



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Comment faire des collectifs de travail
un pilier des politiques d'amélioration
de la qualité de vie au travail**

Samuel Rejiba

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier M. André Gwénael PORS, Directeur du Centre Hospitalier de Laval, qui m'a accueilli au sein de son établissement, pour les échanges que nous avons eu au travers de mes missions ou en dehors, qui ont alimenté ma vision de l'hôpital et confirmé mon engagement dans la carrière de directeur d'hôpital.

Je remercie également l'ensemble des cadres du Centre Hospitalier de Laval qui m'ont accordé du temps pour la réalisation de mes missions, mais aussi échangé avec moi autour du management et de leurs propres pratiques.

Je tiens à remercier particulièrement Mme Sylvie Le Queau, Directrice adjointe en charge de la Direction des Affaires Médicales, qui m'a accompagné tout au long de mon stage dans l'apprentissage du métier de directeur, et qui m'a épaulé dans la réalisation de mes missions en dépit d'un contexte rendu plus complexe par la crise de la COVID 19.

Merci enfin à tous les Directeurs, Cadres supérieurs et Cadres qui ont accepté de se prêter au jeu des entretiens et m'ont permis d'étayer mes observations : Mme Sylvie Letendre, Directrice des soins, M Christophe Moutel, Directeur adjoint en charge des Achats GHT, M Didier Junca, Directeur adjoint en charge des Système d'Information, Mme PERIN, Cadre du pôle médico-social, M Laurent Quinton, Cadre supérieur de la direction des soins, Mme CHEVILLARD Cadre en psychiatrie, Mme LANDAIS Cadre du service neurologie, Mme GUIOUILER Cadre des services logistiques, Mme DESAUNAI, Cadre du bureau des entrées et de la facturation, Mme REERINK-BOULANGER, Chargée de mission ARACT, mission cluster QVT Bretagne.

Je tiens, enfin, à remercier tous les professionnels qui m'ont accueilli et avec qui j'ai eu l'opportunité de travailler durant mon stage de direction.

Sommaire

Introduction	1
1 Méthodologie	5
2 Créer ou renforcer les collectifs de travail est un moyen d'améliorer profondément et durablement la qualité de vie au travail.	9
2.1.1 Les établissements de santé ont intérêt à travailler sur la qualité de vie au travail car elle est source d'amélioration du bien être des professionnels, de qualité du service rendu et de performance des organisations.....	9
2.1.2 La qualité de vie au travail ne se résume pas uniquement à des actions de « façade » sur les conditions de travail ou l'amélioration de l'équilibre vie privée/ vie professionnelle, elle intègre des notions plus complexes comme la restauration des collectifs.....	11
2.1.3 Les impacts de la dégradation des collectifs de travail sont un marqueur de l'importance des politiques de qualité de vie au travail	13
2.2 Pour pouvoir mobiliser le collectif de travail comme levier d'action, il faut définir ce concept.....	14
2.3 Malgré cette définition, la géométrie variable du concept de collectif de travail en fait un élément complexe à travailler dans une politique d'établissement	17
2.3.1 Le collectif Hôpital est le niveau auquel est défini le projet et la culture de l'établissement, il doit fédérer l'ensemble des collectifs qui composent l'établissement,.....	18
2.3.2 Toutefois, l'existence de collectifs restreints complexifie la réflexion autour des collectifs de travail dans le cadre d'une politique QVT	19
2.3.3 En marge de ces collectifs « institutionnels », les collectifs de résistance sont le témoin du malaise des organisations	20
3 Au CH de Laval, l'existence d'une multiplicité de collectifs aux caractéristiques parfois très éloignées complexifie la mise en œuvre et la coordination d'actions généralisées....	22
3.1 Des collectifs de travail qui se distinguent les uns des autres et qui rendent complexe la mise en œuvre d'une politique unique.	22

3.1.1	Pour exister, chacun des collectifs paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques a besoin de se construire une identité, tout en s'intégrant dans un collectif hôpital dont l'équilibre est complexe et fragile.	22
3.1.2	L'inexistence du collectif médical est un frein au développement du collectif hôpital et à l'amélioration de la qualité de vie au travail.....	24
3.2	De nombreuses actions sont mises en œuvre pour renforcer les collectifs de travail, mais elles sont souvent dé-corrélées d'une politique forte et structurée en ce sens.	25
3.3	Le collectif cadres du CH Laval a été marqué et affaibli par une perte de confiance dans l'encadrement supérieur et les directions, due aux contrats de retour à l'équilibre successifs.	28
3.4	Les crises sont des sources d'enseignement sur les leviers mobilisables pour créer et renforcer les collectifs de travail.	29
4	La stratégie déployée doit, à la fois, agir sur le collectif hôpital en affirmant les valeurs et la mission de l'établissement ainsi que sur les collectifs restreints pour les mobiliser et les renforcer.	33
4.1	Le collectif hôpital doit jouer un rôle central permettant de « cimenter » des collectifs restreints autour d'un projet et de valeurs partagées.....	35
4.1.1	Le projet d'établissement porte le fondement des valeurs de l'établissement, il est le point de départ de la construction des collectifs de travail, mais doit être opérationnel sur le terrain.	35
4.1.2	La communication doit diffuser le message porté par le projet d'établissement et les valeurs qu'il soutient pour créer le sentiment d'appartenance nécessaire à la construction des collectifs	37
4.1.3	Les formations peuvent être mobilisées comme un levier pour diffuser les valeurs de l'établissement, créer les interactions entre les professionnels et poser les bases d'un « langage commun » dans l'optique de renforcer les collectifs de travail.	39
4.1.4	L'action sur les collectifs de travail implique une transformation en profondeur des pratiques de management.....	41
4.2	Agir sur les collectifs restreints pour les renforcer et leur donner une place dans le collectif hôpital.	43

4.2.1 La coexistence des collectifs non médicaux et des médecins, aux profils très différents, limite les actions à portées générales et implique de penser des politiques spécifiques.....	43
4.2.2 Redonner et /ou développer ces espaces d'échanges formels et informels, sont des actes managériaux forts qui sont au cœur de la construction des collectifs de travail.	43
4.2.3 L'accueil du nouvel arrivant constitue un élément clé de la vie des collectifs de travail. Il existe au Centre Hospitalier de Laval des initiatives qui sont à développer et à généraliser.....	48
4.2.4 L'évaluation doit être envisagée comme un outil de promotion et de cadrage des collectifs de travail.	49
4.2.5 Favoriser la logique de collectif apprenant permet de renforcer les collectifs de travail sur de l'une de ses fonctions premières.	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADH : Association des Directeurs d'Hôpital

ANACT : Agence National pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANFH : L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent des Services Hospitaliers

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre Hospitalier

CRE : Contrat de retour à l'équilibre

COVID 19 : CoronaVirus Disease 2019

DPI : Dossier Patient Informatisé

DRH : Direction des ressources humaines

CEM : Centre Eugène Marquis

ENC : Épreuve Nationale Classante

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

LMD : Licence, Master, Doctorat

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PM : Personnel Médical

PNM : Personnel Non Médical

QVT : Qualité de vie au travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RSE : Responsabilité sociale des entreprises

SMIC : Salaire Minimum de Croissance

SI : Système d'Information

Introduction

Les conflits sociaux ayant pour motif la dégradation des conditions de travail sont de plus en plus fréquents dans les établissements de santé. De manière générale, le sentiment de dégradation de la qualité de vie au travail ressenti par les professionnels de santé a pris de l'ampleur. L'année 2019 a vu émerger des mouvements sociaux rejoints par des professionnels médicaux jusqu'alors rarement grévistes, et a été marquée par l'apparition de collectifs forts, non affiliés à une représentation syndicale, qui ont su agréger et porter les revendications des professionnels, tels que le collectif inter-hôpitaux ou inter-urgences.

Le Centre Hospitalier (CH) de Laval ne fait pas figure d'exception dans ce paysage agité. Cet établissement était jusqu'à présent peu concerné par des mouvements de grève. Toutefois, il a connu entre début 2019 et mars 2020 une augmentation importante de la fréquence des mouvements de grève locaux et/ ou nationaux et du suivi de ceux-ci par les professionnels.

Les études en sociologie des organisations et en psychologie du travail semblent confirmer les mots de la rue. Elles constatent une dégradation des conditions de travail dans les établissements de santé, accompagnée d'un sentiment d'affaiblissement, voire de la disparition de certains collectifs. Ces dégradations se traduisent de multiples manières : perte de la solidarité entre les équipes et au sein même de l'équipe, désengagement du travail, accroissement du turn-over, abandon des professions soignantes de plus en plus fréquent y compris chez les jeunes professionnels etc.

La dégradation des collectifs de travail est multifactorielle. Elle est à la fois le résultat des évolutions sociétales, du fort développement de l'individualisme, du « culte de la personnalité » et du repli de l'individu sur lui-même, sur son « espace privé », sa famille et ses amis proches. Au-delà des effets issus de l'évolution de nos modes de pensée et de nos sociétés, la dégradation des collectifs est également liée aux évolutions du travail et des techniques de management mises en œuvre. Celles-ci se sont de plus en plus appuyées sur une individualisation des pratiques et ont participé à l'affaiblissement des groupes sociaux, notamment des syndicats, qui existaient au sein des organisations de travail. Pour Pascale Molinier, *« la dégradation de la qualité de vie au travail et des collectifs serait liée à une organisation du travail calquée sur des méthodes importées du milieu de l'entreprise : polyvalence, mise en concurrence pour l'attribution des moyens, sous-traitance... qui seraient incompatibles avec les valeurs des professionnels »*

hospitaliers ». ¹ Des contraintes propres aux établissements de santé jouent également un rôle dans l'affaiblissement des collectifs. L'enquête menée par l'équipe Sumer en 2006 au niveau national identifie plusieurs contraintes organisationnelles qui nuisent à la construction ou au développement des collectifs : « *Ce secteur d'activité est caractérisé par un travail posté, des horaires ne facilitant pas la vie hors travail, le sentiment de travailler avec un nombre insuffisant de collègues ou encore l'exposition importante à un risque d'agression verbale du public. Le contexte institutionnel en changement régulier, avec une activité professionnelle aux contraintes fortes et face à un public en souffrance, expose tout particulièrement le personnel soignant à l'épuisement professionnel* » ² (Desrumaux, 2011 ; Desrumaux, Lemoine, 2012 ; Manoukian, 2009).

Les questions de l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail (QVT) font parties des préoccupations des pouvoirs publics et des directeurs hospitaliers, notamment des directions des ressources humaines (DRH), depuis plusieurs années. Les années 2000, marquées par les suicides à France Télécom, ont été un tournant majeur dans la prise en compte des conditions de travail, et des risques psychosociaux (RPS). Les notions de responsabilité sociale des entreprises puis de qualité de vie au travail ont pris une place de plus en plus importante dans le management des organisations. De nouvelles obligations se sont imposées aux employeurs afin qu'il garantissent aux professionnels de meilleures conditions de travail, et des protections renforcées contre les RPS.

Le lien entre amélioration de la qualité de vie au travail et collectif de travail est un sujet dont se sont emparés les ministères du travail et de la santé. En 2010, le Ministre du travail, Eric Woerth, missionne Henry Lachmann, Christian Larose et Murielle Penicaud sur une analyse des conditions de travail, ils remettent un rapport portant sur le bien-être et l'efficacité au travail intitulé « 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », qui met en avant le lien entre collectifs de travail, qualité de vie au travail et performance des organisations. Le ministère de la santé, quant à lui, a mis en place en 2018 l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social, signe qu'il a perçu l'importance de ce sujet. La mission de cet observatoire est de travailler sur les questions relatives à la qualité de vie au travail et d'émettre des préconisations en faveur de son amélioration. Il a remis son premier rapport

1 Molinier (Pascale).– Travail et compassion dans le monde hospitalier, Les cahiers du genre, 28, 2000, p. 49-70.

² Sumer (Équipe).– Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, résultats Sumer 2003. Document d'étude n°21, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2006

en juin 2020. Celui-ci comporte trois « dossiers », dont l'un porte spécifiquement sur les collectifs de travail, ce qui témoigne de l'importance et de l'urgence d'agir sur les collectifs. Plus récemment, le compte rendu du Ségur de la santé, porté par le Ministre de la santé Olivier Véran, précise dans son axe trois la nécessité de « *promouvoir les collectifs* ».

Les directions des établissements de santé ne semblent pas avoir attendu les derniers événements pour mettre en place des politiques internes visant à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Toutefois il n'apparaît pas d'harmonisation des pratiques ou de méthodes types d'action, chaque établissement ayant mis en œuvre une politique plus ou moins forte selon la volonté des directions générales et l'implication des DRH dans le domaine. Parfois les politiques se sont cantonnées à des actions « de surface », limitées à la mise en place de nouveaux équipements mis à disposition des professionnels, ou encore à la création de crèches hospitalières ou de salles de sport. Dans d'autres cas des actions plus « profondes » ont été menées au travers des projets d'établissements, ou des bilans sociaux des établissements. Par ailleurs, certaines actions déployées dans les établissements de santé ont des effets directs ou indirects sur les collectifs qui ne sont pas toujours anticipés par les directions. Ainsi de nombreuses politiques permettant de limiter la dégradation des collectifs sont déjà déployées mais partiellement exploitées, faute d'envisager l'intégralité de leurs potentiels de renforcement du collectif, telle que les formations institutionnelles ou la mise en place de temps d'échanges formels et informels.

Si la question des collectifs de travail occupe aujourd'hui une place importante dans les rapports et est de plus en plus identifiée comme un levier majeur d'amélioration de la qualité de vie au travail, c'est du fait des nombreuses fonctions qu'ils assurent. En effet, le collectif de travail assure entre autres des fonctions de renforcement de motivation. Il a, selon *Philippe Davezies*³, une fonction protectrice qui permet de réduire la pression qui peut peser sur les professionnels : « *le collectif de travail, ainsi que le sentiment de communauté, jouent un rôle de défense important contre l'extérieur et protège la santé mentale des individus qui en font partie[...] le fait que le collectif légitime l'orientation d'un individu est salvateur pour la santé mentale, car ce n'est pas l'individu en lui-même qui est mis en cause, mais c'est une position commune* ». Enfin, le collectif de travail peut être envisagé au travers de sa fonction de reconnaissance et de support social :

³ Davezies (Philippe).– La santé au travail, une construction collective, *Santé et travail*, 52, 2005.

Le collectif joue auprès de ses membres un rôle « d'attachement, d'intégration sociale, d'assurance de sa valeur ». « Ces dimensions reflètent l'importance, pour le personnel soignant, de se sentir affilié et solidement intégré à un collectif, tout en étant reconnu et assuré de sa valeur, notamment, dans le cadre de l'exercice du travail. Pour le personnel soignant, la reconnaissance de sa valeur passe aussi par la qualité des soins dispensés et appréciés par les patients. Cependant, cette qualité de soin est souvent dépendante des moyens mis à disposition par l'organisation. Ainsi, manquer de moyens pour exercer leurs tâches peut exposer le personnel soignant à des jugements négatifs sur leur travail et toucher leur bien-être ».

Au Centre Hospitalier de Laval, les entretiens avec les directeurs adjoints ont conforté l'idée issue de mes observations qu'il n'y avait que rarement, voir jamais, de stratégie construite autour de la question des collectifs. De nombreuses actions visant à créer ou renforcer les collectifs sont déployées dans les différentes directions. Certaines sont menées par la Direction des ressources humaines de manière transversale et touchent l'ensemble de l'établissement. Cependant dans la majorité des cas, elles restent isolées et sont le fruit de l'action d'un directeur adjoint, d'un cadre supérieur ou d'un cadre de service. Dans tous les cas, elles ne sont pas rattachées à une politique globale ni déployée sur l'ensemble de l'établissement.

Comment les directions peuvent-elle se saisir de l'entrée offerte par les collectifs de travail pour développer en profondeur et durablement leur politique d'amélioration la qualité de vie au travail ?

Créer ou renforcer les collectifs de travail est un moyen pour les directions d'améliorer profondément et durablement la qualité de vie au travail (I). Toutefois, l'existence d'une multiplicité de collectifs aux caractéristiques parfois très éloignées complexifie la mise en œuvre et la coordination d'actions généralisée (II). Aussi, pour être efficace, la stratégie mise en œuvre doit agir à la fois sur le collectif hôpital et affirmer les valeurs portées par l'établissement et sur les collectifs restreints pour les mobiliser et les renforcer (III).

1 Méthodologie

La méthodologie retenue pour composer mon mémoire repose sur trois axes :

- Une approche de recherche sur la littérature relative à la qualité de vie au travail et aux collectifs de travail ;
- Une étude exploratoire au travers de 11 entretiens guidés et près de 100 entretiens « libres » ;
- La mise en relation de l'étude exploratoire et de la littérature avec les observations issues de mon expérience précédente et des stages hospitaliers et extérieurs réalisés au cours de la formation.

L'étude de la littérature s'est voulue aussi large que possible afin de n'exclure aucun courant de pensée ni de travaux. Elle intègre diverses analyses issues de la psychologie, de la sociologie, ainsi que les rapports remis par les multiples groupes de travail menés ou commandés par les ministères de la santé et du travail. Enfin elle s'appuie sur des guides opérationnels réalisés par l'ANACT et par l'ANFH.

L'étude exploratoire repose sur 11 entretiens. Afin cette approche puisse être aussi représentative que possible, la construction de l'échantillon devait permettre de rencontrer des professionnels présentant des parcours variés de par leurs expériences et leur ancienneté. Mon mémoire portant sur une approche managériale, l'ensemble des professionnels rencontrés se trouvent en position d'encadrement d'une ou plusieurs équipes, à l'exception d'une chargée de mission de l'ARACT en charge de l'accompagnement des hôpitaux bretons pour le développement de clusters QVT.

Le panel des professionnels rencontrés se compose de :

- Deux cadres de santé :
 - Un cadre en MCO, cadre diplômé depuis 1 année ;
 - Un cadre en psychiatrie, cadre en position d'encadrement en MCO puis psychiatrie depuis 3 ans
 - Deux cadres logistique / administratif :
 - Un cadre logistique en charge des services bio nettoyage, espaces verts, logistique/ manutention et standard, entré dans la fonction publique depuis 4 ans, après une expérience en tant que cadre dans des entreprises privées de plus de 10 ans ;

- Un cadre en charge du bureau des entrées, en fonction d'encadrement depuis 2002.
- Quatre directeurs :
 - la directrice des soins du CH de Laval, en poste depuis 2008 ;
 - la directrice adjoint en charge des Affaires Médicales, directrice d'hôpital depuis 1988 et en poste depuis 6 ans au CH Laval ;
 - Le directeur adjoint en charge des systèmes d'informations du GHT, en poste depuis 15 ans au CH Laval ;
 - le directeur adjoint en charge des achats GHT, directeur d'hôpital depuis 1998 et depuis 3 ans au CH Laval ;
- cadres supérieurs :
 - 1 cadre supérieur, cadre du pôle médico-social en fonction depuis début 2020 ;
 - 1 cadre supérieur depuis 2008, faisant fonction directeur des Soins adjoint, en fonction depuis au CH Laval depuis 3 ans.
- Une chargée de mission ARACT Bretagne en charge des missions les clusters QVT.

Ce panel présente la faiblesse de n'intégrer aucun médecin. Toutefois, une étude sur la QVT spécifique à ces professionnels a été menée en 2019 par un cabinet de conseil. Les conclusions issues de cette étude ont été utilisées dans ce mémoire comme point d'appui pour compenser l'absence d'entretiens avec des médecins. Par ailleurs, aucun professionnel non médical, non cadre, n'a été intégré à cette étude. L'objet initial des entretiens étant de cibler les moyens d'action permettant de favoriser le développement des collectifs que peuvent mobiliser les directions vers l'encadrement de proximité.

L'ensemble des entretiens se sont appuyés sur une grille d'entretien (annexe 1). Deux semaines avant chaque entretien, la grille a été adressée aux professionnels rencontrés afin que ceux-ci aient une idée des thèmes que nous allons aborder lors de la rencontre. La grille retenait les huit thématiques suivantes :

- Vision du travail ;
- Définition du collectif ;
- Perception du collectif de travail aujourd'hui ;
- Evolution des collectifs de travail depuis le début de la carrière ;
- Facteurs explicatifs des évolutions ;
- Adaptation des collectifs de travail au changement ;
- Comment répondre à l'évolution des collectifs ;
- COVID (crise) et collectif de travail.

Le volume d'entretien réalisé ne permet pas de disposer d'une base de données suffisamment conséquente pour établir des généralités transposables à l'ensemble des établissements de santé. Par ailleurs, la question de la qualité de vie au travail et du collectif est intimement liée au contexte de l'établissement. L'expérience des cadres, cadres supérieurs et directeurs interrogés, et leur ancienneté dans l'hôpital permet toutefois de considérer ces entretiens comme une étude exploratoire sur le Centre Hospitalier de Laval. Il s'est avéré que dans la majorité des entretiens, la grille n'a pas été suivie stricto sensu. Mais au cours de tous les entretiens, l'ensemble des champs d'investigations ont été abordés et plus ou moins approfondis.

A ces entretiens « guidés » se sont ajoutés deux séries d'entretiens réalisés sans grille et non centrés sur le sujet des collectifs de travail. La première série d'entretien avec près de quarante cadres issus de l'ensemble des directions réalisées lors de la première partie du stage, au cours des deux mois de « découverte » de l'établissement. La seconde série s'est déroulée au cours du stage long et m'a permis de rencontrer près de soixante-dix cadres. Lors de ces entretiens, non guidés, les échanges ont porté sur leur vision de l'établissement, les modes de managements mis en œuvre par chacun, les problématiques qu'ils rencontraient dans leur management et les actions qu'ils souhaitent mener pour leurs services.

Ces deux séries d'entretiens, en marge du sujet de mon mémoire, m'ont permis d'identifier des éléments récurrents dans les discours, de les comparer et les mettre en résonance avec les échanges issus des entretiens « guidés ».

2 Créer ou renforcer les collectifs de travail est un moyen d'améliorer profondément et durablement la qualité de vie au travail.

Avant d'étudier la situation du CH Laval, il est important de comprendre la place particulière que peuvent occuper les collectifs de travail dans la construction d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail.

2.1.1 Les établissements de santé ont intérêt à travailler sur la qualité de vie au travail car elle est source d'amélioration du bien être des professionnels, de qualité du service rendu et de performance des organisations.

La qualité de vie au travail est l'un des volets de la Responsabilité Sociale des Entreprises, qui se traduit dans les organisations par la mise en œuvre d'actions concrètes en faveur de l'environnement, des personnels, etc. Selon l'ANFH, « *la Qualité de vie au travail vise à réconcilier le bien-être des professionnels, les évolutions réglementaires et budgétaires et les contraintes professionnelles liées à l'activité* ». ⁴

Le ministère de la santé, quant à lui, propose la définition suivante de la QVT : « *La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations. Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. Elle appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain. Elle n'est pas limitée à certaines personnes désignées, elle est l'affaire de tous.*

Dans le cadre de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent », elle inclut également la prévention des risques psycho-sociaux dans l'objectif d'améliorer plus globalement la santé au travail ». ⁵

⁴ ANFH Picardie, « Livret qualité de vie au travail identifier et comprendre la qualité de vie au travail »

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_qvt_2018__220119_v12_anfh_picardie.pdf

⁵ Ministère des Solidarité et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>

L'amélioration de la qualité de vie au travail présente pour les établissements des gains de productivité potentiels qui justifient d'y porter un intérêt et de développer une réelle politique en sa faveur. Il convient de définir une approche qui articule amélioration des conditions de travail et réflexion sur les modes de management, le contenu et le sens du travail. Les gains qui peuvent se dégager d'une politique de QVT forte touchent plusieurs domaines :

- En matière de prévention des risques professionnels, de turn-over et d'absentéisme de courte durée, l'amélioration de la QVT présente des effets positifs ; Les professionnels qui se sentent bien dans leur service ont une tendance plus forte à y rester. L'absentéisme de courte durée quant à lui est pour partie lié à une logique d'évitement du service. L'amélioration de la qualité de vie au travail permet de réduire cet effet de « fuite » ;
- En matière d'attractivité ; L'image dégagée par un établissement où il fait bon travailler sera un facteur d'attractivité ;
- En matière de productivité ; Un professionnel qui se sent bien dans son établissement aura une implication plus importante et sera plus efficace dans son travail. Par ailleurs, la stabilité des équipes permet une meilleure organisation du travail au sein du service et des relations plus fluides avec les professionnels intervenant autour de celui-ci. Ainsi que l'a montré Elton Mayo dans ses travaux sur l'usine d'Hawthorne, l'attention portée aux professionnels contribue à améliorer sa productivité ;
- En matière de qualité ; la meilleure connaissance des organisations, des professionnels avec lesquels l'on travaille permet, entre autres, une meilleure coordination et une communication plus fluide entre les professionnels, ce qui contribue à une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ;
- En matière de qualité du travail ; L'amélioration de la qualité de vie au travail passe par une réflexion sur le contenu du travail, la mise en confrontation entre la réalité du travail et les représentations qu'en ont les professionnels. Il s'agit, entre autres, de faire émerger le sens du travail, les valeurs qu'il porte.

Cette liste d'exemples est loin d'être exhaustive et d'autres bénéfiques pourraient être identifiés. Toutefois, ces exemples permettent de mettre en évidence l'intérêt que les directions ont à déployer une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail adaptée à leur établissement.

2.1.2 La qualité de vie au travail ne se résume pas uniquement à des actions de « façade » sur les conditions de travail ou l'amélioration de l'équilibre vie privée/ vie professionnelle, elle intègre des notions plus complexes comme la restauration des collectifs.

A l'instar des entreprises privées, les établissements publics de santé sont parfois tentés de réduire leur politique d'amélioration des conditions de travail à des investissements matériels, à la réfection des locaux, à la mise en place de crèches hospitalières, développement de prestations de bien être (massages, technique de relaxation, salles de sport) destinées aux professionnels.

Ces actions composent un volet qui a toute sa place dans les politiques de qualité de vie au travail. Elles présentent des effets à courts termes facilement identifiables et viennent souvent répondre à des attentes formulées par les professionnels. Toutefois elle apparaissent être, en définitive, des opérations de « façade ». Elles ne peuvent pas et ne doivent pas être les seuls axes d'action d'une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail. D'une part, elles ne portent que sur le bien être du professionnel, dans la majorité des cas en dehors de son temps de travail et ne constitue que la réponse à une demande à un instant T. D'autre part, leurs effets s'estompent très rapidement pour devenir la normalité. Par exemple, les capacités restreintes des établissements de santé font que la réfection de locaux est souvent menée dans des espaces très dégradés qui nécessitaient de toutes façons une intervention. Or il semble normal de proposer aux professionnels un cadre de travail qui ne soit ni vétuste ni inadapté. Aussi, les effets des opérations de réfection de service ou la construction d'un nouveau bâtiment sont rapidement oubliés par les professionnels qui ne voient pas cela comme un progrès mais un retour à la normale. De même, les crèches hospitalières, salles de sport ou autres facilités proposés aux professionnels, qui, bien que constituant des éléments d'attractivité et permettant de mettre en avant des actions favorisant l'équilibre vie professionnelle/ vie personnelle, ont peu d'effet sur la QVT dans la mesure où ils ne s'adressent qu'à certaines populations. D'autre part, ils apportent des solutions qui permettent de maintenir en place une organisation défaillante : la possibilité de faire garder « à toute heure et tous les jours » son enfant dans l'hôpital permet aux cadres de rappeler les agents en cas de besoin. Ce système n'invite pas à questionner les raisons pour lesquelles les cadres doivent souvent faire revenir des agents sur leurs congés.

Ces actions « façades » ont pour trait commun et faiblesse de ne pas s'intéresser au travail. Elles permettent d'éluder les questions relatives aux valeurs que porte l'établissement, au management, aux organisations, à la représentation et au sens donné au travail.

Le lien entre collectif de travail et QVT est confirmé par l'Observatoire national de la qualité de vie au travail. Ce groupe de réflexion composé de professionnels issus du monde de la santé et du médico-social, a produit ses premières conclusions en mai 2020. Il a notamment présenté un focus dédié aux collectifs de travail intitulé « QVT et préservation des collectifs de travail ». Dans son introduction, l'Observatoire affirme : « *Longtemps centrée sur les conditions de travail et les risques psycho-sociaux, la qualité de vie au travail s'oriente aujourd'hui vers une vision à la fois plus large et plus constructive, remplie d'humanité. Il est alors proposé de mettre en lien la qualité de vie au travail et la préservation des collectifs de travail. [...] Plusieurs facteurs comme la pression médico-économique, les dysfonctionnements organisationnels et techniques, les changements et les restructurations permanentes induisent une peur du lendemain imposant des moments d'écoute et de partage pour redonner du sens en tenant compte des valeurs communes [...] La politique de santé déclinée dans « ma santé 2022 » repose sur une stratégie de décloisonnement à l'origine d'une transformation des collectifs.*

La réussite de cette transformation nécessite une nouvelle définition de ce collectif et de ses conditions de fonctionnement.»⁶

Le récent Ségur de la santé confirme également le lien fort qui existe entre la QVT et les collectifs de travail. Dans son axe 3, « *faire de la qualité de vie au travail une priorité de la politique des ressources humaines* », le premier point, « promouvoir le travail collectif », met en évidence les effets des réformes de la Santé sur les conditions de travail et la dégradation des conditions de travail qui en ont résulté. Il propose par ailleurs quelques axes d'actions comme : « *systématiser les réunions de service et en inscrire le principe et la réunion régulière dans le règlement intérieur des établissements* »⁷.

Les actions sur les collectifs de travail sont complexes à mettre en œuvre. Elles demandent une réflexion et des ajustements continus de la part des professionnels et des directions. Toutefois leurs effets s'inscrivent dans le long terme.

Les politiques d'action sur les collectifs de travaux doivent chercher à donner les moyens aux professionnels et encadrants de mener cette réflexion tout en s'attachant à lui donner un cadre, du formalisme et en s'assurant de la diffusion des bonnes pratiques.

Une politique de QVT structurée peut s'articuler autour de deux niveaux : les actions que j'ai qualifiées de « façade » dont les effets sont de court terme. Elles seront

⁶ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

⁷ Ministère de la Santé : Accord relatif aux personnels médicaux, Refonder le service public hospitalier : Revaloriser les rémunérations et les carrières – transformer les environnements de l'exercice médical 13 juillet 2020

une vitrine pour l'établissement et répondent à de réelles problématiques mais sont de court terme et restent en surface et, par ailleurs, un second niveau avec des actions portant sur les collectifs de travail dont les effets s'inscrivent dans le long terme, touchent en profondeur aux pratiques de management, mais dont la mise en œuvre s'avère plus délicate.

2.1.3 Les impacts de la dégradation des collectifs de travail sont un marqueur de l'importance des politiques de qualité de vie au travail

Tout semble indiquer qu'un collectif dégradé est synonyme d'une QVT insatisfaisante. Ainsi Maxime Leroy écrit : « *Tout se passe comme si nous étions entrés dans une période de déconstruction du vivre ensemble. Désormais, il n'y aurait plus rien à attendre du collectif, seule compterait la performance* »⁸.

La dégradation du collectif de travail trouve sa source dans de nombreux facteurs qui sont également explicatifs d'une « mauvaise » qualité de vie au travail. Ce parallélisme s'explique par le lien fort entre qualité de vie au travail et qualité des collectifs de travail.

Les traductions de la dégradation du collectif dans le quotidien des professionnels sont nombreuses. La littérature sur les conditions de travail et l'actualité permettent à titre d'exemple de lister quelques-unes des conséquences de la dégradation des collectifs sur les conditions de travail :

- Développement d'un sentiment de perte du sens du travail auquel peut s'ajouter celui que le travail est mal réalisé et que l'on ne dispose pas des moyens nécessaires pour le réaliser convenablement ;
- Vision centrée sur leur mission propre : les professionnels vont s'attacher à la réalisation de leur mission indépendamment des celles des autres ;
- Logique du « passager clandestin » : certains professionnels vont volontairement s'ancrer dans une situation déficiente pour maintenir le confort qu'elle peut leur apporter au détriment du collectif ;
- Perte des espaces nécessaires à l'éclosion et au développement d'un collectif (temps informels, temps formels) ;
- Perte d'information, manque de communication et de coordination entre les professionnels ;
- Disparition de certaines formes de solidarité ;

⁸ M LEROY Cité dans Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

- Retard dans les prises en charge ;
- Risque d'inadéquation et/ou de répétition des examens réalisés ;
- Perte du sentiment d'appartenance ;

Cette liste, loin d'être exhaustive, permet de mettre en évidence l'intérêt, que représente pour les directions, de recréer ou renforcer les collectifs de travail au sein de leurs organisations.

Si l'on perçoit ici l'intérêt à travailler sur les collectifs de travail pour améliorer la QVT, cela nécessite de définir ce qu'est un collectif de travail

2.2 Pour pouvoir mobiliser le collectif de travail comme levier d'action, il faut définir ce concept

Le collectif de travail, est une entité dont les contours ne sont pas figés et dont la perception varie d'un professionnel à l'autre. En effet, les entretiens que j'ai menés ont confirmé l'impression ressortie de mon étude bibliographique de la difficulté à obtenir une définition du collectif de travail qui fasse consensus.

Lors des entretiens, chaque interlocuteur a présenté une définition du collectif différente. Celle-ci change en fonction de nombreux paramètres liés à l'interlocuteur, mais aussi à l'organisation : le positionnement hiérarchique, l'expérience, les relations avec les différents corps professionnels...

« Je vois le collectif comme le contenu d'un sac, le cadre est à la bordure de celui-ci, il est le lien qui ferme le sac. Il doit savoir l'ouvrir, le refermer être à l'intérieur ou à l'extérieur en fonction des situations. » (Un cadre de santé)

« Je le vois comme un groupe de professionnels qui sont concernés par la mise en place d'un objectif commun ou qui sont unis par une valeur commune. Unis soit par un projet soit par des valeurs communes ». (Un directeur adjoint)

« Le collectif ça reprend la notion d'équipe mais ça va au-delà. Le collectif de travail... il faut se poser la question de ce qu'est le travail en question : est-ce un travail administratif, un travail plus technique au sens d'un métier technique, services techniques, logistiques... »

Pour moi la notion de collectif doit aussi interroger sur la culture de l'équipe. On peut avoir des cultures de travail, liées à des types de travaux différents, qui peuvent être différentes. Par exemple : en me cantonnant aux secteurs que je connais, il y a une différence de culture entre les personnels administratifs, les personnels techniques et logistiques. Tout l'enjeu est, à terme, de faire en sorte qu'ils aient à peu près la même culture de management, surtout au niveau de l'encadrement, la même approche des enjeux de l'hôpital, toutefois les approches seront différentes ». (Un directeur adjoint).

Les nombreuses études qui portent sur le collectif de travail ne s'accordent pas sur une définition. Celui-ci peut être perçu à des niveaux différents, soit comme un collectif restreint que l'on peut apparenter à une équipe, soit comme un collectif large qui serait l'agrégat de plusieurs équipes. Chaque auteur semble construire sa définition à partir d'un ensemble de notions communes, qu'il sélectionne et/ou décline, pour faire correspondre la définition à son champ de recherche.

Les termes de groupe et d'équipe participent à la difficulté de saisir à quel ensemble se réfère le collectif de travail. Ces termes, proches dans le langage courant, ont pourtant des sens différents en sociologie des organisations. La frontière ténue entre ces structures collectives et leur usage souvent indifférencié dans le langage courant ajoute une touche de complexité à la définition du collectif de travail.

Il semble donc qu'il n'existe pas un collectif mais une multitude de collectifs qui sont fonction de la position hiérarchique de la personne, du sujet abordé, de la mission à laquelle il répond. C'est la dimension variable des collectifs qui rend inopérante la construction d'une définition générique du collectif. *« La définition même [du] collectif est donc liée aux diverses activités exercées et inclut la polyvalence des acteurs. La composition du collectif est à géométrie variable selon l'activité, les filières, le territoire »*⁹ Malgré cela, il reste indispensable de déterminer une définition qui soit partagée par l'ensemble des acteurs de l'organisation concernée, afin de clarifier les domaines d'action possibles pour les directions mais aussi de borner les réflexions pour éviter les déceptions ou les désillusions des différentes parties prenantes.

Dans cette logique, je me suis appuyé sur les travaux de plusieurs sociologues qui permettent de comprendre ce qui permet de « faire collectif ».

⁹ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

Pour Émile Durkheim¹⁰, le « collectif » permet de distinguer l'individu et la société. Il constitue l'ensemble des idées, croyances et valeurs qui sont communes à un groupe. Christophe Dejours, quant à lui, évoque le collectif comme l'espace dans lequel il est possible « *d'élaborer et de stabiliser les règles pratiques de travail, acceptées par tous [...]. En leur absence, il n'existe qu'un groupe ou un rassemblement de personnes pouvant éventuellement partager des intérêts communs. Travailler, ce n'est pas seulement produire c'est également vivre ensemble* »¹¹. Enfin, Damien Cru apporte la précision qui permet de lier collectif et travail : « *il y a collectif lorsque plusieurs travailleurs concourent à une œuvre commune dans le respect des règles* »¹².

S'arrêter à cette définition me semble toutefois incomplet. En effet, le sociologue Marc Loriot ajoute la composante de qualité du travail. Il définit le collectif comme « *Une équipe de travail, de professionnels en interaction qui vont essayer de définir leurs objectifs et les bonnes manières de travailler ensemble. Cette définition doit être partagée par tous, rediscutée pour parvenir à une même conception de « beau travail »* »¹³.

Il intègre ainsi deux éléments clés dans sa définition du collectif : la notion de « *beau travail* », qui pourrait être entendue comme la qualité de travail attendue et désirée par le collectif ; et l'action de rediscuter les objectifs, les manières de travailler, qui implique que le collectif de travail soit capable se repenser et d'évoluer en continu. Un collectif de travail n'est plus alors un ensemble arrêté mais une structure « organique » qui doit sans cesse s'adapter aux changements internes, comme par exemple l'intégration de nouveaux professionnels, et externes, tel que l'évolution des métiers.

Cette dernière définition a été reprise comme point de départ par l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social, car perçue comme la plus complète.

En effet, la notion de qualité est, pour les soignants, un élément constitutif de leur culture professionnelle. Elle est au cœur de la représentation que se font les professionnels de la prise en charge des patients. Il est donc indispensable de prendre compte de cette notion.

En reprenant les éléments apportés par chacun des auteurs, je retiendrai donc la définition suivante du collectif de travail : un groupe de professionnels, réunis dans un même lieu, liés par des valeurs et une mission, au sein duquel les professionnels établissent collectivement des règles pratiques de travail, acceptées et respectées par

¹⁰ Emile DRUKHEIM « Règle de la méthode sociologique », Presse Universitaire de France, 1894

¹¹ Christophe DEJOURS et All, 2009

¹² Damien CRU « plaisirs et souffrances dans le travail [ed] CNRS. S.L, association pour l'ouverture du champ d'investigation psychopathologique 1987

¹³ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

tous. Ces règles doivent pouvoir être rediscutées régulièrement, pour parvenir à la réalisation du niveau de qualité du travail attendu par l'ensemble des professionnels.

Cette définition, qui se traduit dans le schéma ci-dessous, implique que pour traiter du collectif de travail, il faille s'intéresser à ce qui fonde une équipe, c'est-à-dire aux interactions professionnelles, directes ou indirectes, aux échanges informels, au contenu du travail, et au projet institutionnel dans lequel il s'inscrit.

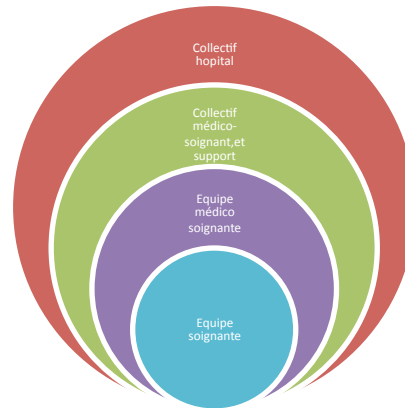


Représentation des éléments constitutifs des collectifs de travail

2.3 Malgré cette définition, la géométrie variable du concept de collectif de travail en fait un élément complexe à travailler dans une politique d'établissement

La définition des collectifs fait apparaître que dans les établissements de santé, malgré l'élément fédérateur que représente la qualité au service du patient, coexistent une multitude de petits collectifs qui vont se regrouper au sein d'un collectif plus large. Les collectifs dans l'hôpital peuvent s'envisager à l'image d'un « oignon » avec, au cœur, l'équipe de soins et, en périphérie, le collectif hôpital. Au sein même de ces différentes strates les collectifs peuvent se décomposer en collectifs restreints. Le schéma ci-contre propose une représentation de différents collectifs, prenant pour point de départ une équipe soignante, et, de manière non exhaustive, des collectifs qui composent l'hôpital.

Cette représentation permet de mettre en évidence la variabilité des contours qui caractérise les collectifs. Il aurait été, tout aussi bien, possible de prendre pour point de départ une équipe administrative, technique, médicale... Chaque équipe peut constituer le point de départ des collectifs. Tout comme un individu peut être présent dans plusieurs collectifs.



La complexité des établissements de santé réside donc dans le fait que le collectif de travail « hôpital » est constitué d'une multitude de collectifs de travail qui interagissent les uns avec les autres. Chacun de ces collectifs de travail restreint présente une culture propre, des valeurs, ses règles internes voire des objectifs ou projets qui le distinguent des autres.

L'enjeu managérial est donc double : il s'agit d'une part de donner aux équipes d'encadrement les leviers nécessaires pour créer et animer les collectifs dont ils ont la charge, d'en assurer la cohérence avec l'ensemble des collectifs de l'hôpital. Et, d'autre part, de construire et nourrir le collectif hôpital.

2.3.1 Le collectif Hôpital est le niveau auquel est défini le projet et la culture de l'établissement, il doit fédérer l'ensemble des collectifs qui composent l'établissement,

Pour l'Observatoire de la qualité de vie au travail, l'enjeu du collectif hôpital se résume ainsi : *«il ne s'agit pas d'un collectif unique mais de parvenir à fédérer plusieurs collectifs d'équipes.»*¹⁴

La mission des établissements de santé qui soutient a priori l'existence du collectif est celle de prendre en charge et en soins les patients. Dès lors tous les professionnels qui interviennent auprès des patients, de près ou de loin, composent le collectif hôpital. Ce collectif de travail, apparaît comme le premier niveau d'action des directions. Il s'agit pour ces dernières de composer et animer un collectif global autour d'un objectif commun qui rassemble l'ensemble des collectifs qui le composent.

¹⁴ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020



2.3.2 Toutefois, l'existence de collectifs restreints complexifie la réflexion autour des collectifs de travail dans le cadre d'une politique QVT

Les collectifs restreints quant à eux sont assez variables. Ils peuvent être entendus, soit comme les équipes de travail, soit comme le service (il peut alors intégrer les personnels paramédicaux et médicaux), soit comme un ensemble de professionnels partageant des fonctions similaires comme par exemple le collectif cadre.

Le collectif restreint est d'autant plus complexe à définir qu'il est, tant dans sa composition que dans le temps, à géométrie variable. Il peut être éphémère, dans le cadre d'un projet, ou durable, dans le cas des services. Le collectif restreint peut alors être défini comme un ensemble d'individus en nombre réduit, « *qui permet des échanges interindividuels, la poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, des relations affectives, une forte interdépendance des membres et des relations de solidarité, une différenciation des rôles en son sein, et la production de normes, de croyances, de langages et de codes propres au groupe (Anzieu, Martin, 2003) »*.¹⁵

¹⁵ Lhuillier Dominique, Litim Malika, « « Crise du collectif » et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail », Connexions, 2010/2 (n° 94), p. 149-173. DOI : 10.3917/cnx.094.0149. URL : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2010-2-page-149.htm>

Les collectifs restreints s'interpénètrent. Cela signifie qu'un même professionnel peut être présent dans plusieurs collectifs. Par exemple, un cadre de santé fera à la fois partie d'un collectif cadre et de son équipe. Cela ajoute une complexité dans la mesure où les objectifs des différents collectifs ne se rejoignent pas toujours et peuvent être à l'origine d'injonctions paradoxales. Enfin, ainsi que Crozier et Friedberg l'ont mis en évidence dans leur travaux, les objectifs poursuivis par un individu (par exemple : un cadre) dans une organisation (hôpital) ne sont pas nécessairement ceux qui sont portés par celle-ci. Plusieurs exemples peuvent illustrer cette situation tels que le cas de professionnels qui ont pris un poste au sein d'un établissement afin de bénéficier de la sécurité de l'emploi, sans trop s'investir dans la poursuite des objectifs du service. Dans ce premier exemple il convient de noter que les objectifs du professionnel et ceux de l'institution ne sont pas nécessairement contradictoires mais différents. Un autre exemple pourrait être celui d'un cadre qui, pour faire tourner son service, n'affiche pas, dans les plannings partagés avec son pôle, l'ensemble des agents afin de disposer d'une marge de manœuvre en cas d'absence. Le cadre poursuit l'objectif de « faire tourner » son service. Toutefois son action va à l'encontre des impératifs d'optimisation et de partage des ressources attendus par l'établissement et la direction.

2.3.3 En marge de ces collectifs « institutionnels », les collectifs de résistance sont le témoin du malaise des organisations

Les collectifs de résistance se situent en marge du sujet de ce mémoire. Toutefois, ils sont de plus en plus nombreux dans les hôpitaux. On peut citer par exemple le collectif inter urgences, le collectif inter hôpitaux ou des collectifs locaux comprenant quelques professionnels. Leur multiplication dans notre environnement nécessite de les évoquer pour mieux les comprendre et pour mieux agir avec eux.

Les collectifs de résistance se constituent lorsque le collectif s'affaiblit et que certains de ses membres n'y trouvent plus les valeurs qui fondent leur identité. Ils entrent alors dans une forme de conflit avec le reste des membres du collectif qu'ils considèrent « *trop ou pas assez* ». Un nouveau collectif se crée autour des valeurs que l'on estime perdues par le collectif précédent. Jean-Claude Ancelet affirme ainsi que : « *Le collectif de résistance naît dans la joie d'une opposition jugée légitime ou dans la douleur qui rassemble* »¹⁶

Les collectifs de résistance sont un marqueur du mal-être dans les organisations. Leur multiplication doit être une alerte pour les directeurs. S'il est pris en considération suffisamment tôt, le collectif de résistance peut présenter une utilité. Il permet de faire

¹⁶ Jean-Claude Ancelet, « recréez du collectif au travail » DUNOD 2011-

émerger les problèmes rencontrés par les professionnels que les collectifs en place n'arrivent plus à surmonter d'eux-mêmes. Les directeurs peuvent s'en saisir comme levier pour résoudre des problématiques profondes. Une fois les problématiques réglées, le collectif de résistance se dissoudra au profit des collectifs préexistants.

Il convient toutefois d'être prudent car, comme l'évoque Jean-Claude Ancelet, les collectifs de résistance peuvent être un refuge illusoire pour des professionnels aux comportements déviants. Ces derniers deviennent alors « dangereux » pour les organisations dès lors qu'ils se « *fixent autour d'un leader charismatique qui maintient les membres du groupe dans un état de dépendance. [...] Le leader ne peut continuer à l'être que grâce à une surenchère permanente qui lui confère une position à part. La prolifération de ce type de comportement empêche souvent l'instauration de la négociation ouverte comme mode de régulation sociale, les parties étant contraintes d'afficher des positions extrêmes et de négocier en coulisse, en cachette de leurs mandants* »¹⁷.

L'analyse de Jean-Claude Ancelet met en évidence les risques qu'occasionne l'apparition des collectifs de résistance. Elle met également en évidence leur origine et le lien entre leur apparition et l'affaiblissement des collectifs existants. Cette approche souligne l'importance de soutenir le développement et le renforcement de collectifs structurés et plutôt institutionnels, qui ne s'inscrivent pas dans une logique de résistance.

Les actions sur les collectifs impliquent de modifier les modes de management. Il s'inscrivent donc dans une politique structurelle qui doit agir en profondeur sur les pratiques. Cette démarche est nécessairement, longue et complexe à mettre en oeuvre.

Avant toute action portant sur les collectifs de travail, il convient d'établir un état des lieux de ceux-ci dans l'établissement. A partir de celui-ci il sera alors possible de préciser les besoins et actions qui seront nécessaires pour recréer ou de renforcer les collectifs de travail. Cet état des lieux est d'autant plus important qu'il existe souvent de nombreuses actions déjà mises en oeuvre, qu'elles soient le fruit des directions fonctionnelles, d'actions transversales ou d'initiatives individuelles. D'autre part, il convient de connaître la structuration des collectifs restreints, leur maturité, comment ils s'articulent les uns avec les autres au sein du collectif hôpital pour activer les leviers pertinents.

¹⁷ Jean-Claude Ancelet - « Recréer du collectif au travail »- DUNOT 2011

3 Au CH de Laval, l'existence d'une multiplicité de collectifs aux caractéristiques parfois très éloignées complexifie la mise en œuvre et la coordination d'actions généralisées.

L'analyse issue de mes observations de terrain et des entretiens que j'ai menés au CH Laval permet d'identifier différents collectifs qui se sont constitués. L'équipe de direction et les cadres déploient déjà de nombreuses actions en direction des collectifs de travail. Toutefois il s'agit dans la majorité des cas d'actions isolées, visant parfois des objectifs autres et qui ne sont pas rattachées à une stratégie ou une politique QVT portée par l'établissement.

3.1 Des collectifs de travail qui se distinguent les uns des autres et qui rendent complexe la mise en œuvre d'une politique unique.

3.1.1 Pour exister, chacun des collectifs paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques a besoin de se construire une identité, tout en s'intégrant dans un collectif hôpital dont l'équilibre est complexe et fragile.

Les collectifs paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques, ont tous, contrairement au personnel médical, une ligne hiérarchique clairement identifiée. Bien que proches, ces collectifs de travail ont développé des identités qui leurs sont propres qui les distinguent les uns des autres. Cette distinction est à double tranchant. Elle peut apparaître comme un facteur positif car elle permet aux différents collectifs de travail de se positionner dans l'organisation les uns par rapport aux autres, mais elle est également un frein à l'existence du collectif hôpital et contribue à créer une séparation entre les différents collectifs. En effet, chaque collectif de travail fait émerger des valeurs qui lui sont propres et autour desquelles il s'est fédéré, mais celles-ci ne correspondent pas toujours aux valeurs institutionnelles et peuvent donc créer des confrontations.

Il appartient aux équipes de direction de trouver un équilibre, parfois difficile à atteindre, entre le maintien des identités de leurs collectifs de travail restreints et le rapprochement nécessaire à l'existence du collectif hôpital. La difficulté est d'autant plus grande que la direction est éloignée des soins et des valeurs traditionnelles de l'hôpital. Les directeurs doivent parvenir à apporter à leurs agents le sentiment qu'ils font partie intégrante d'un collectif plus large que leur propre équipe au travers de valeurs partagées dans lesquelles ils se retrouvent.

L'exemple de l'équipe informatique du CH de Laval illustre comment, au travers d'un projet, il est possible de faire le lien entre la mission d'une direction fonctionnelle a priori éloignée du patient, et les valeurs communes du soin, pour renforcer le lien avec le collectif hôpital : *« Je trouve que globalement, pour ma spécialité, l'équipe des SI est plus fondue dans le collectif qu'elle ne l'était au départ. Il y a une raison fondamentale à cela qu'est l'avènement du dossier patient informatisé (DPI). Quand je suis arrivé à l'hôpital, il n'y avait pas de DPI, l'occupation du service informatique, touchait plus à tout ce qui est applications administratives et parfois des « trucs » médicaux, mais très peu. Le dossier patient est arrivé, c'est un projet, lourd, très structurant, mais qui nous a permis de réaliser qu'en réalité notre métier c'est le soin. Depuis on est plus dans les services, c'est plus simple et on est reconnu par les autres comme un maillon de la chaîne »* (Un directeur Adjoint).

S'il est important que les équipes se retrouvent autour de valeurs communes pour créer le collectif hôpital, il est néanmoins indispensable de conserver l'identité propre des équipes. L'exemple des services logistiques démontre que, sans identité, un service peine à trouver sa place dans le collectif hôpital et à être reconnu par les autres collectifs : *« Quand je suis arrivée, il y a 4 ans, au départ, on n'avait pas le sentiment de faire partie d'un collectif hôpital. Le lien s'est créé au fur et à mesure. Les équipes logistiques n'étaient pas vraiment reconnues. On agit dans l'ombre, les agents de bio nettoyage commencent à 5h, il n'y a personne, dans la manutention c'est pareil. Il faut avouer que l'arrivée d'un nouveau directeur a changé beaucoup de choses. Il a pris en main le pôle logistique et a fait en sorte que les services soient mis en valeur. Et il y a eu du changement. Ils ont pris leur place dans le collectif, tout simplement en commençant à refuser des demandes qui ne relevaient pas de notre champs d'intervention. On ne disait jamais non car on se disait qu'on était que des agents de maintenance ou des manutentionnaires alors on répondait toujours aux demandes. Les équipes étaient saturées, le fait de dire non nous a redonné une place dans le collectif. Ils [les agents] ont su qu'ils faisaient partie du collectif hôpital tout en ayant leur propre identité »*. (Un cadre)

L'équilibre entre l'adhésion aux valeurs collectives et celles qui fondent l'identité d'une équipe est parfois difficile à trouver. Il doit en permanence être nourri par des échanges entre les directions et l'attention portée à intégrer tous les acteurs dans les projets transversaux, afin que tous les services se sentent considérés et reconnus dans leurs fonctions. Dans des collectifs organisés avec une hiérarchie affirmée, les directions ont la possibilité d'harmoniser les pratiques et de mettre en place des processus qui organisent et simplifient les relations entre les collectifs. Cependant, l'existence d'une

organisation hiérarchique forte, peut entraîner certaines dérives comme par exemple le fait que chaque secteur professionnel ne réponde qu'à sa propre hiérarchie et tende à ne pas prendre en considération les consignes qui émaneraient d'autres directions. Cette situation, présente au CH de Laval, démontre toute la difficulté de trouver le bon niveau d'action entre le collectif restreint et le collectif hôpital.

« On pourrait penser qu'avec les notions de culture de projet que l'on est censé mettre en œuvre dans les hôpitaux, la dimension hiérarchique stricte aurait tendance à s'estomper, la gestion de projet c'est bien quand on mène un projet, le chef de projet est censé avoir un peu d'autorité sur les personnes qui participent au projet qu'il soit son supérieur hiérarchique ou non. Je trouve qu'ici ce n'est pas le cas » (un directeur adjoint)

3.1.2 L'inexistence du collectif médical est un frein au développement du collectif hôpital et à l'amélioration de la qualité de vie au travail

Huit professionnels parmi les onze que j'ai rencontrés dans le cadre des entretiens guidés ont mis en avant le fait qu'il n'existe, selon eux, aucun collectif médical au sein du CH de Laval. De même, ils ont indiqué qu'ils n'avaient jamais rencontré, au cours de leur carrière, quelque soit l'établissement, un collectif médical formé. Toujours selon eux, il peut se constituer des collectifs de circonstance lors d'un projet, ou des collectifs d'opposition notamment face à une décision prise par la direction.

L'analyse des questionnaires réalisée par le groupe ENEIS pour le CH de Laval portant sur le plan d'action QVT du personnel médical confirme la vision des professionnels interrogés et arrive à la conclusion qu'il n'existe, au sein du CH Laval, aucun collectif médical. Les consultants identifient les facteurs d'explication suivants : *« Il a souvent été évoqué une absence totale de collectif de travail avec une sectorisation et un isolement de chaque discipline médicale. Plusieurs éléments, à la fois causes et conséquences, ont été cités par un certain nombre de médecins :*

- *Des conflits intergénérationnels : l'attitude de certains médecins étant perçue comme bloquante pour l'évolution du projet médical d'établissement ;*
- *L'existence de clans : un « affrontement », un manque d'ouverture aux nouveaux praticiens, et de communication sur la prise en charge des patients ;*
- *Le recours à des intérimaires qui participe à l'érosion du collectif et fragilise l'unité de la communauté médicale ;*

Par ailleurs, comme dit précédemment, la surcharge de travail et la volonté de se préserver incitent à l'individualisme. »¹⁸

Il est apparu au fil des entretiens avec les directeurs adjoints et les cadres de pôles que ce constat ne serait pas propre au CH de Laval, et que de nombreux établissements présenteraient une absence de collectifs médicaux.

Les facteurs explicatifs identifiés par le cabinet d'audit semblent pouvoir être généralisés. A ceux-ci peuvent s'ajouter plusieurs facteurs identifiés dans neuf des onze entretiens menés qui peuvent expliquer la difficulté de créer du collectif parmi les médecins :

- Un mode d'entrée dans la profession par un concours particulièrement sélectif qui incite à l'individualisme afin de multiplier ses chances d'accès ;
- Une formation qui valorise les étudiants les plus performants par des accès limitatifs dans chaque discipline (ENC) ;
- Des modalités d'exercice assez solitaires de leur métier dans lequel ils sont souvent les seuls décideurs ;
- Un fonctionnement par spécialités très sectorisées, dont certaines ne présentent aucun pont entre elles, rendant difficile la réunion autour d'un sens du travail commun pour les équipes.

L'inexistence du collectif médical rend nécessaire la mise en œuvre d'une politique co-construite avec les médecins. La mise en place de ce collectif apparaît nécessaire pour pouvoir construire une vision partagée de l'avenir de l'établissement à laquelle les professionnels adhèrent. Il est également nécessaire pour prévenir les conflits qui pourraient survenir entre les professionnels médicaux, améliorer l'attractivité de l'établissement, fluidifier les échanges entre les services. La mise en place d'un tel collectif aurait par ailleurs très certainement un retentissement sur les collectifs paramédicaux, car il est fort probable qu'elle permette de faciliter l'avancement de certains projets.

3.2 De nombreuses actions sont mises en œuvre pour renforcer les collectifs de travail, mais elles sont souvent dé-corrélées d'une politique forte et structurée en ce sens.

¹⁸ Restitution globale analyse QVT- ENEDIS KPMG- Centre Hospitalier de Laval

Les différentes directions de l'établissement mettent en place de nombreuses actions dont les effets sur les collectifs de travail sont positifs. Toutefois, il s'agit souvent d'initiatives isolées, dé-corrélées d'un objectif pensé et affirmé de renforcement des collectifs.

La DRH a ainsi mis en œuvre plusieurs actions de formation institutionnelles, telles qu'une formation sur la gestion du temps de travail, ainsi qu'une autre sur l'évaluation. Ces formations ont été l'occasion pour l'encadrement de partager leurs pratiques, d'uniformiser les modes de management.

De son côté, la cellule communication porte chaque année la conception et la réalisation d'un évènement à l'intention des professionnels. L'objectif est de « *proposer un évènement convivial, décloisonnant permettant aux hospitaliers de se retrouver autour d'activités ludiques, sportives et/ou festives, de développer le sentiment d'appartenance, créer des liens,...* ». En 2019, celui-ci s'est articulé en deux temps. D'une part le « Summer Challenge », qui consistait en la réalisation de plusieurs activités en équipe de 4 à 8 participants. Au total 191 professionnels de l'hôpital y ont participé. D'autre part, une soirée hospitalière conviviale à laquelle 217 personnes ont participé, soit près de 10% de l'effectif total. Le bilan réalisé par la cellule communication fait apparaître une faible participation des professionnels médicaux. En effet, seuls dix médecins et internes y ont pris part. Cette faible représentation des médecins semble à nouveau montrer combien il est complexe de toucher cette population et de la fédérer autour du collectif hôpital. Ces actions sont perçues par les participants comme un moyen de rencontrer des collègues issus de services que l'on ne connaît pas et de créer des liens entre les professionnels. Elles ont pour effet d'alimenter les collectifs en créant de nouveaux espaces d'échanges informels entre les professionnels.

La stratégie de communication de l'établissement peut être utilisée comme un levier tant au niveau des collectifs restreints qu'au niveau du collectif hôpital.

«- Au-delà de l'outil qu'est le projet fort, quels leviers peuvent encore utiliser les directeurs pour poser les bonnes conditions dans leurs équipes pour qu'un collectif de travail se forme ?

Tous les outils de communication peuvent être mobilisés pour fédérer autour de valeurs communes. Cela fait partie de la culture de l'établissement : si l'on ne promeut pas les bons projets, les éléments positifs, on ne fait pas naître le sentiment de collectif. Lorsque l'on est dans le dénigrement de la structure on ne peut pas créer un collectif. »
(Un directeur adjoint)

Ainsi, au-delà de cette action récurrente, la cellule communication mène un travail continu sur les valeurs et cherche à développer le sentiment d'appartenance à l'hôpital, à

travers ses actions de communication externes. Ces actions, aussi pertinentes et efficaces soient-elles pour alimenter le collectif hôpital, ne semblent pas s'appuyer pour l'instant sur une politique générale pensée à long terme.

Toutefois cette situation devrait évoluer. En effet, le CH Laval développe une stratégie de communication de plus en plus structurée. Celle-ci va faire l'objet d'un accompagnement par un cabinet de conseil en communication qui devrait apporter les outils et les ressources permettant de passer d'actions de communication à une réelle politique de communication.

La politique communication interne et externe permet d'agir sur le collectif hôpital. Elle participe à la création d'une identité à laquelle les professionnels sont fiers d'appartenir.

« Dans le cadre d'une crise c'est particulièrement visible car les hospitaliers sont fiers d'appartenir à l'hôpital et d'œuvrer pour prendre en charge les patients, de répondre à des missions fortes. » (un directeur adjoint).

Le CH Laval a su exploiter les « opportunités » offertes par la crise de la COVID 19, en invitant un photographe à constituer une archive sur le rôle et l'implication des professionnels dans la crise et à exposer dans son hall certaines photographies. Cette exposition faisait écho à une seconde exposition ouverte en ville.

« Pour les photos, c'était un choix. Nous nous sommes dit, avec la responsable communication, que, dans cette situation compliquée, il était important, pour la fierté des professionnels, que l'on puisse mettre en avant leur implication et que l'on en garde trace ». (Un directeur adjoint)

Ce type de communication permet de renforcer et entretenir le collectif hôpital, d'en rappeler sa raison d'être. La communication doit chercher à promouvoir les projets et réalisations menées par les services tant en interne qu'en externe.

Mes observations m'ont permis de relever que les différents services n'étaient pas nécessairement informés de la finalisation de certains projets, et ce, d'autant plus qu'ils en étaient éloignés. Ainsi, pour pallier cette difficulté, la direction des investissements a par exemple mis en place des « plages portes ouvertes » à l'occasion de l'ouverture d'une nouvelle salle de capteur plan pour que l'ensemble des agents, puissent découvrir le projet finalisé. Cela a eu pour conséquences positives un renforcement de la fierté d'appartenir à un établissement qui évolue technologiquement et redémarre sa stratégie d'investissement, et a fourni la possibilité de matérialiser les efforts demandés aux équipes depuis plusieurs années. A ces actions de promotions internes, pourrait être

adjoint une invitation systématique des professionnels libéraux de Laval et des localités proches dans l'objectif de renforcer et valoriser l'image de l'établissement à l'extérieur.

3.3 Le collectif cadres du CH Laval a été marqué et affaibli par une perte de confiance dans l'encadrement supérieur et les directions, due aux contrats de retour à l'équilibre successifs.

Au sein de chaque direction, des collectifs cadres peuvent s'être formés. Toutefois il est rare que ceux-ci dépassent leur direction. Les entretiens m'ont ainsi permis d'identifier l'existence d'au minima deux collectifs : celui des cadres soignants, et un collectif cadres en logistique, bio nettoyage et restauration. Dans la majorité des cas les cadres se connaissent peu et l'essentiel de leurs échanges se fait par téléphone.

Certains cadres, plus anciens, effectuant des gardes ou ayant changé de direction, ont conservé des relations proches avec leurs anciens collègues. Ils mettent en avant que celles-ci facilitent leur exercice quotidien et permettent souvent de gagner du temps quand ils sont confrontés à un problème qui implique une autre direction.

Dans le cas du collectif cadres soignants ceux-ci mettent en évidence qu'ils sont proches des cadres de leur pôle qu'ils connaissent et avec qui ils ont des rencontres régulières. En revanche ils n'ont que peu, voire pas, de lien avec les cadres des autres pôles. Seuls les mouvements de cadres entre les pôles permettent de créer des liens. Une réunion d'encadrement est régulièrement réalisée par la direction des soins avec pour objectif de permettre aux cadres de se rencontrer et d'échanger. Toutefois celle-ci est davantage perçue, selon les cadres, comme une « *grand-messe* », durant laquelle ils écoutent la directrice des soins ou ses adjoints, à laquelle l'on accorde peu d'intérêt et qui laisse peu la place aux échanges ascendants.

L'analyse des entretiens avec les cadres montre aussi une forme de « désengagement » vis à vis des projets portés par les directions. Ce phénomène peut en partie s'expliquer par une perte de confiance dans les intentions réelles qui les motivent et la viabilité de ceux-ci. L'un des professionnels interrogé exprime ainsi son sentiment quant à la perte de confiance dans les intentions réelles des directions : « *On a plus confiance dans les projets. Quand la direction nous annonce un nouveau projet, la première chose que l'on se demande avec les collègues c'est : qu'est ce qu'il y a derrière* ». (Un cadre).

La succession des contrats de retour à l'équilibre a conduit la direction des soins et les directions fonctionnelles à porter de nombreuses réorganisations. Certains projets se

sont traduits par des réductions d'effectifs qui ont marqués les équipes et leurs encadrants. La multiplication de ces plans a pour conséquence un sentiment de méfiance généralisé au sein des équipes. Dans l'esprit des professionnels interrogés chaque nouveau projet est perçu comme une recherche d'optimisation des organisations et donc une réduction des effectifs ainsi qu'une augmentation de leur charge de travail, que cela soit ou non la réalité. Leur premier réflexe est de rechercher les non-dits de la direction.

Le second facteur d'explication est lié à l'abandon de nombreux projets. Faute de moyens de financement suffisants, le CH Laval a parfois été contraint de revoir ses priorités d'investissement. Les changements d'affectation des budgets ont parfois mis fin à des projets de manière abrupte. Souvent, les professionnels ont eu le sentiment de ne pas avoir été informés sur les raisons de ces arrêts. Les propos de l'un des cadres traduisent clairement les conséquences de ces abandons : « *On s'est investi dans un tas de projets. Au début il faut aller vite, faire plein de choses, travailler avec les équipes et ... d'un coup... tout s'arrête, plus de nouvelles, on ne sait même pas pourquoi c'est fini. A la longue on n'a plus envie de s'investir dans de nouveaux projets* ».

La perte de confiance dans les directions est un élément majeur de la dislocation du collectif hôpital. Si les professionnels n'ont pas confiance dans ceux qui les dirigent, alors il semble impossible de les faire adhérer à quelque projet que ce soit, ni de les souder entre eux, hormis dans des collectifs de lutte. Il ne s'agit pas ici de critiquer ou de porter un jugement sur les personnes, mais de traduire la réalité des impacts sur le terrain des politiques imposées par les contraintes budgétaires auxquelles sont soumis les hôpitaux. Reconstruire les bases de cette confiance est un travail de longue haleine, dans lequel la direction du Centre Hospitalier de Laval s'est engagée depuis longtemps. Toutefois les avancées dans ce domaine prennent du temps pour porter leurs fruits tandis que le moindre projet abandonné sans explication a des effets délétères immédiats et nuit durablement à la confiance.

3.4 Les crises sont des sources d'enseignement sur les leviers mobilisables pour créer et renforcer les collectifs de travail.

Les crises telles que les attentats de Paris, de Nice ou de la COVID 19 permettent d'observer la construction, dans un temps très court, de collectifs de travail fonctionnels. Elles font émerger de nouveaux collectifs qui parviennent à dépasser les « irritants » et les conflits du quotidien pour répondre à une urgence qui devient prioritaire sur tout le

reste. Ces situations nous permettent, dans un temps et une unité de lieu restreints, d'observer tous les mécanismes qui fondent un collectif de travail. S'il est bien entendu impossible de maintenir de manière continue les conditions de fonctionnement des collectifs créés pendant les crises, il semble intéressant d'analyser ce qui conditionne leur réussite et, si possible, d'en tirer certains enseignements qui pourront être utilisés dans le développement des collectifs de travail en situation ordinaire.

Lors des crises et notamment lors de la crise de la COVID 19, on observe deux facteurs, non reproductibles en situation normale, qui ont favorisé la création et le bon fonctionnement de ces nouveaux collectifs de travail. Le premier est la disparition des restrictions financières, et le second l'allègement des contraintes administratives qui pèsent habituellement sur les établissements. La levée de ces restrictions a permis de rendre à chacun sa fonction. Les professionnels de santé se sont focalisés sur la prise en charge d'une pathologie, et les directions ont pleinement repris leur dimension de support, la question n'étant plus le coût mais comment répondre au mieux à la demande des services. Les directions des ressources humaines ne se sont plus focalisées sur les coûts générés par les mensualités de remplacement, mais sur la politique à mettre en place pour attirer des professionnels, renforcer les équipes et rapidement former les IDE volontaires pour travailler en réanimation.

Bien que ces deux éléments aient facilité la construction des collectifs de travail, le fait qu'ils ne puissent être maintenus indéfiniment les exclut des enseignements utiles à long terme pour renforcer les collectifs de travail. Cependant, il apparaît qu'ils n'aient pas été les seuls leviers activés lors de cette crise.

Au Centre Hospitalier de Laval, la prise en charge des patients hospitalisés testés positifs à la COVID a demandé la création de toutes pièces, et dès les premiers jours de la crise, d'une unité d'hospitalisation COVID. L'équipe médico-soignante était composée d'agents et de médecins provenant de plusieurs services, n'ayant jamais, pour la plupart, travaillé ensemble. Malgré une installation dans des locaux inconnus, des méthodes de travail différentes et des conditions de prise en charge et d'hygiène en constante évolution, un collectif de travail performant s'est constitué. Cette construction rapide s'explique par la présence de la plupart des éléments nécessaires à la construction des collectifs de travail que nous avons pu identifier :

- Une mission et des valeurs fortes : la prise en charge des patients COVID et l'urgence face à une pathologie inconnue ;
- La construction de nouveaux référentiels de travail propre à l'équipe. En quelques jours les professionnels de ce nouveau service ont su construire leurs

organisations de travail, permettant une prise en charge des patients avec une qualité comparable voir supérieure à celle d'un service opérationnel depuis plusieurs années et répondre à des contraintes d'hygiène poussées à leur paroxysme ;

- Constituer un collectif apprenant. L'équipe à chaque jour mis en œuvre de nouvelles pratiques et organisations pour s'adapter et optimiser son fonctionnement. Le collectif apprenant s'est constitué en interne pour permettre la diffusion des « nouveautés » aux agents intervenant la nuit ou sur un autre horaire de journée ;
- Des espaces d'échange formels et informels. Le cadre du service met en avant une densité particulièrement importante d'échanges formels et informels avec ses équipes, mais également avec la cellule de crise, l'encadrement supérieur, la direction des soins et les cadres des autres directions fonctionnelles, notamment DRH, logistique et informatique.

L'ensemble des éléments fondateurs des collectifs se retrouve ainsi dans la construction de cette équipe. La performance de celle-ci et l'implication dont les professionnels ont fait preuve montre la force d'un collectif fonctionnel et la capacité de celui-ci à s'adapter aux changements. Il est possible de mobiliser ces collectifs dans le cadres de projets de court ou moyen terme comme par exemple une ouverture de service. Cependant, dans le cas présent, il s'agit d'un collectif de circonstance dont le côté éphémère ne permet pas de dégager un impact sur la qualité de vie au travail sur le long terme.

Comme nous l'avons vu, si des collectifs de travail peuvent se créer et fonctionner rapidement face à une crise, ils se dissolvent tout aussi rapidement. La « sortie de crise » en juin a montré les limites de ces collectifs. L'effet fédérateur de la crise, la mission, s'est estompé. Les professionnels qui avaient accepté de mettre de côté leurs préoccupations et activités quotidiennes, de fournir un effort de travail supplémentaire, ont, à juste titre, souhaité reprendre leur fonctionnement habituel. Sont alors réapparues, dans certains cas de manière exacerbée, « les irritants du quotidien » et les conflits qui avaient disparus. Certains médecins ont, par exemple, recommencé à planifier des consultations et des hospitalisations au-delà de ce qu'il était convenu de faire, parfois au détriment des capacités d'hospitalisation dont des confrères pouvaient également avoir besoin. Les préoccupations financières, sans être aussi fortes qu'avant la crise, ont repris le pas dans les directions. L'affaiblissement de l'élément central que représentait la menace de la COVID montre combien les collectifs ont besoin d'une valeur, d'un objectif, d'une mission, autour desquels ils s'organisent. Si cet élément disparaît, où s'affaiblit, aucun collectif ne

semble alors pouvoir se maintenir à long terme aussi bien en situation de crise qu'en situation normale.

Si, dans les périodes ordinaires, le projet d'établissement constitue l'élément fédérateur des collectifs, il n'en est pas moins incontournable pour les directions de sans cesse chercher à alimenter ce projet, à le faire vivre pour maintenir sa capacité à impliquer les professionnels. En effet, le projet d'établissement, s'il est porteur de sens, peut être un ciment pour les collectifs.

Cet état des lieux montre l'importance de l'existence des collectifs au sein du CH Laval, la nécessité d'effectuer des rapprochements et de renforcer le collectif cadres. Celui-ci est la courroie de transmission de toutes les politiques et actions qui seront entreprises par l'établissement. Faute d'un collectif cadre fort et qui s'inscrit dans une réelle relation de confiance avec les directions, il semble impossible de déployer une politique pertinente auprès des professionnels.

L'observation des situations de crise a par ailleurs montré la capacité de créer des collectifs fonctionnels dans un délai restreint et des conditions dégradées. Cela a permis de dégager des leviers que nous pouvons adapter et mobiliser au quotidien pour recréer des collectifs de travail et agir pour les renforcer.

4 La stratégie déployée doit, à la fois, agir sur le collectif hôpital en affirmant les valeurs et la mission de l'établissement ainsi que sur les collectifs restreints pour les mobiliser et les renforcer.

Recréer ou renforcer les collectifs de travail a un impact direct sur la qualité de vie au travail des professionnels. Une stratégie bien construite peut permettre une amélioration sur le long terme sans nécessiter d'investissements importants ou générer de coûts supplémentaires. Toutefois, agir sur les collectifs de travail est complexe et peut être source de désillusions pour les professionnels. Par ailleurs, les différentes typologies de collectifs de travail impliquent de penser une stratégie à plusieurs « étages ». Il ne s'agit pas pour autant de créer des actions de toutes pièces. Ainsi que nous l'avons vu, au CH de Laval, les directions et l'encadrement ne sont pas inactifs face au « délitement » des collectifs, et mettent en place de nombreuses démarches. Le passage d'actions isolées vers une politique d'établissement permettra d'une part de fixer des objectifs, de coordonner et de mesurer les résultats des actions, et d'autre part d'assurer un déploiement homogène sur l'ensemble des services.

La politique d'établissement doit permettre d'agir au niveau du collectif hôpital puis se décliner jusqu'aux services. Elle doit, entre autres, s'attacher à répondre à plusieurs objectifs :

- Donner une vision à long terme des orientations prises par l'établissement ;
- Rendre la mission de l'établissement lisible et donner un sens au travail ;
- Permettre la construction d'une identité propre à l'établissement à laquelle les professionnels peuvent s'identifier et constituer un élément de « fierté » ;
- Faire émerger des valeurs, des pratiques communes, tout en maintenant l'identité, l'autonomie et les rôles propres à chaque service ;
- Récréer des espaces d'échange entre les professionnels au sein des services et entre les services.

L'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social, dans son rapport « QVT et préservation des collectifs de travail », met en évidence que : *« la gouvernance doit promouvoir le sens dû au collectif et agir sur des leviers les incontournables permettant de créer et "faire" collectif : le projet*

managérial, l'accueil des nouveaux arrivants, la politique de formation, la politique de gestion des risques et de qualité »¹⁹

Les entretiens ont montré que la plupart des actions entreprises ont des effets de court terme et qu'il est nécessaire « d'alimenter » les collectifs régulièrement pour que ceux-ci ne se délitent pas.

« Il y a le projet, de l'établissement, du service mais il n'est pas suffisant, il faut toujours nourrir le collectif, être présent pour essayer de souder le groupe au quotidien » (un cadre)

« Un collectif c'est comme un feu dans la cheminée, ça s'entretient » (Un directeur adjoint).

La politique menée par l'établissement peut donc structurer autour de deux niveaux :

Le premier niveau, est le collectif hôpital. Il est constitué d'actions portées par la Direction générale, la DRH et la direction de la communication, reposant sur:

- le projet de l'établissement,
- les valeurs promues par le Centre Hospitalier ;
- le développement des sentiments d'appartenance et de fierté d'appartenir au Centre Hospitalier de Laval ;
- La communication sur les bonnes pratiques et leur harmonisation afin de dépasser le stade de l'initiative individuelle pour aller vers une politique d'établissement en faveur des collectifs de travail.

Le second niveau d'action porte quant à lui sur les collectifs de travail restreints avec des actions en faveur :

- De la « re-crédation » et du renforcement du collectif cadre ;
- De la promotion et du partage des valeurs par la formation professionnelle ;
- Le développement d'action visant à recréer des espaces d'échanges entre professionnels et encadrement ;
- Du déploiement de collectifs apprenants.

¹⁹ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

4.1 Le collectif hôpital doit jouer un rôle central permettant de « cimenter » des collectifs restreints autour d'un projet et de valeurs partagées.

L'action sur le collectif hôpital a pour objet de construire l'ossature autour de laquelle les collectifs restreints vont se retrouver et parvenir à se souder.

Ainsi que nous l'avons vu, le collectif hôpital se structure autour d'un ou plusieurs objectifs et de valeurs communes autour desquels les professionnels vont se fédérer. Ils doivent d'une part répondre aux attentes des professionnels afin que ceux-ci y adhèrent et donner une vision des orientations et du futur envisagé pour l'établissement.

4.1.1 Le projet d'établissement porte le fondement des valeurs de l'établissement, il est le point de départ de la construction des collectifs de travail, mais doit être opérationnel sur le terrain.

La construction du projet commun, de la vision commune à l'établissement, est l'élément fondateur des collectifs de travail. Le projet d'établissement prend alors la forme d'une ossature qui sera renforcée par les projets de services (ou de directions). Les différentes actions menées par les directions et les cadres n'ont pour objet que de venir le nourrir.

Pour parvenir à fédérer un collectif hôpital, le projet d'établissement doit répondre à plusieurs conditions :

- Donner la vision à long terme de l'avenir de l'établissement ;
- Donner du sens à l'action au quotidien ;
- S'inscrire dans une histoire commune et en cohérence avec les valeurs de l'établissement ;
- Construire une vision de l'établissement qui permet de souder les collectifs.

«Le projet d'établissement et les valeurs sont les deux « clés » autour duquel on peut fédérer les collectifs. C'est le projet d'établissement qui regroupe les différents projets médico-soignants. Je pense qu'au-delà du projet, il y a aussi les valeurs et la culture de l'établissement qui entrent en jeu. Elles ne sont pas le même d'un établissement à l'autre. [...] Ce sont l'histoire de l'établissement, les projets qui ont été menés, la présence de personnalités fortes dans certaines structures qui ont semé une culture, une éthique qui est propre à la structure.

C'est exactement la même chose au niveau de la direction. C'est un projet fort et des valeurs fortes, si l'on n'a ni l'un ni l'autre cela ne fonctionne pas. On ne fédère pas une équipe autour d'un plan d'économies, c'est volontairement provocateur, tu ne fédères pas autour de restrictions... sauf si c'est un pas pour aller vers un projet derrière qui est fort. Tu ne fédères pas autour d'une gestion de base, financière ». (Un directeur adjoint)

Jean-Claude ANCELET dans son ouvrage « Recréer du collectif au travail » (2011) qualifie la vision de « *ciment culturel* »²⁰. Selon lui, le projet d'établissement doit permettre de définir les normes et les valeurs qui vont guider l'action des professionnels et définir comment ils contribuent à la réalisation de cette vision. Le projet d'établissement est la clé de voûte qui permet aux collectifs restreints de se retrouver au sein d'un collectif plus large. S'il apparaît comme un élément incontournable à toute stratégie d'action sur les collectifs de travail, il n'en est pas moins insuffisant pour avoir un effet sur la qualité de vie au travail des professionnels.

Les valeurs qu'il fait émerger et les objectifs qu'il définit doivent prendre une direction plus proche des professionnels de manière à ce qu'ils s'approprient le projet et se sentent impliqués dans le collectif hôpital. Faute de proximité, le projet d'établissement risque de perdre sa fonction de « ciment culturel ».

Dans la construction de son projet d'établissement, le CH de Laval s'est appuyé sur une analyse de son environnement afin de décliner un projet en cohérence avec les besoins de son bassin de population mais également, en raison de son statut d'établissement support, de l'ensemble de la Mayenne.

Le projet d'établissement permet de donner la direction qui est envisagée pour l'établissement pour les années à venir. Toutefois, pour les agents, il demeure souvent un document d'intention parfois très distant de leurs préoccupations. Il faut dès lors en renforcer la colonne vertébrale par des ajouts, tels que les projets de pôles ou de services, qui devront apporter une vision plus proche du terrain. Ces projets constituent le cadre dans lequel l'identité du service se construit. Les agents doivent y retrouver les valeurs auxquelles ils sont attachés et dégager une vision du futur de leur service.

La qualité de vie au travail des professionnels se joue avant tout dans les quelques « mètres carrés » qui les entourent, c'est ce qu'ils vivent au quotidien qui va influencer leurs conditions de travail. Du point de vue des équipes, les projets de pôle viennent donner de la profondeur à la vision portée par le projet d'établissement. Il n'est pas nécessaire de concevoir des projets de développement d'activité ou d'investissements

²⁰ Jean-Claude Ancelet, « recréez du collectif au travail » DUNOD 2011

majeurs pour faire adhérer les professionnels au projet de service, mais il est incontournable de répondre aux valeurs des agents. Il doit être porteur de sens.

A titre d'exemple, la construction d'une nouvelle structure peut apporter un gain dans les organisations, du fait de locaux mieux adaptés, d'un environnement moins vétuste etc. Les gains ainsi apportés à l'équipe seront cependant rapidement vécus comme une situation normale et banalisée. A l'inverse, comme le montre l'exemple du Centre de lutte contre le cancer Eugène Marquis de Rennes (CEM), de petits projets peuvent avoir un impact de long terme et générer une réelle dynamique de groupe. Le CEM propose à ses équipes de réaliser chaque année, en vue de la convention nationale des Centres de lutte contre le cancer, des posters mettant en avant leurs pratiques, ou une activité spécifique réalisée dans le service, présentée par celles-ci lors de ces journées.

Cette pratique permet de définir un projet de service tout en mettant en œuvre un groupe de professionnels qui sera en charge de communiquer sur ses réalisations et de créer un support de promotion. Cette action, qui peut paraître anodine, permet néanmoins de renforcer sur le long terme les collectifs de travail. Elle crée un cadre incitatif et non imposé qui favorise une réflexion sur leurs pratiques. Les sentiments d'appartenance et de fierté du travail réalisé sont également renforcés. Des actions de ce type peuvent être proposées en interne aux équipes, voire, si le sujet s'y prête, donner lieu à une ouverture vers les professionnels de ville.

« Tu peux avoir des projets qui ne sont pas brillants mais qui sont importants en terme de qualité de prise en charge des patients.

Il faut faire attention entre les projets de développement toujours plus lisibles, plus séduisants mais qui n'apportent rien en réalité, et des projets qui pourraient être qualifiés de médiocres mais pour lesquels il y a un réel gain dans la prise en charge du patient, l'accueil des familles. Il faut toujours être très prudent. Tu peux fédérer autour d'un projet qui n'est pas un projet de développement mais un projet de prise en charge des patients au sein du service. Il n'y a pas besoin de créer du clinquant pour fédérer un service. » (Un directeur adjoint)

4.1.2 La communication doit diffuser le message porté par le projet d'établissement et les valeurs qu'il soutient pour créer le sentiment d'appartenance nécessaire à la construction des collectifs

La communication peut permettre de renforcer le lien entre les collectifs de travail restreints et le collectif hôpital. Par son action elle génère les sentiments de fierté et d'appartenance nécessaires au développement et à la fédération du collectif. Elle agit, entre autres, comme un renfort du projet d'établissement dont elle met en valeur les réalisations.

Nous l'avons vu, le CH de Laval mène de nombreuses actions de communication en ce sens. Toutefois, ses capacités et son impact restent limités par des ressources réduites et par l'inexistence d'une stratégie inscrite à long terme. Pour tenter de dépasser ces limites le CH a fait appel à un cabinet de conseil en communication. Celui-ci doit apporter les outils pour créer, autour de ses valeurs, la « marque » CH Laval, et développer des actions de communication en cohérence avec son identité.

Au-delà de tout ceci, il est encore possible de prolonger l'action de la cellule communication par de multiples initiatives qui joueront sur l'image de l'établissement, tant en interne qu'en externe, et qui contribueront au développement du sentiment de fierté et d'appartenance au collectif hôpital déjà amorcé :

- Créer sa « marque » hôpital : travailler sur les valeurs que l'hôpital souhaite partager avec ses professionnels. Cela passe, dans un premier temps, par l'identification des valeurs qui fondent les collectifs au sein de l'hôpital et qui sont, selon les professionnels, les plus à même de représenter celui-ci et de les fédérer. Puis, dans un second temps, par la déclinaison de ces valeurs dans la charte graphique de l'établissement, les documents d'information produits, dans les affichages etc.
- Multiplier les actions de promotion sur la réalisation des projets en interne : maintenir les « journées portes ouvertes » dans les services, à l'occasion de l'acquisition de nouveaux équipements, des rénovations de services, et, en parallèle, diriger ces actions de promotion vers les professionnels de ville en les invitant systématiquement et personnellement aux inaugurations.
- Développer des actions de promotion des pratiques, par exemple en reprenant l'idée des posters réalisés au Centre Eugène Marquis, pour que les professionnels puissent intervenir lors de conférences en lien avec les instituts de formation du département.
- Mettre en place des actions permettant la multiplication des échanges entre les professionnels. Plusieurs établissements de santé ont mis en place des « vis ma vie » hospitalière : Dans le cadre de ces dispositifs, un professionnel, par exemple d'un service de soins, passe une journée ou deux sur un poste qu'il ne connaît, pas, dans l'idéal, dans un autre secteur d'activité, par exemple dans

l'administration. Cet échange a pour objectifs de permettre aux agents de mieux connaître l'hôpital et les missions, les contraintes, les difficultés de chaque professionnel, et de faire découvrir de nouveaux métiers qui pourraient ouvrir vers des reconversions.

4.1.3 Les formations peuvent être mobilisées comme un levier pour diffuser les valeurs de l'établissement, créer les interactions entre les professionnels et poser les bases d'un « langage commun » dans l'optique de renforcer les collectifs de travail.

La formation est un levier qui peut être mobilisé pour créer et/ou renforcer les collectifs. Elle ouvre la possibilité de diffuser auprès des professionnels les valeurs de l'hôpital.

La formation initiale est un créateur de collectif de travail. Elle permet aux professionnels de se reconnaître au sein d'un collectif par la création d'un langage, de codes communs, etc. Ce constat est ressorti de l'un des entretiens avec un cadre de santé qui évoquait dans son service « *plusieurs collectifs qui se sont formés, en lien avec la formation initiale, ou l'absence de formation, des professionnels. J'ai un collectif infirmier qui est différent du collectif aide-soignant, qui est lui-même différent des agents hospitaliers* » (un cadre). Utilisée dans une logique de création des collectifs, la formation continue à jouer un rôle similaire à celui de la formation initiale. Elle donne aux professionnels de l'établissement des références, normes, valeurs et langage qui seront partagés quel que soit la catégorie professionnelle.

Concernant la formation continue, des actions spécifiques peuvent être menées dans le cadre du plan de formation. Au premier rang de celles-ci, la mise en place d'un « parcours cadre ». Ainsi que nous l'avons vu, les cadres constituent un rouage incontournable des collectifs de travail. Toute politique d'amélioration de la QVT par le biais des collectifs de travail passe par l'encadrement. Aussi la formation peut être utilisée comme un levier de création ou de renforcement du collectif cadre. La mise en place de formations regroupant les cadres de différentes directions permet de les faire se rencontrer, de partager leurs expériences, difficultés, réussites, leurs points communs. Au travers des formations sur le temps de travail, l'évaluation et bientôt l'exercice du droit syndical, la Direction des ressources humaines du CH Laval a commencé à dessiner les

contours d'un parcours cadre, qui gagnerait encore à se développer sur les thématiques managériales telles que :

- « - *Management d'une équipe avec la notion de communication positive*
- *Conduite d'entretiens et de réunions*
- *Gestion des conflits et des personnalités difficiles*
- *Gestion des ressources humaines et financières dans sa structure*
- *Sensibilisation aux analyses de pratiques professionnelles*
- *Sensibilisation à la QVT et aux RPS (détection des signaux faibles)*
- *Méthodologie de la démarche projet*
- *Développement du leadership »*²¹

Il semble intéressant d'intégrer à certaines de ces formations les directeurs et les médecins exerçant des responsabilités de pôle ou de service, afin de montrer que l'ensemble des professionnels exerçant des responsabilités d'encadrement partage les mêmes valeurs, de créer de la confiance entre les différentes « lignes » d'encadrement, de renforcer le sentiment d'appartenance et de fluidifier les relations.

Enfin, pour que ce parcours prenne toute sa dimension, il semble nécessaire que chaque cadre y soit intégré dès sa prise de poste, quelque soit sa direction de rattachement, et qu'un recyclage soit mis en place tous les 5 à 10 ans afin que les professionnels soient à jour des évolutions de la législation ou des nouvelles techniques de management.

L'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social identifie également l'encadrement comme un pivot des collectifs. Dans son rapport « QVT et préservation des collectifs de travail », il insiste sur le fait que celles-ci doivent être à destination des cadres de proximité mais également des médecins qui souhaitent exercer des responsabilités dans un service ou un pôle et des directeurs.

L'objectif de ces parcours de formation est de développer une culture du management participatif et bien traitant. Il est donc nécessaire de travailler en amont avec les organismes de formation pour préciser les contenus et les attendus de l'établissement en matière de management.

Au-delà de la formation de l'encadrement, des formations transversales qui vont toucher plusieurs catégories professionnelles, comme par exemple la bientraitance, vont permettre de diffuser les valeurs que veut promouvoir l'établissement et les partager avec tous les professionnels.

²¹ Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

« - l'importance de la formation continue, c'est peut être plus facile dans des petits établissements ou au niveau d'un pôle. Il y a des actions très fédératrices autour de la bientraitance par exemple, autour de sujet fort comme celui-ci tu peux créer une culture et des valeurs fortes qui vont fédérer les professionnels.

- *En fait, on promeut par des actes de formation les valeurs auxquelles l'hôpital se rattache ?*
- *Oui, c'est extrêmement important, les formations de l'encadrement également, les formations au management bien traitant, dans le respect de la qualité de vie au travail, ... c'est également cela qui inculque des valeurs et participe à la création ou au maintien des collectifs.*
- *La formation dépasse le cadre d'un seul objectif de développement des compétences et des savoirs ?*
- *Oui, elle devient un instrument pour inculquer des valeurs communes à partager, il faut avoir des valeurs communes sinon tu n'as pas de collectif »*

(extraits d'un entretien avec un directeur adjoint)

4.1.4 L'action sur les collectifs de travail implique une transformation en profondeur des pratiques de management.

Mettre en place une stratégie de renforcement des collectifs passe par la constitution de collectifs « intermédiaires » qui constitueront ensuite des relais pour déployer d'autres actions. Le collectif cadres apparaît alors comme un rouage incontournable de toute stratégie.

Mes rencontres avec les cadres de l'établissement ont mis en évidence qu'il n'existe pas au sein du CH de Laval un collectif cadre en tant que tel. Pour pouvoir envisager la création d'un collectif cadre, il est nécessaire de recréer le lien de confiance entre les cadres et les directions. Cette démarche passe entre autre par l'application de trois points : mener les projets à terme ou s'assurer que l'ensemble des parties prenantes qui ont œuvré dans les phases préparatoires soient informées des motifs de l'annulation ou de suspension d'un projet ; informer et associer les cadres au plus tôt dans les projets qui touchent leurs équipes ; mener une politique transparente quant aux objectifs poursuivis par chaque opération. Ces conditions ne sont pas exhaustives mais apparaissent comme une base incontournable pour les cadres que j'ai pu rencontrer.

Au delà de la création d'un parcours de formation cadre formalisé, plusieurs actions peuvent contribuer à la création d'un collectif cadre :

- Mettre en place un séminaire annuel d'encadrement réunissant l'ensemble des cadres des différentes directions. Ce séminaire peut prendre la forme d'une journée répartie en deux temps :
 - Un premier temps, durant la première demi-journée, consacré à une information descendante telle que la présentation des projets de l'établissement, les réalisations de l'année etc. L'objectif est de partager les réussites mais également la vision de l'avenir de l'hôpital.
 - Un second temps, la seconde demi-journée, doit être consacré à des temps de « travail » collectifs qui permettent de mobiliser des cadres issus de différentes directions autour d'une thématique. L'objectif est de faire se rencontrer les professionnels et de créer les conditions favorables à un temps d'échange. Plusieurs choix de thématiques sont possibles. Soit l'on travaille sur un sujet en lien avec une problématique rencontrée par un service, soit la thématique porte sur un sujet complètement extérieur. Certains prestataires proposent par exemple de travailler autour de la création d'une chorégraphie, d'une mini pièce de théâtre...
- Une seconde action peut s'articuler autour de la mise en place de rencontres institutionnelles selon un rythme semestriel, trimestriel ou mensuel, mélangeant plusieurs directions. Ces temps permettent une multiplication des échanges entre les cadres, de mieux connaître les rôles et contraintes de chacun et favorisent une plus grande cohésion entre les directions.

« Avec la crise, on a mis en place une réunion quotidienne avec tous les cadres supérieurs de la Direction des soins et la DRH. Jusqu'à présent, on n'avait pas de rencontre avec la DRH, sauf quand on avait une demande particulière ou qu'ils nous demandaient quelque chose. Là on a vu que chacun pouvait apporter quelque chose aux autres. Ça a été réellement un plus, on se connaît mieux. Je trouve que nos relations se sont améliorées et sont plus simples » (un cadre supérieur).

La forme des rencontres prises pendant la crise de la COVID peut être un point de départ à prolonger sur un rythme trimestriel, en ajoutant la présence aux besoins de cadres issus d'autres directions, afin qu'ils puissent échanger sur les problématiques ou les projets qu'ils mènent et qui pourraient avoir des effets sur un ou plusieurs services.

4.2 Agir sur les collectifs restreints pour les renforcer et leur donner une place dans le collectif hôpital.

L'action sur les collectifs restreints doit venir nourrir le travail réalisé sur le collectif hôpital par des actions ponctuelles. L'objectif de ces actions est, par petites touches, de renforcer les collectifs de travail.

4.2.1 La coexistence des collectifs non médicaux et des médecins, aux profils très différents, limite les actions à portées générales et implique de penser des politiques spécifiques.

La coexistence des collectifs non médicaux avec un ensemble de médecins qui évoluent en marge des collectifs rend complexe la mise en place d'une stratégie à portée générale qui s'adresserait indifféremment aux professionnels médicaux et non médicaux. Il est donc nécessaire, dans un premier temps, d'envisager des politiques différenciées à destination des médecins et des autres professionnels. Une fois un collectif de travail médical constitué, il sera alors possible de déployer des actions plus larges qui toucheront réellement toute les catégories professionnelles du Centre Hospitalier.

Dans l'attente de réaliser ce prérequis, il est toutefois possible de mener des actions à portée générale dans certains domaines. En effet, il apparaît dans les recommandations du cabinet ENEIS, ainsi que celles formulées par l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et médico-sociaux, des actions qui sont similaires : telles que l'attention portée à l'accueil du nouvel arrivant ; la participation aux formations transversales, notamment au management pour les praticiens souhaitant exercer des responsabilités ; la valorisation de l'implication dans les projets institutionnels par la communication interne et externe, création d'espace d'échanges formels et informels etc.

4.2.2 Redonner et /ou développer ces espaces d'échanges formels et informels, sont des actes managériaux forts qui sont au cœur de la construction des collectifs de travail.

Les espaces d'échange, qu'ils soient formels ou informels, sont au cœur de la construction et du renforcement des collectifs. Il s'agit d'un levier majeur, dont les directions disposent pour agir sur les collectifs restreints, qui doit être au centre de la stratégie d'action de l'établissement. Toutefois, il s'agit d'outils qu'il faut manier avec

discernement car ils peuvent être la source soit d'une réelle amélioration des conditions de travail, soit de désillusions pour les professionnels.

La logique d'optimisation des ressources a permis d'infléchir la masse salariale et de répondre à la nécessité de maîtriser les dépenses de personnel. Cette rationalisation a permis de développer des organisations de travail plus performantes. Toutefois, la « chasse au temps » et la logique d'organisation en « flux tendu » ont limité les capacités des managers à créer ou utiliser des espaces d'échanges formels ou informels au sein de leurs services. Ces espaces sont pourtant des éléments centraux dans l'existence d'un collectif. Ils ont pour fonction de contribuer à la régulation des relations au sein et entre les services. C'est dans ces temps que le collectif va faire évoluer les règles qui le régissent et résoudre les problèmes auxquels il est confronté.

A) Les espaces informels participent à la création des collectifs en favorisant les échanges entre les professionnels et permettent une résolution rapide des problématiques du quotidien.

Les temps informels ont pour objet le renforcement des relations au sein du groupe et la résolution des problèmes du jour. Ils se situent lors des temps de pause communs aux différents professionnels qui composent le collectif de travail. Les entretiens menés lors de l'étude et les échanges hors entretiens avec des cadres montrent que, pour une part d'entre eux, ils ont conscience de l'importance de ces temps.

Ils peuvent en effet permettre à l'encadrement d'identifier des problèmes quotidiens et d'y apporter rapidement une solution. Ce sont des lieux où peuvent également se déceler des problématiques plus importantes qui seront abordées par la suite de manières plus formelles. Enfin ces échanges quotidiens participent à la création de la relation de confiance entre le cadre et son équipe. Au-delà de l'aspect résolution des problèmes, ces temps permettent de souder les équipes en créant des espaces d'échange dépassant les seules préoccupations du travail. Ils posent les conditions nécessaires pour qu'une solidarité se mette en place entre les agents.

L'Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-sociaux identifie ces temps informels et leur donne une fonction structurante des collectifs de travail : « *Dans le monde du travail et encore davantage dans des fonctions soignantes (compte tenu de la difficulté de certaines situations de patients) il convient de prévoir des temps de respiration (pauses coordonnées, discussions informelles),*

permettant aux personnels d'échanger en dehors des mails et des réunions formalisées. Il importe de prévoir des espaces et des outils de convivialité (café, thé...).

Dans les espaces de discussions :

- différencier les temps de discussion formels pour parler du travail et les temps informels et de convivialité ;*
- apprendre aux agents à parler de leur travail ;*
- travailler sur les espaces de dialogue et d'écoute pour parler du travail ;*

L'écoute ne suffit pas : le fait d'être entendu est encore plus important. La prise en compte par la direction de ce qui est discuté montre l'implication de la gouvernance dans la résolution des problèmes soulevés. Les sociologues soulignent les dangers de la « parole inutile »

*Ces espaces induisent de la confiance et la confiance va faciliter la coopération. Mais attention la confiance ne se décrète pas et nécessite du temps, car parler du travail entre pairs peut aussi dériver assez vite vers des conflits de personnes. Il est important de pouvoir dissocier l'affectif dans les relations de travail et d'équipe quand des conflits relationnels entrent en jeu ; une personne ressource extérieure au service peut alors être nécessaire pour dénouer les problématiques ».*²²

Pour recréer des temps informels, les directions et l'encadrement de proximité peuvent agir par au moins deux moyens. D'une part en ne faisant pas une « chasse » systématique aux temps de pause. D'autre part en y prenant eux-mêmes part, tout en portant une attention particulière à ne pas s'imposer sur la totalité de ceux-ci. Leur participation permet de créer les conditions nécessaires au rapprochement avec les équipes, de donner et recueillir, en « off », certaines informations, qui pourront être redonnées ensuite lors d'un temps formels. De nombreuses situations de « crise » pourraient être évitées si l'encadrement avait disposé des informations au bon moment. Enfin, les temps informels offrent un espace dans lequel tous les professionnels peuvent s'exprimer alors que lors d'une réunion certains agents n'interviennent jamais, par peur de ce que pourraient penser leurs collègues ou en raison de difficultés à s'exprimer devant un groupe etc.

« En général je sais qu'elles prennent leur pause à tel ou tel moment de la journée, j'en profite pour venir prendre un café avec les filles, j'arrive dans les 5 dernières minutes.

²² Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

Je ne leur parle pas de travail, ça me permet de prendre la température de la journée et souvent elles me signalent des problèmes que je peux anticiper » (un cadre).

B) Les temps d'échanges formels permettent de penser et de formaliser collectivement les organisations internes et les bonnes pratiques, mais aussi de développer les interactions entre les professionnels de l'équipe issus des différents corps de métier.

Ces temps correspondent aux réunions institutionnelles, aux réunions de service, etc. Il s'agit de mettre en place un temps de discussion formalisé au cours duquel l'encadrement et les équipes ont des échanges structurés autour d'un ordre du jour, d'un projet ou d'un problème spécifique. Ces temps sont le lieu dans lequel le travail réel et les organisations doivent être collectivement discutés, repensés et ajustés.

Pour permettre la plus large diffusion des décisions prises et des échanges, ceux-ci doivent donner lieu à la réalisation d'un compte rendu qui sera mis à disposition des agents qui ne peuvent pas participer à la réunion. Il permet par ailleurs de mettre en place un suivi des actions. Les temps d'échanges doivent donner lieu à une matérialisation des décisions, il est nécessaire de s'assurer de la réalisation de celles-ci pour éviter les désillusions et la perte de confiance dans l'encadrement.

Les temps formels, nous l'avons vu, sont des leviers puissants pour les cadres et les directions. Toutefois, ils peuvent être source de déception pour les professionnels. Afin d'éviter ce risque, il convient de mettre en application certaines pratiques. Le collectif doit être perçu comme un groupe de réflexion. Il travaille avec le cadre sur les organisations et les pratiques, et soumet des idées et fait part de ses souhaits. Néanmoins, il revient au cadre ou directeur de prendre la décision. Celle-ci doit être partagée et fournir, le cas échéant, l'ensemble des explications qui justifient un choix différent de celui du collectif de travail. Les décisions prises doivent toujours donner lieu à une suite. Le cadre doit s'assurer de la mise en œuvre des pratiques par l'ensemble de l'équipe. De même, les sujets évoqués, pour lesquels la mise en application ne serait pas possible, doivent donner lieu à un retour auprès du collectif lors d'une rencontre ultérieure et ne pas rester en suspens. Ces pratiques peuvent apparaître comme des bases du management cependant, il ressort qu'elles ne sont pas mises en œuvre dans de nombreux services.

Mes observations au CH Laval m'ont permis de voir que ces temps d'échanges formels ne sont pas non plus déployés de manière homogène dans tous les services. Certains cadres ont mis en place, de longue date, des rencontres avec leurs agents suivant un rythme qui varie de la réunion hebdomadaire à une rencontre mensuelle. D'autres n'en font pas, privilégiant des échanges unilatéraux avec les agents et ne réunissant leur équipe qu'exceptionnellement. Les directeurs fonctionnels ont ici un rôle de soutien à leurs cadres en les accompagnants sur la mise en place régulière et le maintien de ces temps de rencontre.

Enfin, des temps formels, portant spécifiquement sur les professionnels, peuvent, au sein d'un collectif de travail, être exploités pour identifier et utiliser des compétences qui seraient inconnues des cadres et des directions. Citons à ce sujet les exemples de l'Ecole Internationale de Genève et du Centre Hospitalier de Nyons en Suisse qui peuvent être source d'inspirations pour les pratiques des directions.

La direction de l'Ecole Internationale de Genève a mis en place, pour ressouder un collectif enseignant qui se délitait, des temps d'échanges collectifs au cours desquels chaque professionnel explique ce qui, selon lui, a motivé son recrutement. Ces échanges ont permis de révéler des compétences préalablement non identifiées. Par exemple, l'un des professionnels avait une formation de professeur de yoga dont personne n'avait connaissance. Il pensait que cet atout constituait l'une des raisons qui avait motivé son recrutement. Cette compétence non reconnue, générait une frustration chez ce professionnel, due au fait qu'il n'avait pas la possibilité d'exploiter pleinement ses capacités. Les aptitudes identifiées parmi les professionnels, au fil de ces rencontres, ont permis de développer de nouvelles activités, comme des cours de yoga à l'intention des professionnels de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Nyons a déployé un processus similaire au sein de chacun de ses services. Cela a permis d'identifier qu'un infirmier était également sophrologue. L'établissement a choisi d'utiliser ses compétences dans le cadre de sa politique d'amélioration des conditions de travail en proposant des séances de sophrologie animées par cet infirmier.

En fonction des compétences identifiées, il est envisageable de construire des formations internes. Par ailleurs, celles-ci pourraient être financées par l'ANFH qui prend maintenant en charge les salaires des formateurs internes.

4.2.3 L'accueil du nouvel arrivant constitue un élément clé de la vie des collectifs de travail. Il existe au Centre Hospitalier de Laval des initiatives qui sont à développer et à généraliser.

L'importance de l'accueil du nouvel arrivant est un élément trop souvent négligé. Il est pourtant l'acte fondateur de l'intégration dans un collectif. Il favorise l'adhésion et l'appropriation des fonctionnements, des normes, de la culture et des valeurs du collectif.

L'accueil du nouvel arrivant doit permettre :

- De répondre au besoin de sécurité. En étant accueilli, donc considéré, l'agent n'a pas l'impression d'être lâché seul dans une institution dont il ne connaît ni les acteurs ni les fonctionnements ;
- De donner les moyens de comprendre les fonctionnements et les règles internes du service ;
- De créer un sentiment d'appartenance : en intégrant le collectif hôpital l'agent doit pouvoir percevoir les valeurs de l'établissement qui vont guider son action et celle des autres agents de l'établissement.

L'accueil du nouvel arrivant se joue en plusieurs temps : à son arrivée, l'accueil doit avoir été préparé, l'équipe qu'il intègre informée, enfin, il doit disposer de tous les outils nécessaires à l'exercice de son poste. Dans un service de soins, il doit être accueilli par un membre de l'équipe lors des transmissions et bénéficier autant que possible d'une période d'intégration en binôme. Lors de la première journée, il doit rencontrer l'équipe et le cadre pour un court entretien.

Le service de cardiologie du CH de Laval, a développé un livret d'accompagnement du nouvel arrivant (annexe 2). Celui-ci comporte plusieurs parties dont :

- Les informations générales sur le service et l'hôpital ;
- Les numéros de téléphones utiles ;
- Les compétences qu'il doit acquérir et développer dans les premiers mois qui vont suivre sa prise de poste. Cette dernière partie formalise un suivi de l'agent. Plusieurs jalons ont été placés à une semaine, un mois, trois mois, à chaque stade l'agent est évalué et doit avoir acquis un ensemble de compétences.

Cette initiative renforce le sentiment d'appartenance au collectif de travail et à se sentir impliqué dans l'équipe. Chacun apporte ses compétences, les développe, les met au service de son équipe tout en étant accompagné par ses collègues et les cadres.

Ce livret n'a pas fait l'objet d'une évaluation quantitative permettant de déterminer l'impact réel sur le turn-over de l'équipe. Cependant, selon le cadre du service et son cadre de pôle, ce livret semble apprécié des agents et facilite leur intégration. Il doit prochainement être mis en place sur un second service du pôle.

Le développement de cette initiative de service sur l'ensemble des services ou direction du Centre Hospitalier contribuerait au renforcement des collectifs restreints.

D'autres outils peuvent être déployés pour structurer l'accueil des nouveaux arrivants. La Direction des ressources humaines du Groupe Hospitalier Paris Seine-Saint-Denis avait ainsi mis en place et adapté, pour chaque direction, une check-list : elle fournissait à l'encadrement la liste complète des éléments nécessaires à l'intégration d'un nouveau professionnel dans son service. De cette façon, le cadre était assuré de tout anticiper. De plus, tous les semestres, une journée des nouveaux arrivants était organisée. Au cours de celle-ci les directeurs adjoints venaient présenter leur direction, une visite de l'établissement et des rappels sur les droits et devoirs étaient réalisés. Ces deux dispositifs pourraient utilement compléter le déploiement du livret d'accueil sur l'ensemble du CH Laval.

4.2.4 L'évaluation doit être envisagée comme un outil de promotion et de cadrage des collectifs de travail.

L'évaluation est un moment incontournable dans la vie des hôpitaux. Elle est pourtant souvent perçue comme une contrainte, tant pour les cadres que pour les agents qui, pour un grand nombre, n'en perçoivent pas l'utilité. Jusqu'à la loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, qui instaure pour toutes les fonctions publiques l'entretien professionnel, l'évaluation dans la fonction publique hospitalière était souvent ramenée à la simple notation. Il s'agissait pour les professionnels d'être reçu par leur cadre, d'avoir un court échange et de valider une augmentation, bien souvent automatique, de leur note. Pourtant, ce moment pourrait être utilisé comme un levier de la construction du collectif.

L'évaluation, lorsqu'elle est correctement préparée, peut être utilisée comme un outil pour discuter du contenu du travail, de ce que représente ce dernier pour l'agent, comment il le voit évoluer, de ses attentes vis à vis de ses missions et la manière dont celles-ci s'accordent avec celles auxquelles doit répondre l'équipe. Par l'évaluation, le

cadre peut renforcer son collectif. Cependant il doit au préalable connaître ses propres objectifs, ceux de sa direction et avoir une vision claire du projet d'établissement.

La réforme de l'évaluation en un entretien professionnel est une opportunité donnée aux cadres et aux directeurs de reprendre en main un outil mal compris et mal utilisé. Pour répondre à cet objectif, le CH de Laval a rendu obligatoire cette année une formation à l'entretien professionnel pour l'ensemble des cadres et directeurs. Cette démarche permettant d'échanger sur les nouvelles modalités de mise en œuvre des évaluations mais aussi et surtout de travailler et questionner un exercice que beaucoup estiment maîtriser.

« Les cadres se heurtent à des problématiques de ressources humaines qui bloquent la mise en œuvre d'un collectif au sein de leurs équipes. Construire un collectif et le faire vivre c'est quelque chose qui demande du temps. Or ils gèrent des plannings, des problématiques d'absence, les situations individuelles... et ils sont peut-être un peu trop « mangés » par l'administratif et la gestion des plannings... et ont en conséquence moins de temps, voir pas de temps pour la création d'un projet de service qui doit être écrit par eux avec les agents et partagé. Ils n'ont pas forcément le temps nécessaire pour s'y consacrer. C'est au directeur, par le biais de l'évaluation d'intégrer de plus en plus la notion de qualité de vie au travail, participation à la valorisation des équipes, par exemple mieux faire connaître les métiers qui composent ses équipes.

Pour que les équipes elles-mêmes se sentent intégrées dans une équipe, on fait partie de la restauration, de la blanchisserie... on est une équipe, montrer que l'on existe et que l'on a toute notre place dans l'hôpital que l'on est un maillon du fonctionnement de l'hôpital, ce maillon doit être reconnu comme une force nécessaire au fonctionnement de l'hôpital » (un Directeur adjoint)

Il convient de porter une attention particulière à donner suite aux questions et doléances qui remontent lors de ces entretiens. En effet, certains professionnels expriment leur déception d'avoir à évoquer les mêmes problèmes d'une année à l'autre sans retour, durant le reste de l'année, ni évolution perceptible. Peu à peu l'évaluation leur paraît dénuée d'utilité.

L'évaluation est un moment privilégié, entre le cadre et ses agents. Bien qu'il s'agisse d'une rencontre individuelle, elle peut devenir un levier de renforcement des collectifs. Elle permet d'amorcer un échange sur le travail et son contenu, sur les valeurs

partagées au sein de l'équipe, et de positionner l'agent en tant que professionnel dans le service et dans le projet d'établissement.

4.2.5 Favoriser la logique de collectif apprenant permet de renforcer les collectifs de travail sur de l'une de ses fonctions premières.

Le Centre Hospitalier de Laval a mis en place, dans plusieurs services et directions des mécanismes, des dispositifs de *collectifs apprenants*. C'est-à-dire des dispositifs au sein desquels les professionnels partagent et exposent leurs expériences et leurs procédures aux autres collectifs afin que ceux-ci puissent se les approprier puis les mettre en œuvre dans le cas d'une confrontation à une situation similaire.

Ce mécanisme présente au moins deux intérêts. D'une part, il évite aux collectifs de travail de construire en parallèle des réponses différentes pour un même problème. Il favorise l'harmonisation des pratiques et représente un gain de temps important. D'autre part, il permet de sécuriser les collectifs en mettant en place de pratiques identiques pour tous les services, pensées par les professionnelles et acceptées de tous.

Pour Philippe Davezies (2005) « *le collectif protège l'individu par la transmission de savoir-faire, de processus de gestion des problèmes... Cela permet de réduire les tâtonnements et les conflits* »²³. Les collectifs de travail prennent alors une double dimension. Ils construisent du savoir par la résolution de problèmes et ils ont une fonction de transmission.

L'exemple du service de psychiatrie adulte du CH de Laval permet de mettre en évidence l'importance de cette fonction. Les équipes IDE de psychiatrie sont aujourd'hui composées de deux « générations » de professionnels. Les uns formés selon les référentiels antérieurs à 2010 et la réforme des licences, masters, doctorats (LMD) et les autres formés ultérieurement. Le modèle d'avant 2010 présentait une forte composante apprentissage par la pratique, qui s'est amoindrie dans les programmes suivants, avec des formations qui mettent dorénavant l'accent sur la théorie et notamment en psychiatrie. Dès lors, l'accueil des professionnels et leur formation à la pratique par leurs pairs revêtent une forte importance. Les nouveaux professionnels sont intégrés dans le collectif de travail à travers la transmission d'un savoir-faire, de normes et de valeurs qui lui sont propres. Ce mode « d'apprenance » au sein de l'équipe est envisagé par l'encadrement comme un facteur constitutif du collectif de travail.

²³ Cité dans : Machado Tony, Desrumaux Pascale, Van Droogenbroeck Adeline, « Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers », Bulletin de psychologie, 2016/1 (Numéro 541), p. 19-34.

Le modèle de l'équipe apprenante peut se décliner sous la forme d'un apprentissage et d'une amélioration des pratiques par la mise en place de temps formels, institutionnalisés où chacun apporte une expertise sur une thématique précise. Par exemple, le service social du CH de Laval tient une fois par semaine un temps d'échange dédié à l'actualisation de ses procédures, la mise en conformité avec les évolutions législatives, les retours sur expérience etc. Chaque semaine un sous-groupe est désigné pour travailler sur un sujet et former les autres lors de la rencontre suivante. Ces temps de partage permettent à l'encadrement de maintenir une cohésion et d'éviter tout sentiment de jugement par ses pairs. En effet, en échangeant sur les expériences de manière collective et anonyme, l'ensemble des professionnels est à même de partager une situation similaire dans laquelle il s'est trouvé et la manière dont il l'a surmontée ou bien de trouver une réponse collective qui deviendra ensuite la norme pour l'ensemble de l'équipe.

Enfin, un autre exemple de collectif apprenant mis en œuvre, cette fois, par la direction des soins est « l'heure du mardi ». Il s'agit d'un temps hebdomadaire pendant lequel des professionnels, principalement des cadres, vont présenter et partager leur expertise sur une pratique auprès de membre appartenant à d'autres collectifs de travail. Ces échanges vont permettre d'harmoniser les meilleures pratiques dans tous les services.

Comme nous pouvons le voir, plusieurs temps d'apprentissage sont mis en œuvre dans le Centre Hospitalier de Laval. Toutefois, à l'exception de « l'heure du mardi » qui concerne l'ensemble de la direction des soins, il s'agit principalement d'initiatives liées aux services. Il semble pourtant nécessaire de promouvoir les collectifs apprenant auprès de toutes les directions de l'établissement. Enfin c'est en direction de l'encadrement qu'une politique favorisant ce type de dispositif doit être développée, afin de renforcer les compétences et savoir-faire du collectif cadre et de multiplier les échanges et contacts entre les cadres des différentes directions.

Conclusion

Les tensions sociales de plus en plus nombreuses que vivent les établissements de santé, et dont le CH de Laval n'est pas exempt, montrent combien il est important de redonner leur place aux collectifs de travail pour qu'ils puissent à nouveau remplir leurs fonctions de protection des individus et d'amortisseur social. L'apparition de plus en plus fréquente des collectifs de lutte met en lumière que le délitement des collectifs de travail est une réalité impactant la qualité de vie au travail de chacun. Il n'est cependant pas trop tard pour agir et inverser la tendance.

En déployant une politique qui vise à recréer des collectifs de travail, les directions disposeraient d'un levier d'action pour améliorer la qualité de vie au travail dont les effets s'inscriraient dans le long terme et qui ne nécessiteraient pas d'investissements importants.

Il ne s'agit pas seulement d'améliorer la qualité de vie au travail par des actions de « façade », comme la création de nouveaux locaux, ou bien le déploiement de nouveaux services dédiés au bien être des professionnels, ou encore : de dispositifs comme les crèches et centres de loisirs hospitaliers, Il s'agit d'agir par une autre entrée, plus complexe, mais dont les effets s'inscrivent à long terme. Celle-ci s'appuie sur une réflexion autour des valeurs qui soutiennent les équipes, le contenu du travail, sa réalisation, les représentations et les attentes des professionnels.

En choisissant cet axe, les directions auront la possibilité de donner ou redonner du sens au travail et à la mission hospitalière, de recréer des collectifs solidaires et performants. Cependant, pour pouvoir mener une politique pertinente, il est au préalable nécessaire de comprendre les différents niveaux de collectifs de travail, ce qui entre en jeu dans leur formation et tout au long de leur « vie ».

Les collectifs peuvent se définir comme un groupe de professionnels, réunis dans un même lieu, liés par des valeurs et une mission, au sein duquel ils établissent collectivement des règles pratiques de travail, acceptées et respectées par tous. Ces règles doivent pouvoir être régulièrement remise en cause pour parvenir à la réalisation du niveau de qualité attendu par l'ensemble des professionnels.

Cette définition nous permet de dégager les éléments à partir desquels il est pertinent d'intervenir. Ainsi, les valeurs et la mission apparaissent comme le cœur des collectifs de travail à partir desquels ils se construisent. Ils constituent le premier levier sur lequel les directions doivent intervenir. Ils sont communs à l'ensemble des collectifs

restreints qui composent l'établissement et sont donc à privilégier pour créer le collectif hôpital.

La construction de ce collectif large passe par un projet d'établissement qui, d'une part, affirme l'attachement aux valeurs du service public et de l'hôpital : les soins de qualité aux patients en tout temps et en toutes circonstances ; et, d'autre part, donne aux professionnels une visibilité sur leur avenir ainsi que celui de leur service.

Parallèlement au projet d'établissement, les directions de la communication doivent jouer un rôle central dans la promotion des réalisations, dans la mise en valeur de l'image de l'établissement en interne et en externe. Elles luttent ainsi contre le dénigrement de l'établissement qui, à l'instar du CH de Laval, peut s'installer au sein des équipes et de la population et dont les effets sont délétères sur les collectifs de travail.

La construction des règles, normes et pratiques de travail est le second levier que peuvent mobiliser les directions. Il s'agit ici de réhabiliter les espaces d'échanges, nécessaires aux professionnels, afin qu'ils puissent penser, organiser, leur travail et ainsi être en mesure de constituer des collectifs restreints.

Des actions sont possibles et attendues par les professionnels, comme l'ont montré les rapports de la mission Claris, de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et médico-sociaux, ainsi que les conclusions du Ségur de la santé.

Au premier rang de celles-ci, la réapparition des temps d'échanges formels et informels. Ce levier apparaît facilement manœuvrable. Toutefois, il demande au préalable d'agir sur les pratiques de management par la formation de l'encadrement à l'animation de réunion, de remettre de la souplesse et de l'autonomie dans des organisations devenues rigides en raison des restrictions financières, des normes et/ou contraintes administratives lourdes qui pèsent sur les établissements. Il demande enfin, d'accepter de dégager et de valoriser des temps pour permettre aux professionnels de se rencontrer et d'organiser le travail.

Ainsi que nous l'avons vu, les équipes d'encadrement constituent le maillon incontournable, dans la chaîne en place, d'une politique visant à recréer ou renforcer les collectifs. Elles assurent la transmission et la mise en œuvre de ces politiques. Dès lors, il convient de poser les bases pour recréer une confiance, parfois affaiblie, entre les cadres et leurs directions. En déployant une stratégie offrant les conditions de la création et du renforcement des collectifs, les directions agissent sur les fondements de la qualité de vie au travail que sont la recherche d'appartenance et le sens du travail.

Bibliographie

Jean-Claude ANCELET. - Recréez du collectif au travail, DUNOD, 2011

ANFH Picardie.- Livret qualité de vie au travail identifier et comprendre la qualité de vie au travail, 2018

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_qvt_2018_220119_v12_anfh_picardie.pdf

Philippe Davezies.- La santé au travail, une construction collective, *Santé et travail*, 52, 2005.

Philippe Davezies Cité dans : Machado Tony, Desrumaux Pascale, Van Droogenbroeck Adeline. - Indicateurs organisationnels et individuels du bien-être. Étude exploratoire auprès d'aides-soignants et d'infirmiers, *Bulletin de psychologie*, 2016/1 (Numéro 541),

Damien CRU. - Plaisirs et souffrances dans le travail, édition CNRS. S.L, association pour l'ouverture du champ d'investigation psychopathologique, 1987

Christophe DEJOURS et All, 2009,

Emile DRUKHEIM.- Règle de la méthode sociologique », Presse Universitaire de France, 1894

Dominique LHUILIER, Malika LITIM. - Crise du collectif » et déficit d'histoire : apports de travaux sur le groupe et le collectif de travail, *Connexions*, 2010/2 (n° 94),

Pascale MOLINIER. – Travail et compassion dans le monde hospitalier, *Les cahiers du genre*, 28, 2000, p. 49-70.

Ministère de la Santé - Accord relatif aux personnels médicaux, Refonder le service public hospitalier : Revaloriser les rémunérations et les carrières – transformer les environnements de l'exercice médical, 13 juillet 2020

Ministère des Solidarité et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>

Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social - QVT et préservation des collectifs de travail - 11 mai 2020

Sumer (Équipe). – Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle, résultats Sumer 2003. Document d'étude n°21, Paris, Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, 2006

Restitution globale analyse QVT- ENEDIS KPMG- Centre Hospitalier de Laval, 2019

Liste des annexes

Annexe 1 : grille d'entretien

Annexe 2 : Livret intégration cardiologie IDE

Annexe 1 : Grille entretien

Situation de la personne rencontrée (grade, missions, ancienneté dans les professions médicales, ancienneté dans un poste d'encadrement) :

Service/ Pôle :

Composition de l'équipe PNM :

ASH :

AS :

IDE :

Administratif autre :

Composition équipe PM :

Thématiques	Grille analyse	Analyse de la réponse	Ce qui n'est pas dit
Vision du travail	Quelle est la vision du travail Qu'en attendez-vous ? A quoi doit répondre le travail ? Quelle valeur y associez vous ?		
Définition du collectif de travail	Comment définiriez-vous le collectif de travail ?		
Perception du collectif de travail aujourd'hui	Comment percevez-vous le collectif de travail aujourd'hui au sein de votre équipe ?		
Evolution des collectifs de travail depuis le début de la carrière	Avez-vous le sentiment que la notion de collectif au sein des équipes a évolué depuis que vous travaillez dans un établissement de santé ?		
	Quels changements avez-vous observés ? En général Dans les relations entre les agents		

	<p>Dans les relations avec les médecins</p> <p>Dans les relations avec les cadres</p> <p>Dans les relations avec les services supports</p> <p>Dans les relations avec la direction</p> <p>Dans les relations avec les autres services de soins</p>		
	<p>Observez-vous des changements dans l'investissement des agents dans les projets qui leur sont proposés</p>		
	<p>Dans leur capacité/ volonté d'être force de proposition ?</p>		
	<p>Le sentiment de soutien entre agents a-t-il évolué ?</p> <p>Vers plus de solidarité ?</p>		
	<p>Comment les équipes perçoivent-elles la notion de collectif : se sentent-elles faire partie d'un collectif ou le collectif est-il vu comme une adjonction de professionnels avec des missions et tâches différenciées (de manière caricaturale sans liaison entre elles ?)</p>		
	<p>Impact intergénérationnel : transmission des savoirs, cohésion, capacité d'adaptation ?</p>		
Facteurs explicatifs des évolutions	<p>Selon vous quels facteurs ont transformé le collectif de travail ?</p> <p>Evolution des métiers, prises en charge ?</p> <p>Réorganisation des établissements de santé</p>		
Adaptation des collectifs de travail au changement	<p>Comment les collectifs de travail que vous connaissez s'adaptent changements ?</p> <p>Collectif et agilité des organisations</p>		
	<p>Collectif est-il un frein ou une force pour adapter les organisations aux besoins ?</p>		

	Collectif est-il un frein ou une force pour adapter les organisations aux besoins ? Comment mobilisez-vous vos équipes pour les impliquer dans des nouveaux projets		
	Impact des normes et organisation : aspects sécurisant pour le travail au quotidien ? Contrainte qui limite à l'autonomie des professionnels ?		
Comment répondre aux évolutions des collectifs de travail?	Comment travailler pour recréer ou maintenir un collectif de travail au sein de vos équipes		
	Quels sont les facteurs que vous identifiez comme menaces ou facteurs de détérioration des collectifs		
	Quels sont les facteurs positifs permettant de créer ou consolider des collectifs de travail ?		
Covid (crise) et collectifs de travail ?	La crise COVID a-t-elle eu un impact particulier sur vos équipes comme		



LIVRET D'INTEGRATION

FORMATION & INTEGRATION DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS IDE EN SERVICE DE CARDIOLOGIE USIC ET POST- REA C.H. Laval

NOM et Prénom :
.....
IDE.....
.....

Date de la période d'intégration :

.....

Accueil dans l'unité le.....par

SOMMAIRE

Introduction

- 1. Présentation du service de cardiologie
Page 4**

- 2. Mémo : numéro de téléphones
Page 6**

- 3. Profil de poste
Page 7**

- 4. Fiches de poste
Page 9**

- 5. Entretien d'accueil
Page 14**

- 6. Plan de formation
Page 15**

- 7. Fiche de suivi d'acquisition des soins
Page 18**

8. Bilan de fin de temps de formation et d'intégration Page 23

Annexes

Page 24

Les IDE intégrés dans le service de cardiologie bénéficient d'un suivi d'adaptation à l'emploi et d'une formation d'une durée pouvant aller de **2 à 4 semaines consécutives**. Il est important que le professionnel se sente à l'aise et qu'on lui fournisse des informations et de l'accompagnement lui permettant d'atteindre ses objectifs.

Ce programme s'adresse aux IDE amenés à exercer en service de cardiologie post réa et USIC au C.H LAVAL.

Les objectifs de la démarche :

- Optimiser le temps d'accueil et d'intégration du professionnel infirmier qui arrive au sein du service de cardiologie.
- S'intégrer à l'équipe de travail
- Se repérer dans l'hôpital
- Repérer l'organisation générale du service
- Approfondir ses connaissances théoriques relatives à la cardiologie
- Se perfectionner et maîtriser les soins techniques de cardiologie
- Informer l'agent de ses droits et ses devoirs: planification, congés, confidentialité, responsabilité professionnelle

Durant ce temps d'adaptation, le nouvel arrivant sera encadré par un/deux IDE référents. Il est toujours « doublé » pendant cette période par différents IDE.

Une **évaluation** est effectuée à la moitié et au terme de la formation par la cadre du service en présence du référent, validant la prise de poste de jour.

Les rôles :

- Le cadre de l'unité :
 - Accueille, présente l'unité et l'équipe
 - Recueille le parcours professionnel et présente le plan de formation
 - Organise l'encadrement, supervise l'évaluation

- Nomme un ou deux référents et les présente
- L'équipe :
 - Accueille, fait place, entoure.
- Les référents :
 - Rôle d'encadrement, d'enseignement, de soutien, de contrôle, d'évaluation, de réajustement
- L'équipe médicale :
 - Enseigne, évalue
- Le nouveau professionnel :
 - Participe aux différents apprentissages, facilite et favorise l'évaluation de ses acquis
 - S'auto évalue et exprime ses difficultés, ses attentes

1. Présentation du service de cardiologie

Le service de cardiologie dépend du pôle Soins Critiques AVEC Dr Boyer chef de pôle et Mme Gallais cadre de pôle.

1.1. Localisation du service de cardiologie au CH Laval.

Annexe 1 - plan du haut rocher

Annexe 2 - Vue de l'IGH

1.2 Les missions du service et les types de patients accueillis.

Le service accueille tout patient :

- ↻ Qui présente une défaillance cardiaque vitale.
- ↻ Qui est porteur d'une pathologie cardiaque pouvant évoluer à tout moment.
- ↻ Qui nécessite une surveillance continue du fait de l'instabilité de sa pathologie cardiaque.

C'est un service pour patient adulte

Modes d'entrées :

- ↻ Patients adressés par le SMUR soit en entrée directe, soit via le déchoquage (Transfert primaire ou secondaire)

↳ Patient adressé par un médecin d'un service d'hospitalisation ou d'exploration du CH Laval ou d'un autre établissement.

↳ Patient venant du SAU ou en entrée directe à la demande d'un médecin de ville.

Toutes les admissions en cardiologie sont soumises à l'évaluation et acceptation du cardiologue présent ou de garde.

Les pathologies les plus représentées :

- ✚ Les problèmes coronariens (angor, infarctus, syndrome coronarien aigue)
- ✚ Les problèmes thromboemboliques (embolie pulmonaire, phlébite)
- ✚ Les arythmies cardiaques,
- ✚ Les bilans cardiaques préopératoires
- ✚ Les explorations à visées diagnostiques
- ✚ L'insuffisance cardiaque

1.3 L'organisation du service

Sectorisation :

Il y a actuellement :

- En USIC : 10 lits divisés en deux secteurs.
- En post réa : 26 lits divisés en deux secteurs dont 8 lits d'HDS

Pour chaque secteur, il y a une IDE et une AS travaillant en binôme.

Effectifs totaux :

- 1 chef de service :
- 5 médecins, 4 internes, 1 externe
- 1 cadre de santé et 1 IDE parcours
- 30 IDE dont 10 fixes de nuit
- 19 AS jour, 6 AS nuit
- 3 secrétaires
- Autres intervenants dans le service : 1 diététicienne, 1 assistant social, les manipulateurs radio, l'infirmière de l'unité de prévention cardiovasculaire
- L'équipe de tabacologie et le kiné interviennent dans le service ponctuellement.

Effectifs journaliers :

- 2 médecins + 4 internes (le week-end : 1 médecin/jour)
- 4 IDE du matin, 3 IDE de J, 4 IDE du soir + 4 IDE nuit sauf le week-end
- 4 AS du matin, 2 AS de J, 1 AS de restauration, 4 AS du soir + 2 AS nuit
- 1 ASH en post réa
- 1 CDS (du lundi au vendredi)
- 3 secrétaires (du lundi au vendredi)

Référents du service :

Annexe 3

Roulements :

Le cadre de santé informe l'agent des systèmes de roulement du planning, de la planification des congés (droits et contraintes liés à la gestion du temps de travail visibles sur Intranet)

1.4 Présentation générale d'une chambre d'USIC (cf annexe 4 et 5)

- un lit à hauteur variable
- un scope
- une caméra
- des pousses seringues
- le nécessaire de toilette, de change (drap, carré...)

Dans le couloir : 1 défibrillateurs, 1 appareil à ECG et 3 respirateurs, dont 1 portatif, sont disponibles

En post réa : 2 défibrillateurs, 1 appareil à ECG et 1 chariot d'urgence sont disponibles

1.5 Organisation des visites des familles

Horaires des visites :

- de 14h à 20h00

Les conditions d'entrée dans le service pour les visiteurs :

- 3 personnes maximum en même temps
- Expliquer l'intérêt du SHA et la façon de l'utiliser.
- Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis (sauf cas particulier avec autorisation médicale)


2. Mémo : numéro de téléphones utiles.

SERVICE DE CARDIOLOGIE 9C

Dr Deslandes 37507	Cadre de santé	Secrétaire 35145
Dr Lazizi 37644	33666	Fax cardio 02.43.66.51.46
Dr Amadou 33513	PC post réa	PC USIC 37545
Cardio de garde 33766	37506	37535
	37566	
Chambre de garde 37567	Portable coro urgente 33396	Fax USIC 0243665570
SERVICE CARDIOLOGIE PLATEAU TECHNIQUE		
Consultation 37571	Portable E d'effort	Coro/angio 37132
37570	33267	Portable coro 33396
AS 37570	Epreuve d'effort 35111	Coro astreinte 0671534231
Secrétariat consultation 37575 - 35080	Holter/contrôle pace 37549 Salle de cathé 37516	Echographie 37576
SERVICE DE CARDIOLOGIE 9B		
PC IDE 37502- 37588 33688	Cadre de santé 37503	Secrétariat 37532
URGENCES		
Accueil 35189	Lit porte 37229 - 33449	UMP 33202 - 35041
Bureau des médecins 37269	Cadre de jour 37271	Cadre de nuit 33342
PC SAU 37243- 33444	Déchocage 37275	SAMU 1907
LABORATOIRE		
Bactério 37171 - 33471	Chimie 37166	Hemato 37121
Sérologie/coag 37122	Centre de tri 37116	Labo de garde 33325- 37125
SERVICE DE REANIMATION		
Rea de garde 33720	PC réa 37250 - 35094	Secrétaire 33724 - 37294

	37299	
EF5	RADIOLOGIE	PHARMACIE 35592
De 8h à 20h 37960	URGENCE (24h/24) 33484	Poste central 37392
De 20h à 8h (urgence) 37951	Radio centrale	Préparateur 37334
Nuit + Urgence 33750	Diététicienne 37770 33362	SERVICE SOCIAL 35089
Cadre de pôle 33571	Unité de prévention cardiovasculaire 02.43.66.55.81	Brancardier 37206 37207 Chambre mortuaire 33222
DIVERS		
ATELIER 35045	BIOMEDICAL 37942	STANDARD 9 Bureau des entrées 35215
MAGASIN 33317 Dotation 35508	ECONOMAT 35103 * SECURITE 35144	MOUVEMENT 35213

3. Profil de poste

	PROFIL DE POSTE	Direction des soins DSIMTR/
	Date d'application :	Page1/2 n°0 Indice de révision
Infirmière en CARDIOLOGIE post réa et USIC 100%		

POSITION DANS LA STRUCTURE :

Liaisons hiérarchiques ou rattachement hiérarchique :

Il est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur des Soins et par délégation sous celle du cadre de pôle « soins critiques » et du cadre de santé de cardiologie.

Liaisons fonctionnelles :

- Equipe pluridisciplinaire

- Les services de soins du CH (médecins, agents et encadrement)
- Les autres établissements (polyclinique du Maine, CH Mayenne, CHU....)
- Les professionnels libéraux (médecins, infirmières...)

Secteur d'activité et mission du service:

Permanence et continuité des soins 24h/24

Présence d'une USIC assurant le diagnostic, le traitement, la surveillance et le monitoring des patients porteurs de pathologies cardio-vasculaire à très haut risque de complication mortelle soudaine.

Prise en charge sécurisée des patients après réalisation d'angioplasties coronaires.

Présentation du service :

CARDIOLOGIE

2 unités d'hospitalisation :

- La post réa : unité de 26 lits répartis en 2 secteurs avec 8 lits d'HDS au 6B
- L'USIC : unité de 10 lits répartis en 2 secteurs au 9B

Horaires de travail :

Conformément au guide du temps de travail du CHL, l'horaire du matin (P) 6h30-13h59, l'horaire de soir (S) 13h31-21.00, l'horaire de nuit (N) 20.45-6.45 et l'horaire de coro/angio (J) 7h30-15h35 et 11h00-19h05

MISSIONS DU POSTE

Missions spécifiques

- D'accueillir et surveiller des patients de présentant des pathologies cardiaques en assurant qualité et sécurité des soins et selon le respect du décret de compétences
- Prise en soins du patient de cardiologie (problèmes coronariens, thromboemboliques, arythmiques et bilans pré opératoires.) arrivant en urgences (SAMU, SAU), par les consultations, par entrée directe (médecin traitant, programmation)
- D'assurer la surveillance des scopes (USIC) et télémétries (post réa)
- De mettre en place les gestes d'urgence
- De réaliser des actions éducatives et pédagogiques (AVK, régimes, hygiène de vie)
- De gérer la sécurité transfusionnelle
- D'assurer la traçabilité journalière des actes sur le dossier patient
- De contrôler et veiller à la maintenance journalière des différents appareils et matériels de réanimation : détection des dysfonctionnements, contrôle bactérien et stérilisation.
- De participer aux réunions de service, aux différents travaux concernant les soins
- D'encadrer les étudiants et les nouveaux professionnels

Particularités du poste

- A l'arrivée dans le service, un temps d'intégration de 2 à 3 semaines est prévu avec découverte du plateau technique (cf livret d'intégration de cardiologie)
- Pour les postes de nuit, le temps de formation est réalisé de jour.

- Toutes les infirmières peuvent être amenées à réaliser des nuits
- Toutes les infirmières peuvent être amenées à travailler ponctuellement sur les autres services du pôle
- Les IDE peuvent être amenés à travailler sur le plateau technique de cardiologie après un temps de formation spécifique (cf livret d'intégration du plateau technique de cardiologie)

COMPETENCES REQUISES

Compétences organisationnelles

- Savoir prioriser ses activités, avoir un esprit d'analyse et de synthèse
- Avoir des capacités d'adaptation et d'anticipation
- Sens des responsabilités, autonomie, sens du travail en équipe
- Organiser la coordination des soins en intra hospitalier et en extrahospitalier

Compétences pédagogiques

- Savoir se former, s'informer et maintenir un niveau de compétences
- Participer à la formation des professionnels hospitaliers
- Maîtrise des pathologies cardiaques

Compétences relationnelles

- Avoir une bonne maîtrise de soi et de discernement face à l'urgence, à la mort, capacité au questionnement personnel, faire preuve de disponibilité pour répondre à l'usager au plus vite et pour pouvoir écouter et soutenir le personnel
- Diplomatie, tolérance, souplesse et adaptabilité, ouverture d'esprit
- Faire preuve de tact et de discrétion

La formation et/ou les qualifications requises

Qualification : Etre titulaire du Diplôme d'état d'infirmier et de préférence, justifier de 6 mois d'expérience professionnelle dans des services de soins de court séjour. Maîtrise de l'outil informatique

Formations :

AFGSU 2

CUPT

SPC service cœur poumon

Surveiller et traiter les troubles du rythme cardiaque

RISQUES PROFESSIONNELS

Risques troubles musculo squelettiques

Risques d'AES (accident lié à l'exposition du sang)

TEXTES DE REFERENCES SPÉCIFIQUES

- Décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 portant application de l'article 65-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière

REDACTION	VALIDATION
Mme BERHAULT cadre de santé Cadre de santé	C de BONNEVAL, Directeur des soins, coordonnateur général
Le 22/06/2012	Le :

4. Fiches de poste

6B

S2 : 13h31-21h00

13h36	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage de mains • Transmissions Orales avec IDE du matin
14h <i>(En binôme avec AS si possible)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tour des constantes (TA, FC, SaO2, douleur) • Installation des patients si besoin • Vérifications des voies veineuses
15h – 17h30	<ul style="list-style-type: none"> • Entrées (Programmées et urgences) <ul style="list-style-type: none"> ➔ Entrées coro ➔ Entrées pace maker ➔ Entrées CEE ➔ Entrées Reveal : <ul style="list-style-type: none"> - installation du patient en chambre, information sur le fonctionnement du matériel si patient accueilli par IDE - vérification de l'identité du patient, pose du bracelet d'identification - surveillance des constantes, la douleur, poids et taille. - ECG 18 dérivations - bilan sanguin

	<ul style="list-style-type: none"> - pose d'un KTO - recueil de données - information patient sur l'examen, formulaire de consentement à donner et à récupérer - traçabilité des soins sur DxCare, transmissions écrites <p>➔ Entrées urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - installation du patient en chambre, information sur le fonctionnement du matériel si patient accueilli par IDE - vérification de l'identité du patient, pose du bracelet d'identification - surveillance des constantes, la douleur, poids et taille. - ECG 18 dérives - recueil de données - traçabilité des soins sur DxCare, transmissions écrites - prévenir Interne/ cardiologue de l'arrivée du patient
17h30	Pause
18h	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution des traitements • Vérifications des constantes si besoin • Gestion des sorties du soir
18h45	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissions écrites • Préparation des sorties du lendemain (pochette de sortie, résumé de sorties...)
20h	<p>Dernier tour en binôme avec AS si possible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins IDE – pose de réhydratation coro • Installation des patients pour la nuit • Vérification des diurèses • Surveillance des constantes si besoin
20h45	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissions orales à IDE de nuit • Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

6B

P2 : 6h30-13h59

6h30	<ul style="list-style-type: none">• Lavage de mains• Transmissions Orales avec IDE de nuit
7h	<ul style="list-style-type: none">• Tour des constantes (TA, FC, SaO2, douleur)• Bilan sanguin• Distribution des traitements (Per os et IV)• Surveillance des VVP
8h30	Pause
9h	<ul style="list-style-type: none">• Visite avec le cardiologue
11h30	<ul style="list-style-type: none">• Distribution des traitements
12h	<ul style="list-style-type: none">• Relevé de visite• Transmissions écrites• Organisation des sorties / transfert patients
13h	<ul style="list-style-type: none">• Tour en binôme avec AS si possible• Installation des patients• Surveillance de la diurèse
13h36	<ul style="list-style-type: none">• Transmissions Orales avec IDE de Soir• Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

6B

J : 7h30-15h35

7h30- 8h	<ul style="list-style-type: none">• Lavage de mains• ECG des secteurs• Vérification du défibrillateur• Vérification de la température du frigo
8h	<ul style="list-style-type: none">• Préparation / brancardage des patients ayant des examens (Coronarographie, pace maker, CEE, Reveal) :<ul style="list-style-type: none">➔ Coronarographie :<ul style="list-style-type: none">- Pose des réhydratations non posées la veille- Vérification du dossier patient- Pose du patch EMLA pour les coro➔ Pace maker :<ul style="list-style-type: none">- Pose de l'antibiotique IV 2h avant- Pose de l'antalgique palier 1 en IV avant le départ en salle- Pose du G10% avant le départ en salle- Poser une poche d'isuprel- Vérification du dossier➔ CEE :<ul style="list-style-type: none">- Vérification de la voie veineuse- Vérification du dossier➔ Reveal :<ul style="list-style-type: none">- Vérification de la voie veineuse- Vérification du dossier• <u>Assurer le retour de salle d'examen des patients :</u><ul style="list-style-type: none">- ECG- surveillance des constantes et de la douleur- surveillance de la voie veineuse périphérique- transmissions écrites et traçabilité des soins sur DxCare- surveillance télémétrique si nécessaire- rangement des dossiers.➔ Pour les coro :<ul style="list-style-type: none">- Surveillance du pansement compressif (radiale et/ ou fémorale)- Consignes au patient sur le repos strict et la reprise de l'alimentation- Nettoyage et Réfection du brancard à redescendre en salle de coro

	<p>si non fait par AS</p> <p>➔ Pour les pace maker :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance du pansement compressif - Mise en place de la contention douce - Consignes au patient sur le repos strict pendant 24h - Mettre le panneau d'information au-dessus du lit du patient (« patient porteur d'un pace maker ») <p>➔ Pour les CEE :</p> <p>➔ Pour les reveal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance du pansement <ul style="list-style-type: none"> • Accueillir les entrées programmées du matin : <ul style="list-style-type: none"> - Vérification de l'identité et pose du bracelet d'identification - ECG 18 dérivations - Surveillance des constantes et de la douleur - Vérification du bilan sanguin qui aura été fait en externe - Pose d'une VVP - Recueil de données - Information sur l'examen, formulaire de consentement à donner et à récupérer signé
12h – 12h36	Repas, sans être dérangé
12h30-15h30	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du programme des examens • Aide aux entrées du service si possible • Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

6B

P3 : 11H00-19H05

11h-12h30	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage de mains • Brancardage et prise en soins des patients ayant des examens en binôme avec IDE de U (Cf fiche de poste horaire de U)
------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les IDE de secteurs à la préparation des sorties des patients (prise de RDV) • Soins IDE des secteurs (Déperfuser les patients, faire les pansements, faire les 1^{er} levés)
12h30 -13h06	Repas sans être dérangé
13h-18h	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du programme des examens (Cf fiche de Poste horaire de U) • Aide aux entrées (Cf fiche de poste S2) • Faire les 1^{er}s levés
18h-19h05	<ul style="list-style-type: none"> • Commande • Aide aux sorties du soir (arrêt VVP, pansement) • Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

USIC

J : 9h00-17h05

9h00-11h30	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage de mains • Vérification du défibrillateur • Vérification de la température du frigo <p>1- Prise en soins de patients dans leur globalité : - Transmissions orales</p>
-------------------	--

<p><u>Selon le profil des patients d'USIC</u></p> <p><u>(En binôme avec AS de J)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - visite cardiologue, relevé de visite - surveillance des constantes - ... <p>OU</p>
	<p>2- ECG des patients</p> <p>➔ Aide aux IDE de matin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soins IDE (Pansement, VVP, 1^{er} levé, IPS...) • Entrées USIC : <ul style="list-style-type: none"> - installer du patient en chambre, information sur le fonctionnement du matériel, et sur la surveillance caméra - Scoper le patient - vérifier l'identité du patient, pose du bracelet d'identification - surveiller des constantes et de la douleur - ECG 18 dérivations - recueil de données - tracer des soins sur DxCare, transmissions écrites - prévenir Interne/ cardiologue de l'arrivée du patient • Brancardage des patients ayant des examens (scanner, doppler, ETT, ..) sous surveillance scope. • Toilettes de quelques patients et réfection des lits • Aide au 6B si besoin
11h30 – 12h	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à l'installation des patients pour le déjeuner • Service des plateaux repas avec AS
12h – 12h36	Pause déjeuné sans être dérangée
12h30 – 13h30	Commandes
13h30-17h05	<ul style="list-style-type: none"> • Entrées USIC • Ménage des sorties d'USIC • Aide aux entrées du 6B si besoin et si possible
	<ul style="list-style-type: none"> • Si Prise en Soins de patients dans leur globalité : Transmissions orales aux Ide de soir • Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

USIC

P1 : 6h30-13h59

6h30 -7h	<ul style="list-style-type: none">• Lavage des mains• Transmissions avec IDE de nuit
7h – 8h <i>(En binôme avec AS)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Prise des constantes (TA, SaO2, FC, douleur)• Distribution des traitements per os• Surveillance des voies d'abord + Injection IV• Bilan sanguin• Assurer les entrées USIC (Cf Fiche de poste horaire de J)
8h – 8h30 <i>(En binôme avec AS)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Installation des patients pour le petit déjeuner avec AS• Service des plateaux de petit déjeuner
8h30 – 9h	Pause
9h -10h30	<ul style="list-style-type: none">• Visite avec le cardiologue• Toilette des patients + réfection des lits en binôme avec AS si possible
10h30 – 11h30	<ul style="list-style-type: none">• Relevé de visite
11h30 – 12h	<ul style="list-style-type: none">• Distribution des traitements• Surveillance des constantes
12h	<ul style="list-style-type: none">• Transmissions écrites• Organisation des sorties / transfert patient
13h	<ul style="list-style-type: none">• Tour avec AS• Installation des patients• Relevé de diurèse• Vérification des voies d'abord• Surveillance des constantes et de la douleur si nécessaire
13h36	<ul style="list-style-type: none">• Transmissions Orales avec Ide de soir

	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage de mains
--	---

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

USIC

S1 : 13h31 – 21h00

13h36 – 14h	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage de mains • Transmissions orales avec Ide du matin
14h – 15h (En binôme avec AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Prises de constantes (TA, FC, SaO2, douleur) • Vérifications des Voies d'abord
15h – 16h (En binôme avec AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Ménage des sorties
16h (En binôme avec AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Tour avec AS • Surveillance des températures • Levé des patients • Entrées USIC en relai de l'horaire de J (Cf fiche de poste horaire de J)
17h30	Pause
18h (En binôme avec AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des constantes • Distribution des traitements • Surveillance des voies d'abord • Installation des patients pour le diner • Service des plateaux repas
18h45 – 19h30	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissions écrites • Préparation des sorties du lendemain

20h (En binôme avec AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Tour avec AS • Installation des patients pour la nuit • Surveillance des constantes si nécessaires • Réalisation des soins IDE sur prescription médicale • Relevé des diurèses
20h45	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissions Orales avec IDE de nuit • Lavage de mains

Attention : Toutes les heures indiquées sont approximatives et peuvent évoluer selon la charge de travail et le profil des patients.

SUR L'ENSEMBLE DES HORAIRES

- Surveiller les constantes, les alarmes.
- Répondre aux appels des malades
- Répondre au téléphone.
- Gestion des entrées/sorties
- Gestion des urgences, réfections pansements si besoin
- Gestion des changements de prescription
- Assister le médecin pour la réalisation des soins techniques (pose de KT...)
- Préparer le patient pour les examens complémentaires (scanner...) ou transfert en salle de cathétérisme
- Encadrement des élèves IDE
- Jeudi et WE : commandes pharmacie et matériel
- Vérifier le chariot d'urgence 1 fois par mois
- Vérifier les défibrillateurs 1 fois par jour
- Vérifier les stupéfiants et faire une commande si nécessaire.

5. Entretien d'accueil

Parcours professionnels

D.E. Infirmier obtenu le : à

Expériences professionnelles antérieures :

- :
- :

Formations suivies :

-
-

Bilan des compétences :

(Connaissance de l'établissement, formations institutionnelles effectuées, sécurité transfusionnelle, compétences spécifiques au service....)

- .
-

Objectifs des semaines de formation (à élaborer avec le(s) référents)

- :
- :

6. Plan de formation

6.1 Organisation

- Durée : 3 semaines +/- 1 semaine en fonction du parcours professionnel du soignant
- Arrivée d'horaire S, le premier jour
- Les horaires de travail sont variés afin de connaître les organisations de travail (matin, soir, journée).
- Une partie de la formation sera réalisée ponctuellement sur la réanimation afin de valider l'acquisition de soins techniques sur la ventilation.
- Le Cadre de santé et les référents assurent la coordination de la formation et s'assurent de l'atteinte des objectifs. Les IDE encadrent le nouvel arrivant.
- Une évaluation est effectuée chaque fin de semaine et au terme de la formation par la cadre du service en présence des référents.

6.2 Intégration dans le service

Lors de la première journée, le cadre de santé ou l'IDE référent:

- accueille le nouvel arrivant et le présente à l'équipe et aux médecins
- présente le service et ses missions
- fait visiter, ou situer si besoin, les services de l'hôpital dont il peut avoir besoin
 - la direction
 - l'administration (gestion du personnel...)
 - la radio centrale, radio des urgences
 - le laboratoire
 - la pharmacie
 - les différents services sont indiqués en précisant les spécialités
 - le self
 - la médecine du travail
 - le bloc opératoire, SSPI
 - SAU, déchoquage, SAMU

- présente les logiciels (intranet, APTA, dxc@re, référence...).
- Présente le programme des connaissances à acquérir ou à perfectionner :

- Ce programme **définit ce que doit savoir une IDE de cardiologie** et comment elle doit évoluer.
- Ce programme est **personnalisé** et **modulable** en fonction des besoins de l'agent, des techniques et des patients présents.

Savoirs: Ensembles de faits, de principes, de théories et de pratiques liés à un domaine de travail. Savoirs théoriques ou factuels.

Aptitudes: capacité d'appliquer un savoir et d'utiliser un savoir faire pour réaliser des tâches et résoudre des problèmes.

Compétences: capacité avérée d'utiliser des savoirs, des aptitudes et des dispositions personnelles, sociales ou méthodologiques dans des situations de travail ou d'études et pour le développement professionnel ou personnel. Prise de responsabilité et d'autonomie.

L'IDE accompagne le patient dans une situation donnée en tenant compte de l'évolution de sa pathologie, du projet du patient et de son contexte psychosocial et cognitif.

12 chapitres ou situations de soins spécifiques à la cardiologie:

- 1 - Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale
- 2 - Patient en situation d'insuffisance cardiaque aiguë
- 3 - Patient en situation d'insuffisance cardiaque chronique
- 4 - Patient en situation d'insuffisance respiratoire aiguë
- 5 - Patient en situation d'insuffisance rénale aiguë
- 6 - Patient présentant une arythmie cardiaque
- 8 - Le patient sous VNI
- 9 - Prise en charge d'un patient hospitalisé pour des explorations diagnostiques
- 10- Prise en charge du patient hospitalisé pour un bilan cardiaque pré opératoire
- 11- Préparation et transport du patient de cardiologie vers la salle de cathétérisme
- 12- Le patient en fin de vie en cardiologie
- 13-Prise en charge des proches du patient hospitalisé

6.3 Déroulement du plan de formation

1ère période :

Objectifs :

Que le nouveau professionnel

- se repère et se situe dans l'environnement
- Connaisse le rangement du matériel,
- Connaisse les supports et logiciels pour assurer la continuité des soins
- Se familiarise avec les thérapeutiques les plus fréquemment utilisées

Le nouvel arrivant prendra **deux** patients en charge dès le deuxième jour en post réa

	1 ^{ère} périod e	2 ^{ème} périod e	3 ^{ème} périod e
• Identifier et situer les locaux et les rangements dans le service	A		
• Organisation, planification des soins sur la journée (<i>par IDE</i>)	A		
• Tenue du dossier de soins papier et informatique : feuilles de surveillances journalières, hebdomadaires, transmissions, feuille de transfert, dossier transfusionnel (<i>par IDE</i>)	A		
Prise des constantes (pouls, TA, sat O2)	A		
Réalisation des ECG et repère des anomalies	VA	A	
Monitoring : vérification des alarmes, pose et surveillance du scope et des télémétries, lecture des différents tracés (<i>par IDE</i>)	VA	A	
•Réalisation des bilans sanguins, pose de perfusion	A		
• Gestion des stupéfiants (<i>par IDE</i>)	A		
• Calculs de doses des drogues spécifiques à la cardiologie (<i>par IDE</i>)	A		
• Réalisation complète d'une entrée et d'une sortie		A	
• Préparation cutanée de l'opéré	A		
• Nursing (Aide à la toilette, mobilisation des patients en collaboration avec l'AS, soins de bouche, soin des yeux,...) (<i>par IDE, AS</i>)	A		

Vu : Vu

VA : En voie d'acquisition

A : Acquis

➤ 2^{nde} période : le nouvel arrivant prendra **quatre à six** patients en charge en post réa
Objectifs :

- Apprentissage et validation ses objectifs sur la réanimation

	1 ^{ère} périod e	2 ^{ème} périod e	3 ^{ème} périod e
• Vérification du chariot d'urgences		A	
• Pose et surveillance d'une transfusion sanguine			A
• Installation VNI (<i>par IDE,, MEDECIN</i>)		VA	A
• Matériel nécessaire à la pose de KT + déroulement (<i>par IDE , MEDECIN</i>)		VA	A
• Transport et surveillance des patients lors des transferts		A	
• Préparation du patient pour une angioplastie coronaire (assiste à 1 angioplastie)		A	

• Préparation du patient pour un pace maker (assiste à 1 pose de PM)		A	
--	--	---	--

➤ 3eme période : le nouvel arrivant prendra **quatre** patients en charge enUSIC

Objectifs : Que le nouveau professionnel

- Connaisse le matériel type d'une chambre d'USIC,
- Connaisse le matériel de l'USIC
- Apprentissage et validation ses objectifs sur la réanimation

	1 ^{ere} période	2 ^{eme} période	3 ^{eme} période
• Préparation, vérification du matériel d'intubation et aide à l'intubation (par IDE)		VA	A
Modes de ventilation VNI : surveillance du patient, du respirateur			A
Montage, entretien du consommable, respirateur, défibrillateurs, (par IDE)			A
• Attitude devant une urgence cardiaque			A
Elaboration des commandes de matériel et médicaments (par IDE)			A
Quelles nouvelles et renseignements donner aux familles (par IDE , MEDECIN)			A

Réajustement

7 Fiche de suivi d'acquisition des soins

Nom :

Date du début de la formation :

Prénom :

Date de fin de la formation :

Référent :

BILAN	DATE	Commentaires
Mi formation		
Fin de formation		

Référents du service

☞ Référent HYGIENE IDE :

AS :

☞ Référent DOULEUR IDE :

AS :

☞ Référent MANUTENTION IDE :

AS :

☞ Référent CLAN/ Restauration :

☞ Référent Rythmologie IDE :

REJIBA	Samuel	<Date du jury>
Directeur d'hôpital Promotion 2019-2020		
Les collectifs de travail leviers de la qualité de vie au travail		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé :</p> <p>Les collectifs de travail occupent une place centrale dans les conclusions du Ségur de la Santé, de l'Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé et médico-sociaux ou encore de la mission Claris.</p> <p>Tous mettent en évidence le besoin de recréer ou de renforcer les collectifs de travail. Cette préoccupation se fait l'écho des revendications portées par les mouvements sociaux ces dernières années. Ceux-ci, sont l'expression d'un délitement des collectifs de travail qui se traduit par un sentiment de perte de solidarité entre les membres d'une même équipe ou d'un établissement et par une dégradation continue des conditions de travail. L'organisation du travail, les méthodes de management, l'individualisation, et la recherche de performance seraient la source de ce délitement.</p> <p>Les collectifs de travail constituent un levier dont les directions des établissements de santé peuvent se saisir pour améliorer durablement la qualité de vie au travail. Pour pouvoir agir il convient avant tout de comprendre les mécanismes qui régissent les collectifs de travail, comment ils se forment, s'animent, se renforcent et se déliment.</p> <p>Les sciences de gestion et la sociologie nous permettent de proposer la définition suivante du collectif de travail comme : un groupe de professionnels, réunis dans un même lieu, liés par des valeurs et une mission, au sein duquel ils établissent collectivement des règles pratiques de travail, acceptées et respectées par tous. Ces règles doivent régulièrement remise en question, pour parvenir à la réalisation du niveau de qualité du travail attendu.</p> <p>A partir de cette définition, il est possible pour les directions d'établissement de mettre en œuvre une stratégie portant sur les différents types de collectifs par des actions ciblées sur le partage des valeurs, l'organisation du travail et le développement d'espaces d'échanges entre et avec les professionnels.</p>		
<p>Mots clés :</p> Collectif de travail, qualité de vie au travail, QVT, management, collectif restreint, collectif hôpital,		

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