, transformer, stocker et transmettre toute information écrite ou orale à l'intention de destinataires choisis.

En conséquence, il me semble pertinent d'équiper l'établissement d'un réseau « intranet » c'est-à-dire à usage interne pour la communication et la recherche des données de la base documentaire informatisée (voir ci-après ¶3.2.1.B.e). Par la même occasion, il serait judicieux d'équiper l'établissement d'un site Internet permettant de dialoguer avec l'extérieur et de se faire connaître (téléchargement par le résident du livret d'accueil, du dossier d'inscription...). L'adjoint des cadres du BRH a fait part de ses compétences en matière de développement d'outil de NTIC. Je lui confierais cette tâche.

e) *Se doter d'instruments de gestion automatisés*

Actuellement le cadre de santé occupe une partie importante de son temps de travail à confectionner et gérer les plannings de service. Il y consacre près d'un quart de son temps. Afin de le libérer des tâches répétitives et fastidieuses liées à l'organisation du service, je recommande de l'équiper d'un outil informatique approprié. Des logiciels de gestion du temps performants sont disponibles sur le marché. Grâce à leurs capacités de calculs, ils permettent d'ajuster le planning instantanément tout en intégrant les mises à jour législatives et réglementaires relatives à la durée du temps de travail. Un gain de

⁴⁵ Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux CPOM et modifiant le CSP, JORF n° 255 du 3 novembre 2006.

temps non négligeable (près de quatre jours par mois⁴⁶) peut en être espéré, lui permettant ainsi de se recentrer sur sa mission de coordination effective et opérationnelle des activités de soins.

Se doter d'une gestion électronique des documents (GED) en s'équipant d'un système informatisé d'acquisition, de classement, de stockage, et d'archivage des documents (textes officiels, procédures, protocoles, notes de service, documentations, études, documents de travail...). Cela devrait permettre un gain de temps pour la recherche tout en la facilitant par l'utilisation des mots clefs. De plus l'indexation des documents et surtout la numérisation comprime le « volume papier ». Après les étapes d'acquisition (saisie, numérisation...) qu'il conviendra de discuter, la base documentaire ainsi créée pourra être diffusée et mise à disposition de l'ensemble des agents de l'établissement en fonction des habilitations de chacun. Le directeur a pris contacts auprès de fournisseurs confirmant ainsi ce besoin.

C) La décision

a) *La délégation*

Réformer la prise de décision par la délégation. Il convient de distinguer la délégation de pouvoir de la délégation de signature. La délégation de pouvoir opère un véritable transfert de compétence ; ainsi la personne qui délègue son pouvoir (le délégant) est dessaisie de ce pouvoir au profit d'une autre autorité (le délégataire). Le délégant n'est pas responsable des décisions prises par le délégataire qui en est considéré comme l'auteur. Contrairement à la délégation de pouvoir, la délégation de signature n'opère aucun transfert de compétence et ne fait donc pas perdre au délégant ni son pouvoir, ni l'exercice de celui-ci. Le délégant conserve sa responsabilité, qui demeure pleine et entière, pour tous les actes pris par le délégataire. Le délégataire est habilité à exercer les pouvoirs du délégant, il n'en dispose pas.

A l'HL de Sarre-Union, je propose de formaliser pleinement la deuxième approche permettant de confier des tâches à un collaborateur ayant le goût des responsabilités et acceptant cette délégation. Il convient au préalable de clarifier les missions, définir la marge de liberté des collaborateurs et de mettre en place un « feed-back » (voir ci-dessous b). Une première série de délégations de signature pourraient être accordée au cadre de santé pour l'organisation générale des services de soins et la gestion des

⁴⁶ Evaluation interne réalisée par le cadre de santé

achats, au chef du service de restauration pour les achats, au chef d'atelier pour les fournitures d'entretien et de réparation et au référent hôtelier (si la préconisation est retenue).

b) Instaurer les Conseils de direction

Au cours de l'enquête, il a été précisé que « depuis la certification, les chefs de services se réunissent régulièrement ». Actuellement, il n'existe pas de réunions de direction officialisées au sein de cet établissement. Je recommanderais d'instaurer la pratique du conseil de direction, au moins deux fois par mois afin que les chefs de services et le directeur puissent échanger sur le fonctionnement de leur unité, les dysfonctionnements éventuels (analyse de fiches d'événements indésirables, le cas échéant), les besoins et l'adéquation des moyens (avec le projet d'établissement). Ce lieu d'échange devrait réunir : le directeur, le cadre de santé, le chargé de la qualité, les responsables de l'hôpital de jour, du secteur MDR, de l'atelier, de la lingerie, de la restauration et le référent hôtelier (si la préconisation est retenue).

D) L'évaluation

a) Développer le contrôle de gestion.

Comme la plupart des organisations relevant de la fonction publique, l'HL de Sarre-Union, doit faire face à des contraintes nouvelles et doit justifier de façon accrue devant les autorités de tutelles (ARH et Conseil Général pour le financement) que les fonds ont été employés à bon escient, dans un souci d'équité, de qualité et de transparence. De plus le contexte économique de raréfaction du denier public nécessite une recherche de plus de rationalité économique, d'arbitrages budgétaires, de définition de priorités. Le contrôle de gestion consiste à disposer d'informations en continu sur les objectifs, les moyens, les résultats pour vérifier en permanence que les responsables opérationnels atteignent leurs objectifs.

Le directeur a d'ailleurs demandé la création de 0,5 ETP d'analyste financier dans le cadre du CPOM « Gestion ». Le développement d'un outil permettant d'assurer à minima ce type de contrôle au sein de l'établissement serait un plus. Concrètement, je propose d'installer un outil de traitement informatique financier sur le poste de l'adjoint des cadres, lequel pourra suivre régulièrement l'évolution des dépenses en fonction de délégation de crédits. Il s'agit également en quelque sorte d'introduire une forme adaptée de comptabilité analytique. En fonction des ratios calculés, ces outils pourront aider le gestionnaire à mieux maîtriser les coûts internes, de lutter contre les gaspillages (peu

évalué à Sarre-Union) et à suivre l'adéquation des moyens avec les objectifs définis au projet d'établissement. L'installation du logiciel ANADES mis à disposition par l'EHESP me semble intéressante. En conséquence, je proposerais d'ajourner la demande formulée auprès de l'ARH afin de prendre le temps d'évaluer la présente mesure.

b) *Mener des actions d'évaluation ciblées.*

L'organisation d'évaluations ponctuelles et occasionnelles portant sur une tâche précise peut apporter des enseignements. En effet, il a été précisé que la chaîne de distribution des repas présente des incohérences en matière d'hygiène (contact avec les patients, difficultés particulières et diffuses). Je recommanderais de commencer par un examen de l'ensemble de la chaîne.

3.2.2 Vers une synergie participative

Les suggestions développées dans ce cadre porte sur l'axe motivationnel et sur la satisfaction des besoins d'affirmation et de reconnaissance.

Au vu des résultats de l'enquête interne, il serait intéressant de tenir compte des modèles théoriques de la satisfaction en soignant particulièrement les besoins de reconnaissance des agents et en tentant de gommer certains facteurs d'insatisfaction (cf. § 1.1.1). Fédérer l'équipe en tenant compte, dans la mesure du possible, des suggestions issues de la base me paraît être un moyen judicieux.

En premier lieu, la direction doit pouvoir disposer d'informations fiables et actuelles afin d'orienter ses décisions. Ensuite elle s'accordera à poursuivre l'amélioration des conditions de travail et à développer des actions de reconnaissance.

A) Favoriser l'expression du salarié

Un des moyens pour développer l'expression des salariés consiste à créer des groupes de parole au sein de l'établissement.

L'HL de Sarre-Union est doté des instances réglementaires usuelles à savoir : un CTE, un CHSCT. Or, la voie réglementaire permet aux EPS de développer l'expression directe du salarié à l'instar du code du travail en instituant le droit d'expression directe du salarié au moyen des conseils de service. En effet, le CSP prévoit dans son article R.6144-86 que « les personnels titulaires, stagiaires ou contractuels des hôpitaux locaux bénéficient d'un

droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail » ; ce droit « s'exerce dans le cadre de réunions organisées au moins deux fois par an dans l'enceinte de l'établissement, en dehors des lieux ouverts au public, pendant le temps de travail » (article R.6144-87 du CSP).

Le directeur de l'établissement a décidé d'instaurer la pratique du conseil de service au moment où j'écris ces lignes. Sans prétendre à un bilan exhaustif, le résultat est très encourageant. Le dialogue qui s'est instauré au cours de la première séance a permis de faire « remonter » des informations liées à l'organisation du travail jusqu'alors partiellement ignorées par la direction.

Toutefois, les débats de ce premier conseil ont essentiellement porté sur des aspects organisationnels laissant peu de place à la question de la reconnaissance. La présence du directeur et de l'attaché de direction comme régulateur de la séance a peut-être conduit les agents à orienter leurs propos. Selon les dispositions de l'article R.6144-88 du CSP « le directeur de l'établissement ou le secrétaire général du syndicat interhospitalier arrête, après avis du comité technique d'établissement, les modalités d'exercice du droit à l'expression directe et collective des personnels. Ces modalités définissent notamment :

- 1° Les unités de travail au sein desquelles sont organisées les réunions permettant l'expression des personnels, ainsi que la fréquence, la durée et les lieux desdites réunions ;
- 2° Les mesures destinées à assurer la liberté d'expression de chacun ; »

En conséquence, je proposerais de définir une nouvelle modalité de fonctionnement des conseils de service. La réunion pourrait se dérouler en deux temps.

En premier lieu, il s'agit de prévoir un temps de parole relatif aux problématiques professionnelles (organisation, difficultés, besoins divers) qui sera animé par la direction permettant d'avoir un échange interactif aux flux ascendants et descendants, ce qui a très bien fonctionné dans l'établissement.

En deuxième lieu, il s'agit de réserver un temps d'expression directe non formalisé et animé par un tiers (un intervenant extérieur, de préférence) pour permettre de libérer l'expression en faveur de la reconnaissance. L'ambiance de travail est généralement un facteur de motivation, mais elle a également pour vertu de conditionner l'implication des personnels. Une bonne ambiance permet de souder les individus autour d'un projet fédérant ainsi une équipe. Le travail d'équipe passe par la construction d'un collectif (solidarité entre les agents), stable et pouvant intégrer le personnel récemment affecté. Des temps d'échanges sont indispensables pour établir des liens autour d'objectifs

communs (nécessité de communication entre les salariés). Ces moments confortent l'identité professionnelle collective et permettent de gagner en confiance, grâce aux informations échangées, grâce au fait de se savoir averti et intégré. Ils permettent de mieux contrôler le stress lié à la charge de travail, dans un contexte d'innovation et de développement de compétences spécifiques. Les personnels sont exposés aux émotions, à des contraintes professionnelles diverses et à une forte incertitude. Le besoin de parler à ses collègues est très présent, surtout pendant des situations de stress.

De plus, l'enquête de satisfaction interne montre que 69 % des personnels trouveraient utile de pouvoir consulter un psychologue externe en cas de besoin. Cela témoigne d'un besoin de se sentir rassuré : la seule connaissance de la possibilité de pouvoir compter sur une personne ressource en cas de besoin ou de difficulté peut suffire à redonner un sentiment de sécurité aux agents.

J'envisagerais de mettre en place des séances de soutien qui permettraient l'accompagnement personnalisé d'un individu, dans un cadre professionnel, pour renforcer son autonomie et sa motivation. Ces séances pourraient stimuler le développement personnel en se centrant sur l'affirmation de soi, la compréhension des autres, le contrôle des émotions et la gestion du stress le cas échéant. L'idée est de visualiser et de valoriser le sens de l'action, de mieux se situer au sein de l'organisation, d'accroître la confiance en soi et de favoriser la motivation. Cela aurait pour effet d'apaiser les craintes et de promouvoir la solidarité au sein des équipes tout en servant les intérêts de l'établissement.

B) Améliorer les conditions de travail

Les conditions de travail des fonctionnaires hospitaliers ont été particulièrement étudiées par les pouvoirs publics⁴⁷. Une circulaire de la DHOS délimitait déjà les contours des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) en 2006. Suite à un premier accord en 2006 avec les organisations syndicales⁴⁸ une enveloppe financière a été débloquée pour financer des actions d'amélioration des conditions de travail par contractualisation entre l'ARH et l'établissement.

⁴⁷ Dossier Solidarité et santé « Les conditions de travail dans les établissements de santé », *Hors Série 2007*, 60p.

⁴⁸ Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C n° 2007-123 du 26 mars 2007

Dans ce cadre, je propose de remplacer certains matériels et d'installer une salle de détente.

a) *Remplacer certains matériels*

Afin d'apporter une réponse rapide aux difficultés induites par les chariots de portage de repas, je recommande d'engager des consultations afin de réformer ce matériel au profit d'équipements plus ergonomiques.

Un matériel plus ergonomique peut effacer certains aspects pénibles rendant ainsi la tâche non seulement plus facile à exécuter mais contribue à redonner au personnel d'exécution un sentiment d'utilité sociale :

☞ « Je ne pousse pas un chariot » mais « je vais servir le repas aux résidents »

Je propose d'engager une réflexion préalable en concertation avec le médecin du travail présent sur le site et après approbation du CHSCT. La négociation d'une expérimentation préalable avec un fournisseur serait un plus.

Enfin, il me semble intéressant de s'équiper du matériel de nettoyage à vapeur pour les chambres et les couloirs. Ce matériel a été testé dans l'établissement et apprécié par le personnel ASH. L'achat d'un appareil me semble pertinent. Sa mise en service devra être suivie d'une observation de la synchronisation des tâches par les référents qualité et hôtelier, le cas échéant. Cela permettra d'estimer d'éventuels gains de productivité. Les essais dans une chambre ont montré un gain de temps et une amélioration de la qualité du travail.

b) *Installation d'une salle de détente*

Dans le cadre du CLACT, le directeur a demandé le cofinancement d'un matériel de gymnastique et de 4 postes informatiques en libre service.

D'un point de vue sanitaire, on sait que l'augmentation du niveau de stress perturbe le rythme cardiaque et diminue nos défenses immunitaires ce qui peut être source d'arrêt de travail. D'un point de vue de l'esprit, savoir que l'établissement se soucie de notre corps et de notre bien-être nous reconforte dans l'idée que nous ne sommes pas considérés au même niveau qu'une machine. Dans le secteur privé, des sociétés qui en ont le budget ont investi dans une salle de sport. La salle de sport intégrée à l'établissement permet aux salariés de se libérer l'esprit, de se détendre et d'oublier l'espace d'un moment tout le

stress accumulé dans la journée, sans perdre de temps dans les transports pour s'y rendre, en ne débordant que peu sur son temps extraprofessionnel.

Sans pour autant recourir à ce type de salle entièrement aménagée (il s'agit d'un « petit » HL), le simple local disposant de quelques tapis de sol et de quelques instruments légers permet déjà au personnel de se détendre. J'utiliserais une partie des locaux disponibles dans les combles non utilisés. Les travaux se résument à la réfection de l'escalier d'accès, l'installation du chauffage, la réfection des surfaces et la vérification des normes de sécurité. Les postes informatiques en libre service peuvent être disposés dans la même salle, une simple cloison mobile me paraît suffisante. Ce lieu serait disponible en permanence, les agents auront la possibilité de s'y rendre pendant les temps de pause, avant ou après leur service. En tout état de cause, les modalités d'accès et de correspondance avec le temps de travail devront être au préalable discutées en CTE.

C) Développer les actions de reconnaissance

Les résultats de l'enquête de satisfaction montrent une réelle attente de reconnaissance de la part de la direction. Deux actions complémentaires (action sur l'individu et manifestation collective) peuvent se compléter.

Créer du lien avec les équipes, c'est aller à leur rencontre quotidiennement. Je préconiserais la mise en œuvre d'une mesure simple, compte tenu de la taille de l'établissement. Il s'agirait de saluer quotidiennement les agents en prenant son poste en début de matinée. Outre l'aspect symbolique, ce passage permet, en premier lieu, d'affirmer la présence de la direction au sein de l'établissement, et en second lieu, de créer un espace d'échange entre la base et la direction. Bien que ce passage doive rester bref afin de limiter l'excès d'informations redondantes, il peut également avoir pour vertu de rassurer les collaborateurs.

D'autre part, l'enquête a montré que les agents de l'établissement méconnaissent le statut de la FPH. Le directeur est le garant du droit et de l'évolution professionnelle des agents en utilisant les possibilités de réduction de durée lors de l'avancement d'échelon et de promotion de grade par application du statut. Il peut le faire savoir très largement auprès des personnels de l'établissement en communiquant sur les possibilités de promotion, d'avancement et de formation. Je préconise d'éditer un livret d'accueil du personnel

conformément aux recommandations de la HAS (référence 3a.⁴⁹) et de le distribuer à l'ensemble des agents de l'établissement. Il sera ensuite systématiquement remis aux nouveaux arrivants.

Par ailleurs, la fête de l'établissement constitue une occasion de créer ou de recréer une cohésion. C'est un des rares moments où les salariés peuvent se divertir collectivement. C'est aussi une façon pour une organisation de remercier leurs collaborateurs. Par conséquent, je propose d'instaurer une journée de cohésion de préférence vers la fin de l'année. Cette journée se voudra conviviale et agrémentée (buffet – goûter – animation), éventuellement en présence des familles, des retraités, des stagiaires. Elle sera l'occasion d'adresser des félicitations collectives aux équipes avec pourquoi pas l'audace de dire « j'aime mon établissement ».

Par ailleurs, la journée porte ouverte représente une occasion annuelle pour s'ouvrir sur l'extérieur et communiquer sur le travail et les actions entreprises au sein de l'établissement. La présence du personnel sur le site à cette occasion lui permettra de rencontrer les familles dans un contexte différent plus propice à l'échange suscitant éventuellement du respect. Je propose à la direction d'organiser une manifestation annuelle intitulée « L'établissement en fête » qui pourrait en sus avoir une action bénéfique en sur le lien « population – institution ».

Ces quelques mesures peuvent favoriser les conditions d'un dialogue social interne stimulant, créatif de lien et d'esprit collectif. Une évaluation viendra confirmer ou infirmer ces attendus.

⁴⁹ HAS, Direction de l'accréditation, éd 2007, *Manuel de certification des établissements de santé*, p 24

Conclusion

Dans l'environnement concurrentiel où il se trouve, aucun établissement de santé ne peut aujourd'hui se soustraire à l'obligation d'améliorer ses services. Il doit aussi développer son image de marque s'il veut rester attractif. L'engagement dans la certification V2 créé une dynamique particulière au sein de cet établissement mais a généré un stress auprès des équipes.

Nous noterons que la satisfaction au travail est une composante importante de l'exercice professionnel. D'une part, elle permet de donner des éclaircissements sur l'organisation, les conditions de travail et le climat social et d'autre part, elle révèle des sentiments de satisfaction ou d'insatisfaction du personnel vis-à-vis de plusieurs aspects de l'emploi tenu.

Les informations issues de cette étude exploratoire constituent une source d'enseignements très riche. Elle a permis de faire ressortir au plan local l'existence de tensions largement évoquées aux plans national et international par la littérature professionnelle et relayées sur la scène publique. Comme leurs collègues des autres établissements, les personnels de l'HL de Sarre-Union ne sont pas épargnés par la pénibilité du travail en gériatrie, rendue plus prégnante encore avec la densification des tâches et le renforcement des normes et des procédures.

Cette enquête a permis de faire remonter de nombreuses informations et de mettre en relief certains éléments non connus par la direction. Une de nos hypothèses de départ consistait à montrer un lien entre satisfaction du personnel au travail et qualité du service rendu. L'enquête a appréhendé le point de vue des personnels quant à leur lieu de travail. Elle n'a pas révélé de dysfonctionnement majeur au sein de l'établissement.

En revanche, des pistes d'améliorations portant sur les conditions de travail et la question de la reconnaissance ont été développées. Le directeur a eu connaissance d'éléments lui permettant de valider, s'il le souhaite, quelques préconisations sur ce lieu de travail. Comme il s'agit également d'un lieu de vie pour les résidents, certaines recommandations peuvent avoir un effet bénéfique sur la qualité du service rendu : soit directement (les locaux, les prestations), soit indirectement par la reconnaissance, l'amélioration de l'ambiance de travail ce qui sera ressenti par l'utilisateur.

En d'autres termes, la démarche de certification a ouvert des pistes d'innovation où chacun a exprimé son potentiel en partie pour la satisfaction de l'utilisateur. La satisfaction

du personnel rejoint alors celle de l'utilisateur. L'outil utilisé s'est révélé très instructif confirmant ainsi son utilité.

L'HL de Sarre-Union a pour ambition de proposer un service de qualité pour assurer ainsi les meilleures prestations à l'utilisateur. La direction a pris la mesure de l'enjeu, la satisfaction au travail du personnel est un puissant levier à son service. L'échange généré par la présente enquête est utile et propice à des évolutions. L'outil restera à la disposition de l'établissement qui pourra en faire usage. Lors de la visite prévue fin novembre, les experts visiteurs de la HAS s'attacheront certainement à en prendre connaissance.

Cependant cette enquête n'est pas sans limites. Elle est particulièrement affectée par le ressenti propre à chacun. Le domaine de l'émotionnel ne peut donc en aucun cas être négligé. Plus spécifiquement, jusqu'où peut on aller dans le traitement de l'information obtenue ? En d'autres termes, quel crédit accorder à tout ce qui est dit et communiqué au cours de l'enquête ?

Bien qu'il soit présentement établi que le directeur d'un établissement ait intérêt à connaître précisément quels sont les facteurs de satisfactions et d'insatisfactions de ses collaborateurs, il doit néanmoins rester prudent dans l'interprétation des réponses qui lui sont destinées. D'abord, l'anonymat peut générer des réponses exutoires voire ineptes. La connaissance imprécise du fonctionnement global de l'établissement peut amener l'agent à formuler une observation inutilisable en l'état. L'établissement doit obéir à un corpus réglementaire qui relève de la responsabilité du directeur. Il doit y veiller constamment pour ne pas se laisser envahir par des propositions inappropriées voire illégales. Ensuite, la nature de l'homme le conduit parfois à critiquer tout en contestant quelquefois l'autorité établie. Des propos de collaborateurs dont l'information est imparfaite, ceux provenant d'agents mal intentionnés, peuvent tronquer les conclusions de ce type d'évaluation.

D'autre part, je tiens à souligner que sans les entretiens individualisés, de nombreux éclaircissements n'auraient pas été obtenus. Un questionnaire seul, même très exhaustif et à échelle de mesure, n'aurait pas suffi pas à appréhender la complexité et la richesse des réponses.

Enfin, pour acter le succès de cette opération, le directeur de l'établissement m'a accompagné lors de la présentation des résultats à l'ensemble des agents qui ont été particulièrement reconnaissants.

Bibliographie

Ouvrages

- ALECIAN S., FOUCHER D., *Le management dans le service public*. Paris : Editions d'Organisation, 2007, 446 p.
- AUBRET J., GILBERT P., *Psychologie de la ressource humaine*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2007, 127 p.
- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Paris : Seuil Collection Essais, 1985, 382 p.
- COHEN D., *Nos temps modernes*, Paris : Flammarion Essais, 2000, 159 p.
- DE KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*, Ed. Dunod, Paris, mai 2003, 352 p
- DIETRICH A., PIGEYRE F., *La gestion des ressources humaines*, Paris : La Découverte, Collection Repères, 2005, 122 p.
- DOUCET C., *La Qualité*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2007, 128 p.
- MUCHIELLI A., HART J., *Soigner l'hôpital : diagnostic de crise et traitements de choc*, Paris : Lamarre, 2002, 167 p
- MUCHIELLI A., *Les motivations*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2006, 128 p.
- ROBBINS S., DECENZO D., GABILLIET P., *Management L'essentiel des concepts et des pratiques*, Paris : Pearson Education France, 2008, 523 p.
- SCHEID J.C., *Les grands auteurs en organisation*, Paris : DUNOD, 1980, 239 p
- STORA B., *Le Stress*, Paris : Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 2008, 128 p.

Rapports, guides

- Cour des Comptes, rapport public thématique, mai 2006, *Les personnels des établissements publics de santé*, [visité le 15.06.2007] disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/servlets/SearchServlet>, 157 p

- Etude *Presst-Next Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des soignants au travail*, janvier 2004 [visité le 03.11.2007], disponible sur internet : <http://www.presst-next.fr/pdf/Brochure2005.pdf>, 66 p
- HAS, Direction de l'accréditation, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, édition 2007*, [visité le 05.01.2008], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/20070601_manuelv2007.pdf, 180 p
- HAS, Direction de l'accréditation, novembre 2005 *Guide d'aide à la cotation*, [visité le 03.11.2007] disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/aide_cotation_v2.pdf,
- Haute Autorité de Santé, Direction de l'accréditation, janvier 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, [visité le 03.11.2007], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_436564, 40 pages
- INSEE, Vue d'ensemble, 2007, *Les grandes évolutions structurelles des salaires*, [visité le 15 juin 2008], disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/salfra07ab.pdf

Périodiques spécialisés

- « Convention type MDR-Officine », février 2007, *Les nouvelles pharmaceutiques*, N° 334, p 16
- BENEZET C., LOGEROT H., mai - juin 2007, « L'évaluation des établissements sanitaires : de l'accréditation à la certification », *Perspectives Sanitaires & Sociales*, N°192, pp 12-14
- BERNEY V., MARAZZI A., WASSERFALLEN J., décembre 2002, « Evaluation de la satisfaction des infirmiers(ères) : développement d'un nouvel outil d'analyse » *Recherche en soins infirmiers*, N°71, pp 63-69
- COLE P., NIZARD G., janvier 2001, « Mesure de la satisfaction du personnel au CH de Nemours », *Gestion hospitalières*, N°402, pp 14-15
- CORTOT O., octobre 2006, « La satisfaction au travail du personnel infirmier en gériatrie à l'hôpital des Charpennes, Hospices civils de Lyon 2^{ème} partie », *Journal de l'Association des directeurs d'hôpital*, N°5, pp 18-22

- CORTOT O., août 2006, « La satisfaction au travail du personnel infirmier en gériatrie à l'hôpital des Charpennes, Hospices civils de Lyon 1^{ère} partie », *Journal de l'Association des directeurs d'hôpital*, N°4, pp 28-30
- CORTOT O., décembre 2005, « La satisfaction au travail », *Gestions hospitalières*, N°451, pp 795-798
- DE KERVASDOUE J., février 2005, « Une crise profonde et multiforme », *Soins Cadres*, N°56, pp 27-31
- DREES, avril 2006, « La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Etude et résultats*, N°485, 8 p
- DREES, Hors Série 2007, Dossier Solidarité et Santé, « Les conditions de travail dans les établissements de santé », [visité le 15 mai 2008], disponible sur internet <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier2007hs.pdf>, 60 p
- LEFEVRE J., octobre 2006, « Gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles », *Techniques Hospitalières*, N°699 pp 29-32
- PERZO L., mai - juin 2007, « Etablissements et services sociaux et médico-sociaux : l'évaluation externe se met en place », *Perspectives Sanitaires & Sociales*, N°192, pp 26-29
- TOCHE D., décembre 2002, « La motivation du personnel soignant en gériatrie », *Recherche en soins infirmiers*, N°71, pp 56-62
- ZOHRA M., mai - juin 2007, « La V2 – moteur d'une dynamique », *Perspectives Sanitaires & Sociales*, N°192, p 22

Presse

- « L'arbitrage des salariés entre rémunération et temps libre », *Le Parisien – CSA*, sondage réalisé les 6 et 7 décembre 2006
- BRILLET F., 17 juin 2008, « Engagement : la feuille de paie ne suffit pas », *Les Echos*, p 15
- « Inadmissible », 14 octobre 2007, *Dernières Nouvelles d'Alsace, éd Sarre-Union*, N°241, p

Manuel

- Dictionnaire Le Petit ROBERT de la langue française, éd 2006, Paris : Le Robert – France, 2565 p.

Mémoires et notes

- AUBERT A., "La mesure de la satisfaction du personnel en milieu hospitalier : pour une approche globale", ENSP, 2000, 110 p.
- BRUN H., BEDHOUCHE M, BRIVE F. et al. « L'intérim de direction : une apparente contradiction », Note juridique ENSP, juin 2007, 16 p
- CORTOT O., « Aux sources de la satisfaction des infirmières en gériatrie. Identification des facteurs, nouvelles pratiques managériales », ENSP, 2005, 23 p
- MOUQLA Y., « Etude de la satisfaction au travail du personnel infirmier ; le cas de l'hôpital Alfarabi d'Oujda-Angad », Rabat : INAS, 1999, 52 p
- ROUSSEROL P., « La démarche qualité à l'hôpital local, ou comment passer de l'accréditation à une démarche pérenne », ENSP, 2004, 106 p

Sources législatives et réglementaires

➤ **Lois et ordonnances**

- REPUBLIQUE FRANCAISE, loi n°2002-2 du 2 janvier 20 02 rénovant l'action sociale et médico-sociale, [en ligne], JORF du 3 janvier 2002 page 124, [visité le 13.11.2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&dateTexte=&fastPos=1&fastReqld=841038702&oldAction=rechTexte>
- REPUBLIQUE FRANCAISE, loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne], JORF du 5 mars 2002 page 4118, [visité le 13.11.2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte=&fastPos=1&fastReqld=1385349989&oldAction=rechTexte>
- REPUBLIQUE FRANCAISE, loi n°2004-810 du 13 août 20 04, relative à l'assurance maladie [en ligne], JORF n°190 du 17 août 2004 page 14598, [visité le 13.11.2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&fastPos=1&fastReqld=1319204982&oldAction=rechTexte>

- REPUBLIQUE FRANCAISE, loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 [en ligne]- JORF 22 décembre 2006 [visité le 15 juin 2008] disponible sur internet
http://www.legifrance.com/affichTexte.do;jsessionid=CEC8640D932EB84483DF51BEFB524B0C.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000817095&dateTexte=20080904
- PREMIER MINISTRE, ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [en ligne], JORF n° 98 du 25 avril 1996 page 632 [visité le 13.novembre 2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206&dateTexte=&fastPos=1&fastReqlId=995731088&oldAction=rechTexte>

➤ **Décrets**

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Décret n° 2007-1428 du 3 octobre 2007 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le code de la santé publique [en ligne] JORF n°231 du 5 octobre 2007 page 16346, [visité le 13.11.2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000252151&dateTexte=&fastPos=1&fastReqlId=3937798&oldAction=rechTexte>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière [en ligne], JORF du 7 août 2007, [visité le 15 janvier 2008], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/jopdf/common/jopdf.jsp?numJO=0&dateJO=20070807&numTexte=31&pageDebut=00001&pageFin>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, [en ligne], JORF n°113 du 16 mai 2007 page 9373 [visité le 13.11.2007], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000822015&dateTexte=&fastPos=2&fastReqlId=1810153004&oldAction=rechTexte>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux CPOM et modifiant le code de la santé publique, [en ligne],

JORF n°255 du 3 novembre 2006 page 16274 [visité le 15.03.2008], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818120&dateTexte=&fastPos=1&fastReql=1858923615&oldAction=rechTexte>

- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES Décret no 97-311 du 7 avril 1997 relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé instituée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [en ligne], JORF n°82 du 8 avril 1997 page 5328, [visité le 13.11.2007], disponible sur internet : <http://www.legifrance.com/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381075&dateTexte=&fastPos=1&fastReql=1526600082&oldAction=rechTexte>

➤ **Codes**

- Code de l'action sociale et des familles, 29 août 2008, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.com/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20080911>
- Code de la santé publique, 5 septembre 2008, disponible sur Internet : <http://www.legifrance.com/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080911>

➤ **Circulaires**

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C n° 2007-123 du 26 mars 2007 relative à la mise en oeuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-06/a0060131.htm>
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS Circulaire DHOS/P3 n° 2007- 350 du 20 septembre 2007 relative à l'application des décrets pris en application de l'accord inter fonction publique du 25 janvier 2006 et du protocole d'accord du 19 octobre 2006 relatif à la fonction publique hospitalière
Disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-11/a0110066.htm>

➤ **Autre**

- Assemblée Nationale, réponse à question au Ministre de la santé N° 111327, médicaments - conditionnement [en ligne], JORF le 26/12/2006, [visité le 15 mai 2008] disponible sur internet :
<http://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-111327QE.htm>

Sites Internet :

- Association Française de Normalisation <http://www.afnor.fr>
- Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail <http://www.anact.fr>
- Agence Nationale d'Evaluation de la Qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux <http://www.anesm.sante.gouv.fr/>
- Fédération Hospitalière de France <http://www.fhf.fr/>
- Haute Autorité de Santé http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=j_5
- Hospimedia <http://www.hospimedia.fr/>
- Legifrance <http://www.legifrance.com/>
- Ministère de la Santé <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/index.html>

Liste des annexes

ANNEXE 1	Questionnaire de satisfaction du personnel.
ANNEXE 2	Grille d'entretien.
ANNEXE 3	Tableaux des tris à plats et histogrammes.

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction

E H E S P
Ecole des hautes études en santé publique

Centre de Moyen et Long Séjour
Maison de Retraite Sarre Union

Questionnaire portant sur la satisfaction des personnels

J'ai le plaisir de vous transmettre un questionnaire portant sur la satisfaction des personnels. Il s'agit d'une première enquête de ce type réalisée à l'hôpital local de Sarre Union. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel. Elle a pour ambition de répondre à la fois à un objectif institutionnel tout en participant au développement d'une démarche d'amélioration de la qualité au sein de l'établissement.

Sur le plan institutionnel, ce questionnaire adhère à un fondement réglementaire. En effet, la deuxième procédure d'accréditation élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'attache à promouvoir l'amélioration du service médical rendu au patient. La Haute autorité accorde un rôle primordial à l'évaluation des pratiques professionnelles. **La mesure de la satisfaction du personnel trouve donc naturellement sa place au cœur de la démarche.**

Etre satisfait de son travail, n'est pas une finalité en soi, mais correspond plutôt à un sentiment de bien-être résultant de l'accomplissement d'une action ou d'un résultat attendu ou désiré. Mais, il existe une relation symétrique entre la satisfaction d'avoir réalisé un bon travail et la nécessité d'être satisfait sur son lieu. Il y a donc un lien entre la satisfaction au travail des acteurs et la qualité des prestations qu'ils sont en mesure d'offrir.

L'hôpital local de Sarre Union, s'est engagé dans la construction d'un outil pour mesurer objectivement l'état de votre satisfaction au travail. Il s'agit d'un **questionnaire respectant l'anonymat** conçu par un groupe de travail issu du personnel.

Autorisé par le Directeur, ce questionnaire est composé de deux parties. La première partie comporte sept thèmes qui font l'objet de quatre à douze questions. Je vous invite donc à répondre à chacune des questions en affectant un score de satisfaction sur une échelle de 0 à 4 dans le sens croissant (du moins bon au meilleur). La deuxième partie concerne votre situation administrative et personnelle pour laquelle je vous demande de cocher la réponse correspondant à votre situation.

Au final, **ce questionnaire devrait vous prendre entre quinze à vingt minutes.**

Enfin, afin de renforcer le caractère anonyme de cette enquête, **la collecte du questionnaire se fera par urne disposée à l'accueil.**

Je vous remercie d'avance pour votre coopération que j'augure la plus fructueuse possible.

Emmanuel Wittmann, élève directeur d'établissement sanitaire et social

QUESTIONNAIRE PORTANT SUR LA SATISFACTION DES PERSONNELS

Notice :

- répondez aux différentes questions en affectant à chaque item un score de satisfaction allant de 0 (très insatisfait ou pas du tout d'accord) à 4 (très satisfait ou tout à fait d'accord). **Cochez votre réponse.**
- si vous n'avez pas d'opinion sur un item veuillez cocher la case « NSP » (ne se prononce pas).
- ne cochez qu'une seule case.

Première partie : votre degré de satisfaction à votre travail

1. Vos conditions de travail	Echelle de mesure					
Etes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas
A. Les locaux sont adaptés	0	1	2	3	4	NSP
B. Le matériel à ma disposition est adapté	0	1	2	3	4	NSP
C. Les effectifs dans les services sont suffisants	0	1	2	3	4	NSP
D. Les besoins de remplacement sont pris en compte	0	1	2	3	4	NSP
E. Mon planning prévisionnel est respecté	0	1	2	3	4	NSP
F. Mon travail exige d'aller très vite	0	1	2	3	4	NSP
G. J'arrive toujours à finir mon travail	0	1	2	3	4	NSP
H. Mes horaires sont compatibles avec ma vie privée	0	1	2	3	4	NSP
I. En général, il y a une bonne harmonie entre ma vie privée et mon activité professionnelle	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions particulières relatives à vos conditions de travail :

.....

2. La communication	Echelle de mesure					
Etes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas
A. J'obtiens des informations de la direction	0	1	2	3	4	NSP
B. J'obtiens des informations de ma hiérarchie	0	1	2	3	4	NSP
C. J'obtiens des informations de mes collègues	0	1	2	3	4	NSP
D. J'obtiens des informations des syndicats	0	1	2	3	4	NSP
E. J'obtiens des informations par les bruits de couloirs	0	1	2	3	4	NSP
F. Je dispose d'une liberté de parole au sein du service	0	1	2	3	4	NSP
G. En général, l'accès à l'information est facilité dans l'établissement	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions utiles concernant la circulation de l'information et la communication :

.....

3. Bureau des ressources humaines (BRH)		Echelle de mesure					
Etes-vous satisfait de :		Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas
A.	De la manière dont vous êtes reçu par le BRH (confidentialité, discrétion, écoute)	0	1	2	3	4	NSP
B.	De l'accessibilité du bureau (délai, horaires, installation)	0	1	2	3	4	NSP
C.	De la capacité du BRH à répondre à vos questions concernant votre situation administrative	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions particulières relatives au fonctionnement du BRH :

.....

4. Formation – compétence		Echelle de mesure					
Etes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas
A.	J'ai facilement accès à l'information concernant les formations	0	1	2	3	4	NSP
B.	J'obtiens facilement une formation que je juge utile	0	1	2	3	4	NSP
C.	Je suis amené à compenser le manque de qualification de mes collègues	0	1	2	3	4	NSP
D.	Dans l'ensemble le niveau général de compétence du personnel est correct	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions utiles concernant la formation et la compétence du personnel :

.....

5. Sécurité - confiance		Echelle de mesure					
Etes-vous satisfait ?		Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas
A.	De la stabilité de votre emploi	0	1	2	3	4	NSP
B.	Des mesures mises en œuvre pour assurer la sécurité de l'établissement	0	1	2	3	4	NSP
C.	De l'importance accordée par la direction aux impératifs liés à la sécurité	0	1	2	3	4	NSP
D.	De l'importance accordée par vos collègues aux impératifs liés à la sécurité	0	1	2	3	4	NSP
E.	De la confiance témoignée par la direction	0	1	2	3	4	NSP
F.	De la confiance témoignée par votre hiérarchie	0	1	2	3	4	NSP
G.	De la confiance témoignée par vos collègues	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions utiles concernant la sécurité :

.....

6. Utilité sociale - reconnaissance		Echelle de mesure					
Etes-vous satisfait :		Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas
A.	De votre salaire par rapport à l'importance de votre travail	0	1	2	3	4	NSP
B.	De votre salaire par rapport à vos besoins propres (charges liées à votre vie)	0	1	2	3	4	NSP
C.	De vos possibilités d'avancement	0	1	2	3	4	NSP
D.	Des compliments que vous recevez	0	1	2	3	4	NSP
E.	Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	0	1	2	3	4	NSP
F.	De la manière dont le patient reconnaît votre travail	0	1	2	3	4	NSP
G.	De la manière dont la famille du patient reconnaît votre travail	0	1	2	3	4	NSP
H.	Des possibilités de soigner ou d'aider les gens au sein de l'hôpital	0	1	2	3	4	NSP
I.	De votre vie professionnelle en général	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions utiles concernant la formation et la compétence du personnel :

.....

7. Relation de travail		Echelle de mesure					
Etes-vous d'accord avec les affirmations ci-dessous ?		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas
A.	Mon supérieur hiérarchique est très attentif au bien-être du personnel	0	1	2	3	4	NSP
B.	La hiérarchie facilite la réalisation du travail	0	1	2	3	4	NSP
C.	La direction est très préoccupée par ce qui se passe à mon travail	0	1	2	3	4	NSP
D.	Je reçois des demandes contradictoires de la part de mes supérieurs	0	1	2	3	4	NSP
E.	Je suis souvent gêné dans mon travail parce que les autres n'ont pas fini le leur	0	1	2	3	4	NSP
F.	Je suis amené à compenser le manque d'efficacité de mon collègue en raison d'une faiblesse passagère de celui-ci (état de santé, fatigue...)	0	1	2	3	4	NSP
G.	J'ai de l'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	0	1	2	3	4	NSP
H.	J'ai la possibilité de prendre des initiatives	0	1	2	3	4	NSP
I.	En cas de problème à mon travail, je dois souvent me débrouiller tout seul	0	1	2	3	4	NSP
J.	Je compense le manque de volonté d'un collègue	0	1	2	3	4	NSP
K.	Je suis satisfait de la manière dont les collègues s'entendent entre eux	0	1	2	3	4	NSP
L.	Les collègues sont amicaux	0	1	2	3	4	NSP
M.	Les collègues s'encouragent mutuellement	0	1	2	3	4	NSP

Indiquer toutes remarques ou suggestions particulières relatives à vos conditions de travail :

.....

Deuxième partie : votre situation administrative et personnelle

- Vous exercez dans un service :
 - Logistique
 - Soignant
 - Administratif

- Vous êtes :
 - Titulaire
 - Contractuel
 - Autre

- Votre ancienneté dans l'établissement est de :
 - Moins de 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

- Vous avez des enfants à charge :
 - Non, je n'ai pas d'enfant à charge
 - J'ai 1 ou 2 enfants à charge
 - J'ai au moins 3 enfants à charge

- Le projet de vous permettre de consulter en cas de besoin un psychologue externe à l'établissement, vous paraît – il ?
 - Utile
 - Inutile
 - Ne se prononce pas

- Le projet de vous permettre de consulter en cas de besoin une assistante sociale externe à l'établissement, vous paraît – il ?
 - Utile
 - Inutile
 - Ne se prononce pas

- Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à formuler ?
.....

Merci pour votre précieuse collaboration

Annexe 2 : Grille d'entretien

Fonction/ service :

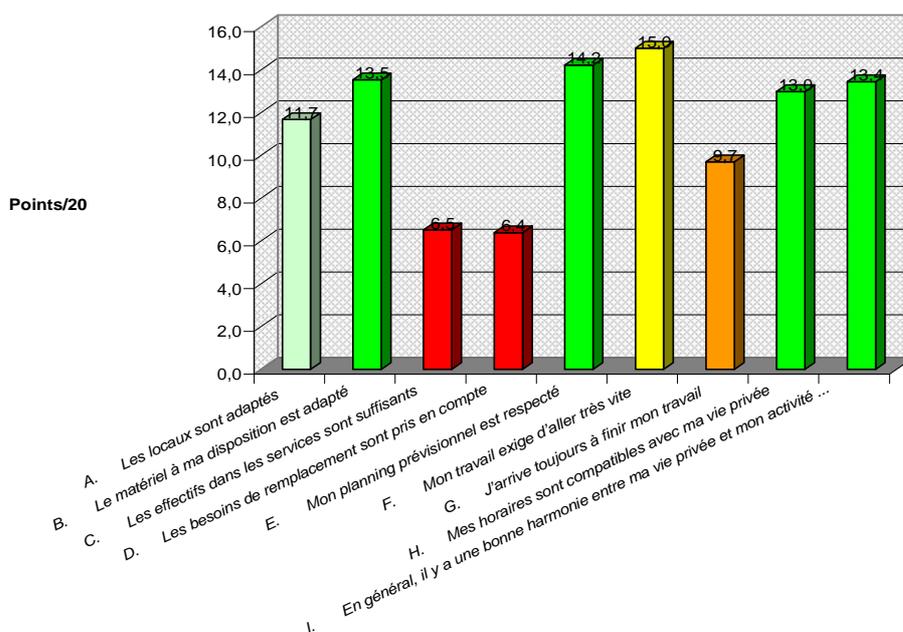
- que pensez-vous du niveau des effectifs dans votre service ?
- avez-vous l'impression que vos tâches habituelles augmentent ?
- devez-vous accélérer votre rythme de travail ? savez ce qu'en pense le patient ?
- certains locaux devraient ils être réaménagés ?
- pensez-vous que la hiérarchie est distante de votre environnement de travail ?
- selon vous, que sont les « bruits de couloirs » ? sont-ils fréquents ?
- si vous deviez émettre une préférence sur les méthodes de communication, laquelle choisiriez vous : l'intranet, l'affichage, les groupes de paroles ?
- quelles sont vos principales attentes de la part du BRH ?
- quelles sont vos principales attentes en matière de formation ?
- pensez-vous que vous que certains agents évitent les formations ?
- pensez vous que les enjeux en matière de sécurité sont compris par tous ? avez-vous des craintes à ce sujet ?
- pensez-vous que la direction possède beaucoup de marges de manœuvre pour promouvoir le personnel ?
- comment vous sentiriez reconnus ?
- selon-vous, les chefferies de services sont elles toujours en accord avec la direction ?
- jusqu'ou prendriez vous des initiatives ?

Annexe 3 : Tris à plats et histogrammes de scores en points

1. Les conditions de travail

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas	DESACCORD global	ACCORD global
J. Les locaux sont adaptés	4%	15%	31%	44%	6%	0%		50%
K. Le matériel à ma disposition est adapté	0%	6%	30%	53%	11%	0%		64%
L. Les effectifs dans les services sont suffisants	31%	31%	15%	15%	6%	2%	62%	
M. Les besoins de remplacement sont pris en compte	22%	32%	22%	9%	2%	13%	54%	
N. Mon planning prévisionnel est respecté	0%	9%	19%	44%	22%	6%		66%
O. Mon travail exige d'aller très vite	4%	6%	11%	46%	33%	0%		79%
P. J'arrive toujours à finir mon travail	7%	26%	34%	13%	11%	9%		
Q. Mes horaires sont compatibles avec ma vie privée	7%	7%	19%	46%	17%	4%		63%
R. En général, il y a une bonne harmonie entre ma vie privée et mon activité professionnelle	4%	4%	20%	50%	11%	11%		61%

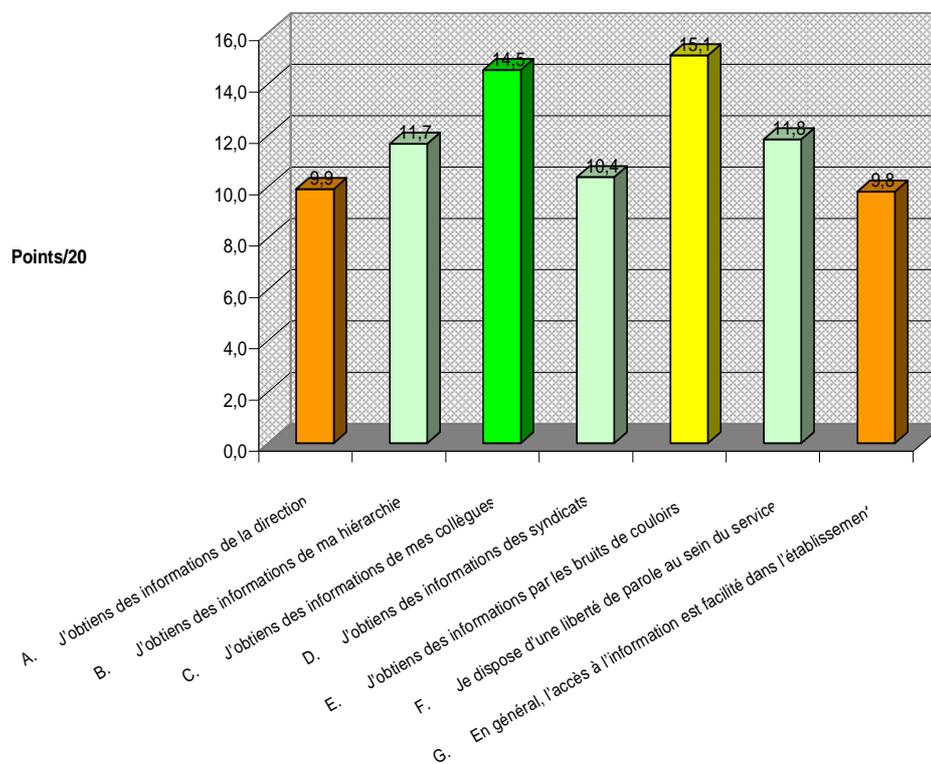
Conditions de travail



2. La communication

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas	DESACCORD global	ACCORD global
H. J'obtiens des informations de la direction	13%	15%	36%	20%	9%	7%		
I. J'obtiens des informations de ma hiérarchie	9%	11%	28%	41%	11%	0%		52%
J. J'obtiens des informations de mes collègues	2%	0%	31%	39%	28%	0%		67%
K. J'obtiens des informations des syndicats	11%	13%	22%	19%	11%	24%		
L. J'obtiens des informations par les bruits de couloirs	2%	2%	22%	22%	33%	19%		55%
M. Je dispose d'une liberté de parole au sein du service	9%	9%	23%	37%	13%	9%		50%
N. En général, l'accès à l'information est facilité dans l'établissement	11%	24%	24%	28%	7%	6%		

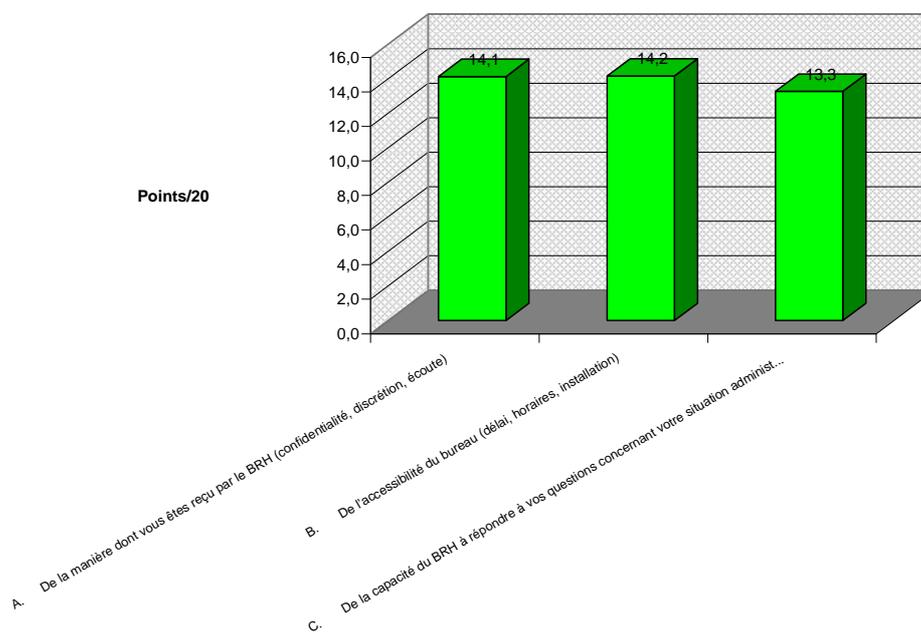
La communication



3. Le BRH

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas	INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
D. De la manière dont vous êtes reçu par le BRH (confidentialité, discrétion, écoute)	4%	4%	11%	28%	19%	34%		
E. De l'accessibilité du bureau (délai, horaires, installation)	2%	6%	11%	44%	15%	22%		60%
F. De la capacité du BRH à répondre à vos questions concernant votre situation administrative	4%	7%	7%	36%	11%	35%		

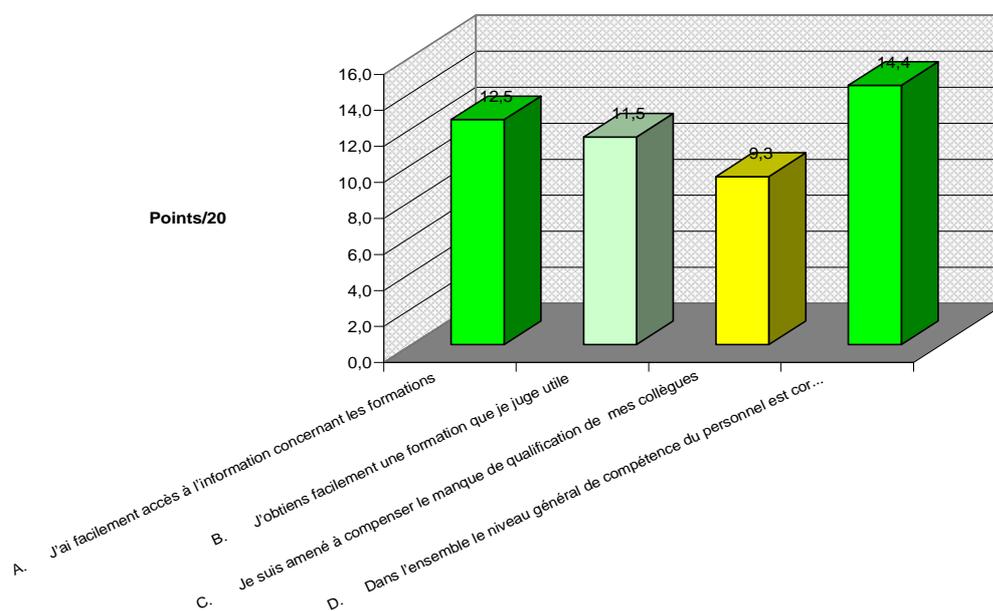
Bureau des ressources humaines



4. Formation et compétence

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas	DESACCORD global	ACCORD global
E. J'ai facilement accès à l'information concernant les formations	7%	9%	19%	39%	15%	11%		54%
F. J'obtiens facilement une formation que je juge utile	6%	20%	19%	33%	13%	9%		
G. Je suis amené à compenser le manque de qualification de mes collègues	9%	19%	20%	17%	6%	29%		
H. Dans l'ensemble le niveau général de compétence du personnel est correct	4%	6%	11%	50%	22%	7%		72%

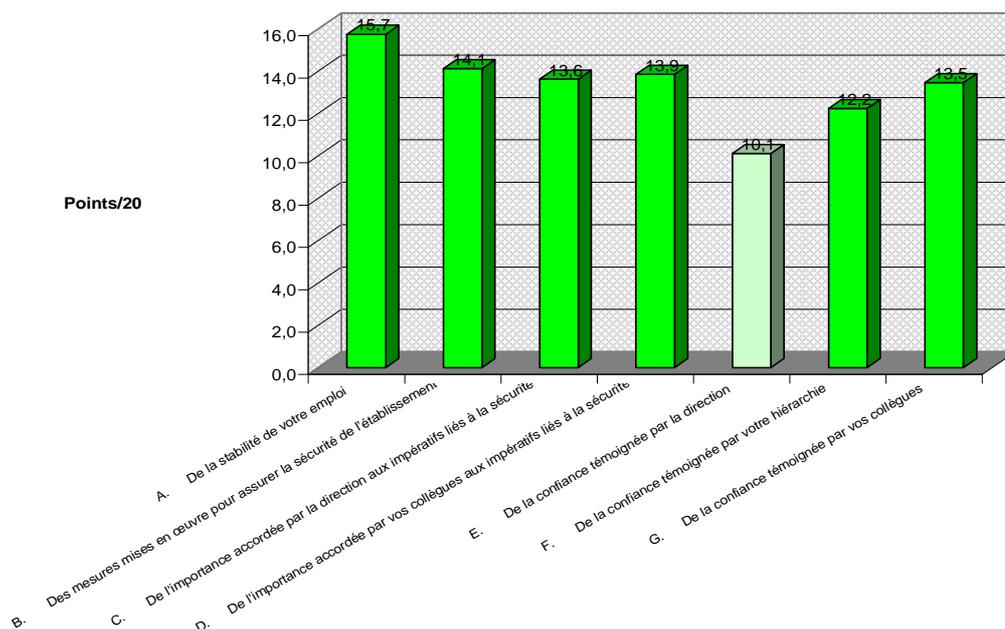
Formation - compétence



5. La sécurité et la confiance

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas	INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
H. De la stabilité de votre emploi	4%	0%	11%	47%	20%	18%		67%
I. Des mesures mises en œuvre pour assurer la sécurité de l'établissement	4%	4%	15%	55%	16%	6%		71%
J. De l'importance accordée par la direction aux impératifs liés à la sécurité	2%	9%	17%	51%	15%	6%		66%
K. De l'importance accordée par vos collègues aux impératifs liés à la sécurité	2%	2%	19%	59%	7%	11%		66%
L. De la confiance témoignée par la direction	9%	19%	26%	24%	7%	15%		
M. De la confiance témoignée par votre hiérarchie	6%	11%	22%	35%	13%	13%		
N. De la confiance témoignée par vos collègues	6%	7%	17%	47%	19%	4%		66%

Sécurité - confiance

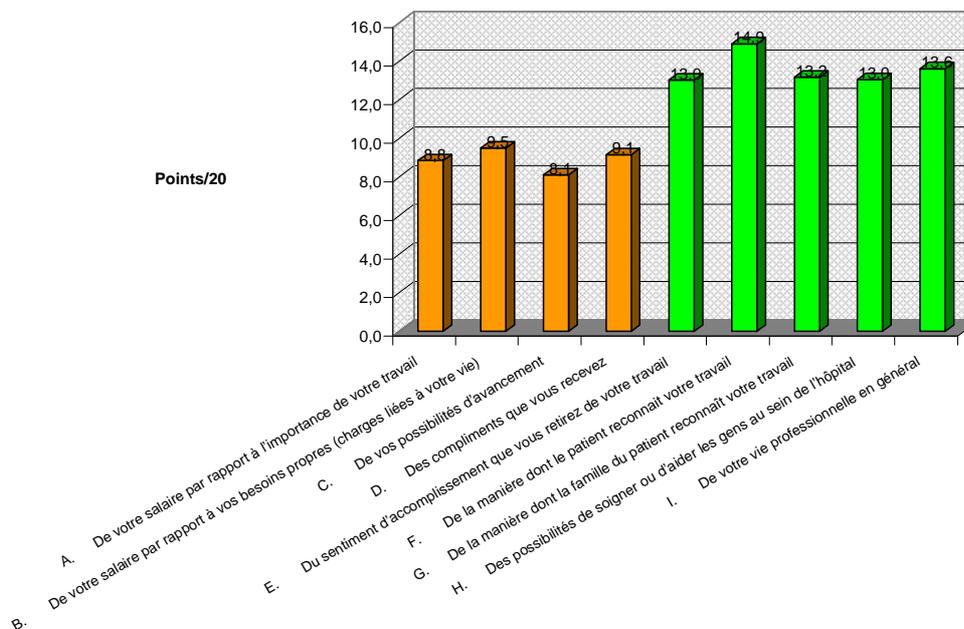


Contractuels Item	Taux de réponse							
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas	INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
De la stabilité de votre emploi	22%	0%	33%	11%	0%	11%		

6. Utilité sociale et reconnaissance

ITEMS	Taux de réponse selon les variables							INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas			
J. De votre salaire par rapport à l'importance de votre travail	19%	20%	24%	31%	2%	4%			
K. De votre salaire par rapport à vos besoins propres (charges liées à votre vie)	17%	17%	22%	33%	4%	7%			
L. De vos possibilités d'avancement	19%	20%	23%	15%	6%	17%			
M. Des compliments que vous recevez	20%	15%	20%	23%	9%	13%			
N. Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	6%	6%	36%	24%	26%	2%		50%	
O. De la manière dont le patient reconnaît votre travail	2%	4%	17%	42%	28%	7%		60%	
P. De la manière dont la famille du patient reconnaît votre travail	2%	9%	26%	37%	17%	9%		50%	
Q. Des possibilités de soigner ou d'aider les gens au sein de l'hôpital	6%	6%	25%	40%	17%	6%		57%	
R. De votre vie professionnelle en général	2%	7%	20%	58%	13%	0%		71%	

Utilité sociale - reconnaissance



Typologie des personnels	Taux de réponse							INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas ou non réponse			
De votre salaire par rapport à l'importance de votre travail									
Personnels logistiques (11 répondants)	10%	20%	30%	30%	0%	10%			
Personnels administratifs (4 répondants)	0%	25%	0%	25%	0%	50%			
Personnels soignants (42 répondants)	20%	15%	35%	20%	5%	5%			
Ancienneté de moins de 5 ans	13%	13%	31%	38%	0%	6%			
Ancienneté comprise entre 5 et 10 ans	17%	0%	33%	34%	0%	16%			
Ancienneté supérieure à 10 ans	28%	28%	16%	28%	0%	0%	56%		

Typologie des personnels	Taux de réponse							INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas ou non réponse			
De votre vie professionnelle en général									
Personnels logistiques et administratifs (12 répondants)	0%	0%	25%	66%	0%	9%		66%	
Personnels soignants (48 répondants)	2%	8%	17%	52%	15%	6%		67%	

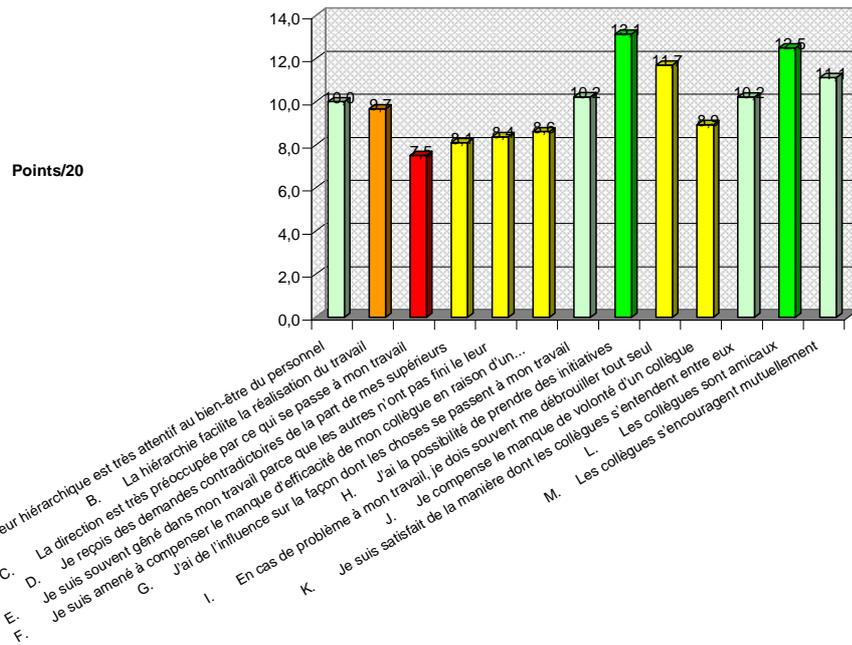
Typologie des personnels	Taux de réponse							INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale
	Très insatisfait	Insatisfait	Un peu satisfait	Satisfait	Très satisfait	Je ne me prononce pas ou non réponse			
De votre salaire par rapport à vos besoins propres									
Personnels logistiques et administratifs	8%	8%	42%	25%	0%	17%			
Personnels soignants	27%	15%	22%	29%	4%	3%			
Ancienneté de moins de 5 ans	25%	24%	12%	20%	13%	6%			
Ancienneté comprise entre 5 et 10 ans	9%	18%	27%	36%	0%	10%			
Ancienneté supérieure à 10 ans	13%	17%	26%	26%	9%	9%			

7. Les relations de travail

ITEMS	Taux de réponse selon les variables								
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas	DESACCORD global	ACCORD global	
N. Mon supérieur hiérarchique est très attentif au bien-être du personnel	15%	11%	28%	33%	4%	9%			
O. La hiérarchie facilite la réalisation du travail	9%	17%	29%	26%	2%	17%			
P. La direction est très préoccupée par ce qui se passe à mon travail	22%	19%	27%	13%	4%	15%			
Q. Je reçois des demandes contradictoires de la part de mes supérieurs	11%	19%	20%	9%	4%	37%			
R. Je suis souvent gêné dans mon travail parce que les autres n'ont pas fini le leur	17%	19%	23%	15%	6%	20%			
S. Je suis amené à compenser le manque d'efficacité de mon collègue en raison d'une faiblesse passagère de celui-ci (état de santé, fatigue...)	19%	17%	20%	17%	7%	20%			
T. J'ai de l'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail	11%	11%	32%	27%	5%	14%			
U. J'ai la possibilité de prendre des initiatives	2%	13%	24%	35%	20%	6%		55%	
V. En cas de problème à mon travail, je dois souvent me débrouiller tout seul	6%	17%	26%	29%	15%	7%			
W. Je compense le manque de volonté d'un collègue	15%	17%	21%	19%	6%	22%			
X. Je suis satisfait de la manière dont les collègues s'entendent entre eux	12%	18%	19%	33%	7%	11%			
Y. Les collègues sont amicaux	7%	4%	33%	34%	17%	5%		51%	
Z. Les collègues s'encouragent mutuellement	9%	13%	22%	41%	6%	9%			

Typologie des personnels	Taux de réponse								
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout-à-fait d'accord	Je ne me prononce pas	INSATISFACTION globale	SATISFACTION globale	
J'ai la possibilité de prendre des initiatives									
Personnels logistiques et administratifs (11 répondants)	10%	18%	36%	27%	9%	0%			
Personnels soignants (46 répondants)	2%	11%	22%	38%	22%	5%		62%	

Relations de travail



8. Tableaux des profils socioprofessionnels des enquêtés

Données générales	Effectif	Pourcentage
Personnel potentiel	86	100 %
Questionnaires distribués	78	91 %
Questionnaire rendus/potentiel	57	66 %
Questionnaires rendus/distribués	57	73 %
Entretien conduits/ potentiel	8	9 %

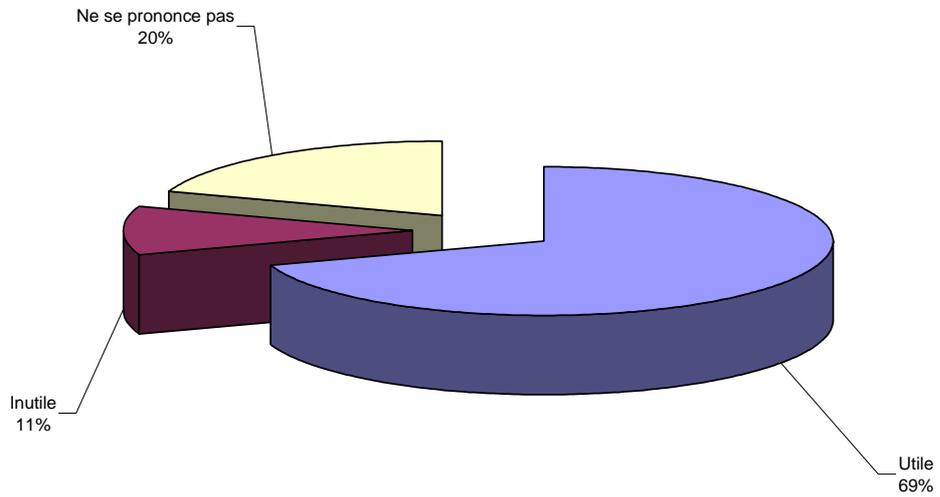
Service d'exercice	Effectif	Pourcentage (sur 56)
Soignant	46	82%
Logistique	6	11%
Administratif	4	7%
Non réponse	1	

Statut	Effectif	Pourcentage (sur 55)
Titulaire	42	76%
Contractuel	9	16%
Autre	4	7%
Non réponse	2	

Ancienneté dans l'établissement	Effectif	Pourcentage (sur 49)
Moins de 5 ans	17	35%
Entre 5 et 10 ans	7	14%
Plus de 10 ans	25	51%
Non réponse	8	

9. Questions spécifiques

Le projet de vous permettre de consulter un psychologue externe, vous paraît-il ?



Le projet de vous permettre de consulter une assistante sociale externe vous paraît-il ?

