

**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

**Accompagner le cadre de santé dans la mise en œuvre
d'une organisation apprenante :**
Un levier managérial dans la prévention des risques psychosociaux

ECUE 3.2

Dominique LETOURNEAU
Patrick FARNAULT

Valérie GARCIA
Année 2019/2020

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les dossiers des étudiants du **Master 2 "Management Sectoriel" parcours "Management des Organisations Soignantes"** de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM - Formation & Recherche en Soins.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1 LE CENTRE DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRE (CSERD) DU GROUPE HOSPITALIER HENRI MONDOR.....	5
1.1 PRESENTATION ET MISSIONS DU CSERD DE MONDOR.....	5
1.1.1 <i>La mission d'enseignement du CSERD</i> :	5
1.1.2 <i>Les missions de soins du CSERD</i> :	6
1.1.3 <i>Les missions de Santé Publique dentaire du CSERD</i> :	7
1.1.4 <i>La mission de recherche du CSERD</i> :	7
1.1.5 <i>L'organisation paramédicale du service</i> :	8
1.2 LE CSERD A INTEGRE LE DEPARTEMENT MEDICO-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE DU GH DE MONDOR	8
1.2.1 <i>La « nouvelle AP-HP »</i>	8
1.2.2 <i>Les DMU des hôpitaux universitaires Henri Mondor</i>	8
2 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE	10
2.1 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE	10
2.2 L'ETAT DE SANTE BUCCO DENTAIRE EN FRANCE	11
2.3 SOINS BUCCO-DENTAIRES ET PROJET REGIONAL DE SANTE EN ILE DE FRANCE	13
2.4 L'OFFRE DE SOINS : UNE DISPARITE GEOGRAPHIQUE EN ILE DE FRANCE.....	14
2.5 LA FORMATION INITIALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES : UN ENJEU DANS L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS SPECIFIQUES	14
2.6 LES CSERD D'ILES DE FRANCE	15
2.7 LE CSERD DE CRETEIL	16
2.8 UNE RESTRUCTURATION NECESSAIRE.....	16
3 CONTEXTE D'EMERGENCE DU PROJET	19
3.1 A DEUX ANS DE L'OUVERTURE DU SERVICE : UN BILAN MITIGE.....	19
3.2 LE TEMPS DU PREDIAGNOSTIC	20
3.2.1 <i>Une observation « direct » sur le terrain</i>	20
3.2.2 <i>Les premières observations et le questionnaire qui en résulte</i>	20
3.2.3 <i>Analyses de l'existant sur le plan quantitatif et qualitatif</i>	26
3.3 DIAGNOSTIC : ANALYSE DU CONTEXTE	28
3.3.1 <i>L'ouverture du service d'odontologie : un changement organisationnel « radical »</i>	28

3.3.2	<i>Le processus de diffusion : une condition du succès du changement radical</i>	33
3.3.3	<i>Nécessité d'acquisition de compétences lors d'un changement organisationnel</i>	35
3.3.4	<i>Du personnel exposé aux risques psychosociaux</i>	40
3.3.5	<i>Nécessité d'élaborer un plan d'action axé sur la prévention des risques psychosociaux et le développement des compétences collectives</i>	43
4	PLAN D'ACTION.....	46
4.1	LE CONCEPT D'ORGANISATION APPRENANTE.....	47
4.1.1	<i>L'émergence du concept d'organisation apprenante</i>	47
4.1.2	<i>Les précurseurs de l'organisation apprenante</i>	48
4.1.3	<i>Les caractéristiques d'une organisation apprenante</i>	52
4.2	LA PEDAGOGIE DU DYSFONCTIONNEMENT	55
4.2.1	<i>Organisation apprenante versus management de la qualité</i>	55
4.2.2	<i>Organisation apprenante et leadership</i>	57
4.3	ACCOMPAGNER LE MANAGER DANS LA MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION APPRENANTE	60
4.3.1	<i>Le concept « d'accompagnement » : un concept paradoxal</i>	60
4.3.2	<i>La démarche d'accompagnement</i>	61
5	EVALUER LA REUSSITE DU PROJET	64
6	CONCLUSION	65
	BIBLIOGRAPHIE.....	67
	TABLE DES ANNEXES	

Liste des acronymes

AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
AP-HP :	Assistance Publique- Hôpitaux de Paris
ARS :	Agences Régionales de Santé
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CFAO :	Conception et Fabrication Assistées par Ordinateur
CLS :	Contrat Local de Santé
CSERD :	Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaire
DMU :	Département Médicaux Universitaires
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
ETP :	Équivalent Temps Plein
GED :	Gestion Électronique Documentaire
HAS :	Haute Autorité de Santé
IGAENR :	Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME :	Institut Médicaux Éducatifs
Indice CAO :	Nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées
MERRI :	Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASS :	Permanence d'accès aux soins
PIB :	Produit Intérieur Brut
PPH :	Préparatrice en Pharmacie Hospitalière
PRAPS :	Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et au Soins des personnes les plus démunies
PRS :	Projet Régional de Santé
RHAPSOD'IF :	Réseau Handicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France
ROI :	retour sur investissement
SIGAPS :	Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UFSBD :	Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire
UPEC :	Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

INTRODUCTION

Suite à un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le Centre de soins d'enseignements et de recherches dentaires (CSERD) du groupe hospitalier Henri MONDOR de Créteil a déménagé dans de nouveaux locaux en Janvier 2018 afin d'augmenter sa capacité d'accueil et répondre aux besoins de santé publique. Depuis l'ouverture du service, la direction de l'hôpital est interpellée de manière récurrente et insistante par le chef de service sur un certain nombre de dysfonctionnements qui n'existaient pas jusqu'alors.

En juillet 2019, soit 18 mois après l'ouverture du centre dentaire, lors de la mise en place des Départements Médicaux Universitaires (DMU) au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), la direction générale de soins me propose, à compter du 1^{er} septembre, le poste de Faisant Fonction de Cadre Supérieur sur ce secteur, avec pour mission, de structurer la qualité au sein du service.

Lorsque, le 29 Août 2019, je sollicite un rendez-vous auprès du chef de service, ce dernier n'avait alors reçu aucune information de la part de l'institution sur mon affectation, pourtant actée depuis le 10 juillet 2019.

Ne comprenant pas mon rôle au côté d'un cadre supérieur, déjà en poste à temps partiel depuis deux ans, il va mettre près d'un mois avant d'accepter de me recevoir, souhaitant s'informer, au préalable, auprès de la direction de l'établissement, sur les raisons et les modalités de ce nouveau fonctionnement managérial.

Quant au cadre supérieur, titulaire de son titre depuis plusieurs années, il montre une certaine inquiétude devant une organisation hiérarchique fonctionnelle qui réinterroge son positionnement au sein du service.

C'est donc dans ce contexte, pour le moins complexe et relativement inconfortable, que je rencontre enfin le chef de service, fin septembre 2019. Au décours de notre entretien, il me relate l'ensemble des problématiques existantes.

On retrouve des dysfonctionnements sur l'accueil téléphonique, l'hygiène, la traçabilité et la logistique, mais plus particulièrement dans le circuit de stérilisation dont les conséquences obligent les chirurgiens-dentistes à annuler, chaque jour, des consultations par manque de matériel disponibles à la distribution. L'impact sur la réputation de la qualité du service rendu, est donc majeur. A cela se rajoute un *turn over* important du personnel paramédical, mais également de l'encadrement de proximité, qui ne reste pas au-delà d'une année sur le poste. Le dernier cadre doit quitter le service en octobre 2019.

Afin de mieux appréhender le contexte général, dans un domaine dont le fonctionnement m'était jusqu'alors totalement inconnu, il me semble alors indispensable d'effectuer des recherches sur le système de santé bucco-dentaire et d'analyser l'organisation et les conditions d'ouverture du service, dans l'objectif de collecter des éléments de compréhensions et faire preuve de discernement dans l'élaboration d'un plan d'action pertinent au regard des difficultés. Le chef de service accepte de me donner toute la latitude nécessaire pour mener à bien le projet et, pour ce faire, de me transmettre l'ensemble des documents qui pourront être nécessaires à la démarche.

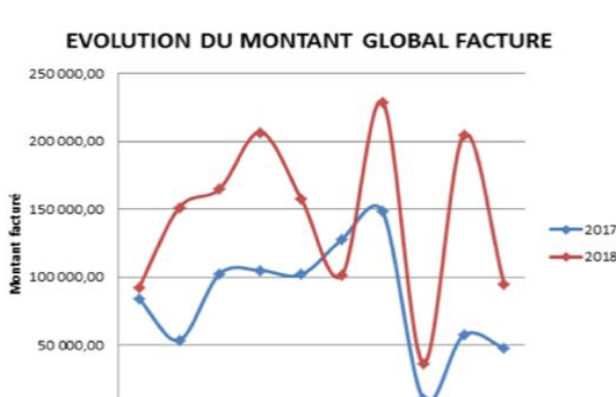
1 LE CENTRE DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DENTAIRE (CSERD) DU GROUPE HOSPITALIER HENRI MONDOR

1.1 PRESENTATION ET MISSIONS DU CSERD DE MONDOR

Surnommé « le palais de la dent » par les personnels de Mondor, préalablement situé sur l'hôpital A. CHENEVIER, le service a ouvert ses portes dans sa nouvelle configuration en Janvier 2018 sur le site Henri Mondor à la suite des recommandations de l'IGAS afin de répondre au mieux aux besoins de santé bucco-dentaire.

Le service compte désormais 36 fauteuils dentaires dont 28 fauteuils en box de soins « ouverts », 5 fauteuils en box de soins « fermés », 3 salles d'interventions, une unité de radiologie avec cône beam (scanner) et un laboratoire de prothèses équipé du système d'assistance par ordinateur (CFAO) tel que recommandé par l'IGAS (recommandation N°10)¹.

Quand le service accueillait entre 35 000 et 40 000 patients par an en 2017 lorsqu'il était situé sur le site d'A. CHENEVIER, il en accueille aujourd'hui près de 50 000.



1.1.1 La mission d'enseignement du CSERD :

L'équipe médicale comprend 56 praticiens, 6 chirurgiens et accueille près de 200 étudiants de l'Université Paris Descartes.

CHEF DE SERVICE	PR PHILIPPE PIRNAY		
Adjoint au chef de service (Recherche)	Pr Elisabeth DURSUN	13 praticiens HU titulaires :	3 PU-PH 3 MCU-PH Temps plein 7 MCU-PH Temps partiel
Adjoint au chef de service (Enseignement)	Dr Claudine WULFMAN	6 praticiens hospitaliers (PH et PHc) :	1 PH Temps plein 2 PH Temps partiel 3 PHc temps partiel
Adjoint au chef de service (Organisation)	Dr Olivier LE MAY	22 praticiens contractuels :	13 AHU Temps partiel, 1 AHU temps plein 6 Attachés hospitaliers Temps partiel
		15 praticiens attachés hospitaliers (bénévoles) :	Stagiaires Temps partiel

¹ IGAS, RAPPORT N°RM2013-054. Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Mai 2013. P 31 (consulté le 15 octobre 2019) Disponible : <http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme>

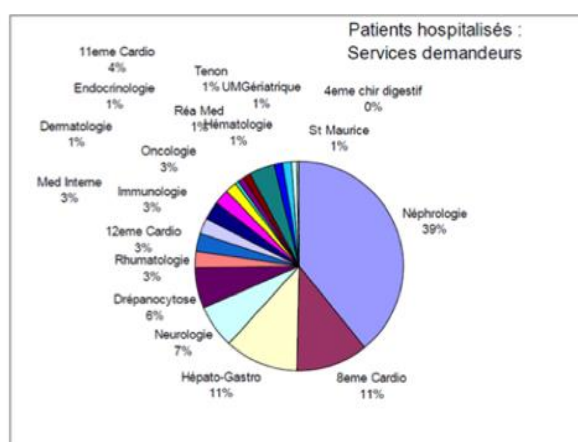
SOIGNANTS	PERIODE	TOTAL DE PATIENTS PEC	RATIO
ETUDIANTS	Septembre 2018	1660	49% des patients sont pris en charge par les étudiants
	Octobre 2018	2154	
	Novembre 2018	1935	
PU-PH-PA- Internes – DU- Radio	Septembre 2018	1003	51 % des patients
	Octobre 2018	2191	
	Novembre 2018	1400	
Centre de compétence –PASS – hospi	Septembre 2018	482	Prise en charge par les seniors
	Octobre 2018	488	
	Novembre 2018	694	

1.1.2 Les missions de soins du CSERD :

Le service prend en charge des soins programmés et non programmés (urgences dentaires) des plus simples au plus complexes :

- Odontologie conservatrice et endodontie
- Prothèses dentaires : adjointe, conjointe, prothèse sur implant
- Parodontologie: détartrage, surfaçage, chirurgie des gencives
- Odontologie pédiatrique
- Orthodontie, orthopédie dento-faciale
- Chirurgie orale, implantologie dentaire
- Odontologie esthétique, éclaircissement dentaire
- Radiologie dentaire
- Soins dentaires sous Anesthésie Générale

Le service accueille des patients de tout âge, polymédiqués ou nécessitant des traitements complexes.



Des soins sous protoxyde d'azote sont proposés pour les adultes et enfants anxieux ainsi que pour les enfants handicapés.

Grâce à la télémédecine, à l'aide de l'outil « Télédent », le service offre la possibilité d'effectuer des consultations bucco-dentaire aux détenus de la prison de Fresnes et aux services de gériatrie. Il répond ainsi à la stratégie nationale de santé publique 2018-2022 qui inclue dans ses objectifs l'organisation des soins bucco-dentaires en EHPAD ².

² Comité interministériel pour la santé. Priorité Prévention Rester en bonne santé tout au long de sa vie. 26 mars 2018. (Consulté le 2 novembre 2019). Disponible : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/dossier_de_presse_-_priorite_prevention_rester_en_bonne_sante_tout_au_long_de_sa_vie.pdf

Depuis avril 2018, la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) bucco-dentaire a également rejoint le nouveau bâtiment afin de répondre au mieux aux besoins de la population en situation de précarité.

Le service s'est doté de trois antennes sur les hôpitaux d'A. CHENEVIER, d'E.ROUX et de G. CLEMENCEAU. La création d'unités fonctionnelles sur les sites gériatriques répond aux besoins de prise en charge bucco-dentaire de la personne âgée, en développant une offre au plus près de leur hospitalisation. (Recommandations 26 et 27 du rapport de l'IGAS)³.

1.1.3 Les missions de Santé Publique dentaire du CSERD :

Le service assure plusieurs missions de santé publique :

- Journées porte ouverte (convention avec la Mairie de Créteil) : Les écoles Allezard et Beauvin, ainsi que les Instituts médico-éducatifs (IME) Leloup et La Nichée bénéficient de ce programme qui comporte un volet prévention nécessaire à l'apprentissage d'une bonne hygiène bucco-dentaire et un volet dépistage.
- Prévention et dépistage dans différentes écoles primaires et crèches de Créteil en partenariat avec le CCAS de Créteil – Secteur Petite Enfance – Service Prévention Santé
- Action de prévention à l'Institut le Val Mandé à Saint-Mandé en direction des personnes en situation de handicap.
- Actions de prévention dans les crèches du groupe hospitalier Henri Mondor
- Actions de Consultation en Hôpital de Jour de services de Gériatrie à l'hôpital Albert Chenevier, et à l'Hôpital Émile Roux
- Prévention, dépistage et soins aux étudiants de l'UPEC

Afin d'effectuer l'ensemble de ces missions de soins et de Santé Publique, le service reçoit différentes enveloppes budgétaires.

RESSOURCES	2017	2018
RHAPSOD'IF	10 950	21 300
MAIRIE DE CRETEIL	0	5 000 €
ARS	0 206 500 €	74 000 € TELEDENT 206 500 €. PASS BUCCO-DENTAIRE
INSTITUT DU VAL MANDE	0	10 000 €

1.1.4 La mission de recherche du CSERD :

Le service travaille actuellement sur plusieurs projets de recherche (**Cf. ANNEXE 1**). Cette activité de recherches donne lieu à des publications scientifiques nationales qui sont recensées sous forme de points SIGAPS. Les dotations budgétaires spécifiques au titre de missions d'intérêt général, et plus spécifiquement des Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) prennent en compte le nombre de points obtenus. Il est à noter qu'au sein de l'AP-HP, la redistribution partielle de ce financement ne s'effectue pas par service mais par Département Médicaux Universitaire (DMU).

³ IGAS, RAPPORT N°RM2013-054. Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Mai 2013. P. 48. (Consulté le 15 octobre 2019) Disponible : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-11-02-2014-rapport_igas_2013_odontologie.pdf

Points SIGAPS du CSERD du GH H. MONDOR

Période : 2008 - 2018								
Année	Total	A	B	C	D	E	NC	Score
2008	10	1	1	5	0	1	2	114
2009	10	0	3	1	3	0	3	110
2010	13	1	2	6	2	1	1	162
2011	8	2	1	1	1	1	2	129
2012	7	4	0	2	0	1	0	154
2013	10	2	2	0	2	1	3	114
2014	13	1	4	4	1	2	1	181
2015	11	2	2	2	0	3	2	132
2016	13	0	3	1	4	2	3	135
2017	7	3	0	1	0	3	0	118
2018	12	3	4	1	0	4	0	204
Total	114	19	22	24	13	19	17	1553

1.1.5 L'organisation paramédicale du service :

L'accueil physique et téléphonique, la prise de rendez-vous et la facturation sont effectués par une équipe composée d'aides-soignants et d'agents administratifs. Le personnel paramédical comprend en novembre 2019 : 3 infirmiers, 12 agents d'accueil et de facturation, 12 agents de Distribution/prélavage/recompositions/bio nettoyage, 2 logisticiens, 2 secrétaires, un manipulateur radio et 1 cadre supérieur à mi-temps qui assure l'intérim en attendant le recrutement d'un cadre de proximité.

1.2 LE CSERD A INTEGRE LE DEPARTEMENT MEDICO-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE DU GH DE MONDOR

La « nouvelle AP-HP » revoit le fonctionnement de sa gouvernance dans un objectif de décentralisation et instaure dès juillet 2019 la mise en place des DMU qui se substituent aux pôles.

1.2.1 La « nouvelle AP-HP »

Ce projet reconfigure les gouvernances des Groupes hospitaliers en lien avec les périmètres universitaires afin de répondre aux enjeux en matière de recherches et d'innovations. Ils doivent également faciliter la coopération entre les équipes afin de limiter au maximum les prétextes à la concurrence interne et, ainsi, être à la fois plus compétitifs et complémentaires pour répondre aux besoins de santé d'un territoire et à une logique de parcours de soins.

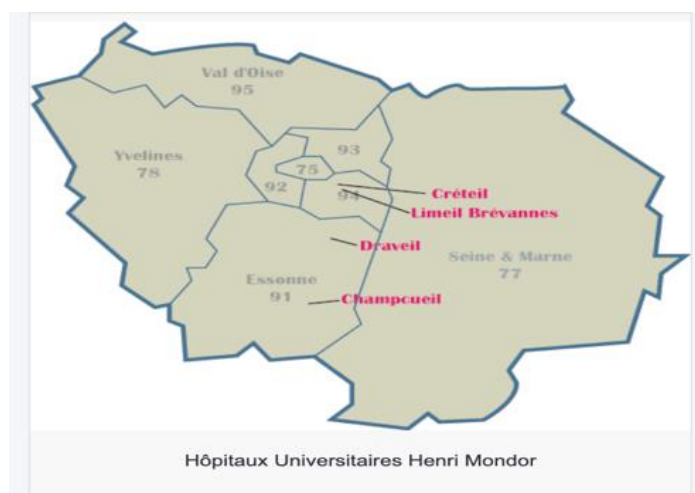
Les services, dans ce contexte, doivent être confortés et reconnus comme niveau essentiel d'organisation des soins et d'animation d'équipes autour de projet médicaux communs et devront être les vecteurs de la qualité de vie au travail.

1.2.2 Les DMU des hôpitaux universitaires Henri Mondor

Les hôpitaux universitaires Henri Mondor coordonnent cinq établissements implantés dans le val de Marne et l'Essonne.

L'hôpital Henri Mondor, en fusionnant avec celui d'Albert Chenevier, tous deux situés sur la ville de Créteil, totalise 1300 lits d'hospitalisation complètes et 120 places d'hospitalisation de jour. 70% des patients proviennent du val de marne et 11% de la seine et marne. Les trois autres sites (E. Roux, Dupuyrien et G. Clémenceau) sont

spécialisés dans l'accueil de la personnes âgées dont 85% dépendent de leur territoire de santé.



De 17 pôles, le groupe hospitalier Henri Mondor s'organise en 8 DMU (Biologie-pathologie ; Fonction image et interventionnel thérapeutique ; Vigilances recherche-santé publique-pharmacie ; chirurgie-anesthésie réanimations chirurgicales ; Médecine ; Cancer ; Psychiatrie-addictologie et Gériatrie qui regroupe les trois sites gériatriques).

Le CSERD quant à lui, est intégré au DMU médecine⁴. (Cf. ANNEXE 1)

En s'intéressant de plus près aux besoins de santé bucco-dentaire nous allons voir dans quelle mesure le CSERD répond aux priorités du plan stratégique régionale de santé ainsi qu'à la stratégie nationale de santé publique 2018-2022.

⁴ Présentation des DMU de l'AP-HP. CME du 11 juin 2019. (Consulté le 3 novembre 2019). Disponible sur : http://www.sccahp.org/usrfile/Dossier/34/cme11juin2018_dmu.pdf

2 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

2.1 LA SANTE BUCCO-DENTAIRE : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit une bonne santé bucco-dentaire par :

« L'absence de douleur buccale ou faciale. Mais aussi de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et pertes de dents, et d'autres maladies qui limitent la capacité de mordre, de mâcher, de sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosociaux. »

De nombreuses études scientifiques⁵ dévoilent le lien indéniable entre le mauvais état buccal et l'état de santé général. Elles mettent en exergue, non seulement une incidence sur les maladies cardio-vasculaires et diabétiques, mais également sur certaines pneumopathies d'inhalation.

Des études épidémiologiques montrent, par ailleurs, que le mauvais état bucco-dentaire joue un rôle sur la prévalence des pathologies cancéreuses. Enfin, l'édentement, et la dénutrition qui en résulte, augmente le risque de maladies systémiques et de décès.

Les affections bucco-dentaires peuvent, d'autre part, avoir une incidence sur le bien-être et sur la qualité de vie au quotidien (douleurs, difficulté à mâcher, à parler ou à sourire).

Un mauvais état bucco-dentaire est également un réel marqueur social et peut devenir un facteur d'exclusion.

La haute Autorité de santé (HAS) stipule, en effet, qu'il existe un lien entre la présence de caries à soigner et la situation sociale du public concerné.

Un plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010⁷ est instauré pour la première fois en France. Il a pour objectif le développement d'une politique de prévention, en particulier auprès des populations à risque élevé telles que les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et les femmes enceintes.

Une des mesures phares de ce plan est la mise en place d'un examen bucco-dentaire, pris en charge à 100%, et sans avance de frais, pour les enfants de 6 et 12 ans.

L'HAS, en s'appuyant sur des résultats épidémiologiques nationaux, renforce les mesures de prévention en les généralisant à l'ensemble de la population⁸. Force est de constater, cependant, un manque d'études épidémiologiques disponibles en France sur le sujet.

⁵ Destination-santé. L'OMS rappelle les bases de la santé bucco-dentaire. (4 mai 2012). (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://destinationsante.com/l-oms-rappelle-les-bases-de-la-sante-bucco-dentaire.html>

⁶ Radoï L. et al. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. La Revue de la Gériatrie, Tome 41, N°1 Janvier 2016. (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2016_41_5-16.pdf

⁷ Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan. De prévention bucco-dentaire. (2 novembre 2015). (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>

⁸ HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations. Mars 2010. (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

2.2 L'ETAT DE SANTE BUCCO DENTAIRE EN FRANCE

L'IGAS établit, en 2013, un état des lieux au bilan assez sévère⁹. Le rapport qualifie l'action des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, concernant l'amélioration de l'accès aux soins et des pratiques professionnelles, « d'attentiste et d'abstentionniste ».

Ce constat peut être mis en lien avec la nécessaire maîtrise des dépenses de santé. Au-delà, on constate une augmentation des soins prothétiques, actes les mieux rémunérés et les plus susceptibles d'être soumis au dépassement d'honoraires, alors que les soins conservateurs restent stables.

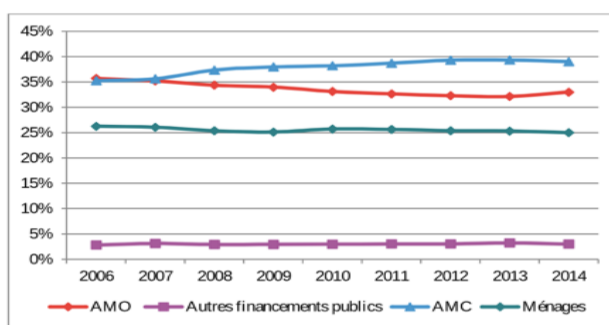
La cour des comptes,¹⁰ dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité Sociale de septembre 2016, précise que la liberté tarifaire induit des écarts de prix entre les professionnels mais également entre les différentes zones géographiques.

A cela se rajoute des choix thérapeutiques qui engendrent une augmentation du reste à charge pour le patient. Elle pointe du doigt le déséquilibre conventionnel qui existe entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie et, de fait, non seulement la dépense n'est pas maîtrisée mais les dépassements d'honoraires ne cessent de s'accroître.

Malgré un rapport en 2010 sur les soins dentaires,¹¹ faisant déjà état d'un désengagement de l'assurance maladie et préconisant la mise en place, par les pouvoirs publics, d'une stratégie afin de répondre aux problèmes d'accès aux soins dentaires, la cour des comptes fait état d'une aggravation du désengagement de l'assurance maladie au profit des assurances complémentaires.

« Entre 2006 et 2014, la part des dépenses prises en charge par l'AMO a baissé de 36 % à 33 %. Cette diminution a été largement mécanique, dès lors que la dépense a progressé plus rapidement sur des segments qu'elle finance peu, comme l'orthodontie, ou pas du tout, comme les implants ou le traitement des maladies de la gencive¹². »

Graphique n° 18 : évolution de la prise en charge des dépenses dentaires par type de financeur (2006-2014)



Source : Cour des comptes d'après données DREES.

Ce désengagement des pouvoirs publics se retrouve dans le peu de recommandations disponibles. En effet, un seul plan de santé consacré aux soins

⁹ IGAS RAPPORT RM2013-096P JUIN 2013. Évaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien. Dentiste. (Consulté le 17 novembre 2019). Disponible : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000498.pdf>

¹⁰ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, La Documentation française, septembre 2010, (Consulté le 17 novembre 2019). Disponible : www.ccomptes.fr.

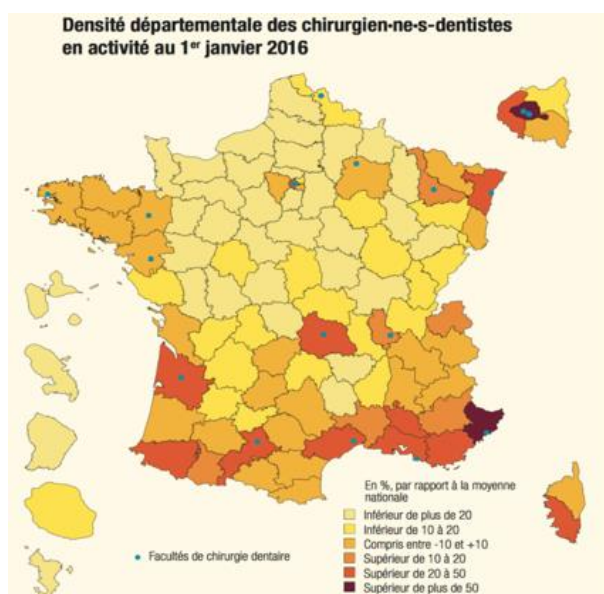
¹¹ Cour des comptes, La sécurité sociale. Septembre 2010. (Consulté le 17 Novembre 2019). Disponible : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010.pdf

¹² Cours des comptes. Rapport de septembre 2016 chapitre VI les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. p. 250 (consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/33087>

bucco-dentaire a vu le jour en 2006, ce dernier étant attaché uniquement à la prévention.

Enfin, il existe très peu de travaux de l'HAS dans le domaine des soins dentaires. C'est l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) qui décline sur le territoire les actions de préventions et d'éducatons, en échange d'une somme allouée par l'assurance maladie et qui, d'autre part, instaure un certain nombre de recommandations, sous forme de fiches pratiques¹³, en s'appuyant sur la littérature scientifique. Pour autant, ces recommandations ne sont pas toutes validées par les autorités compétentes.

La cour des comptes met également en exergue de fortes disparités géographiques avec des zones sur-dotées en chirurgiens-dentistes alors que d'autres zones restent déficitaires.



En conclusion, la situation sanitaire, en ce qui concerne la santé bucco-dentaire française, reste médiocre. Malgré le peu de données épidémiologiques disponibles, le rapport de la cour des comptes souligne que près d'un patient sur cinq renonce aux soins dentaires pour des raisons financières. Il s'avère, d'autre part, que l'accès aux soins bucco-dentaire est fortement inégalitaire selon les classes sociales, mais également selon les territoires.

Seuls 37% des français consultent de manière préventive alors que plus d'un tiers le font en urgence. A l'échelle de l'Europe, la France à le taux de cancer buccaux dentaire le plus élevé. 50 % de la population française est atteinte de parodontite et parmi eux 75% ne sont pas traités. Or cette pathologie est responsable de la plupart des pertes dentaires.

Seule la prise en charge de santé bucco-dentaire s'est amélioré chez les enfants durant les dix dernières années, avec la mise en place du programme « M'T Dents » à l'initiative du Plan national de prévention bucco-dentaire de 2006.

¹³ UFSBD Espace Pro. Fiches pratiques. (20 novembre 2019). Disponible : <https://www.ufsbd.fr/nos-fiches-pratiques/>

Cependant, ce plan préconisait également la mise en place de mesures de prévention au sein des établissements médico-sociaux ainsi qu'un examen systématique au 4ème mois de grossesse chez la femme enceinte.

Il aura fallu attendre 2014 pour que s'instaure le contrôle systématique au 4ème mois de grossesse. Quant aux résidents des établissements médicaux sociaux, 80% d'entre eux n'ont pas eu accès à une consultation dentaire depuis au moins 5 ans.

Concernant la population carcérale, il faudra attendre l'article 44 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour que l'état autorise une évaluation dentaire de la personne détenue et ce, à titre expérimentale¹⁴.

Enfin, sur le plan de l'efficience, le rapport entre l'indice CAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) et la part du PIB (produit intérieur brut), consacrée aux soins dentaires, est moins bon que dans la plupart des pays de la zone européenne.

Au regard de ce bilan, une nouvelle convention dentaire entre en vigueur à compter du 1er avril 2019, ratifiée par l'arrêté du 20 Août 2018¹⁵. L'ensemble des décisions vont dans le sens d'un meilleur accès aux soins sur l'ensemble du territoire avec l'instauration de contrats d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones sous-dotées, mais également avec la valorisation financière des soins conservateurs.

L'accès aux soins, pour les populations fragiles, est également facilité par un plafonnement des soins prothétiques et le remboursement intégral pour l'assuré social. Le deuxième volet de la convention concerne la prévention et l'éducation auprès des enfants, des jeunes adultes et des femmes enceintes.

2.3 SOINS BUCCO-DENTAIRES ET PROJET REGIONAL DE SANTE EN ILE DE FRANCE

Le rapport de l'IGAS fait état que seules deux Agences Régionales de Santé (ARS) ont fait des soins bucco-dentaires une des priorités de leur Projet Régional de Santé (PRS) dont celle de l'île de France.

Dans son projet régional de santé de 2013-2017, l'ARS d'île de France inclus, dans son Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)¹⁶, un volet bucco-dentaire, afin de répondre à la disparité territoriale, à l'accessibilité aux soins pour tous, à la prévention bucco-dentaire, à l'optimisation des soins afin de prodiguer le soin le plus adapté au patient et, enfin, à l'adaptation des soins, en particulier pour des populations fragiles telles que les personnes en situations de précarité ou de handicap, les jeunes enfants, les personnes âgées dépendantes ou non, les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes en milieu carcéral.

¹⁴ Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 41. (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913098&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

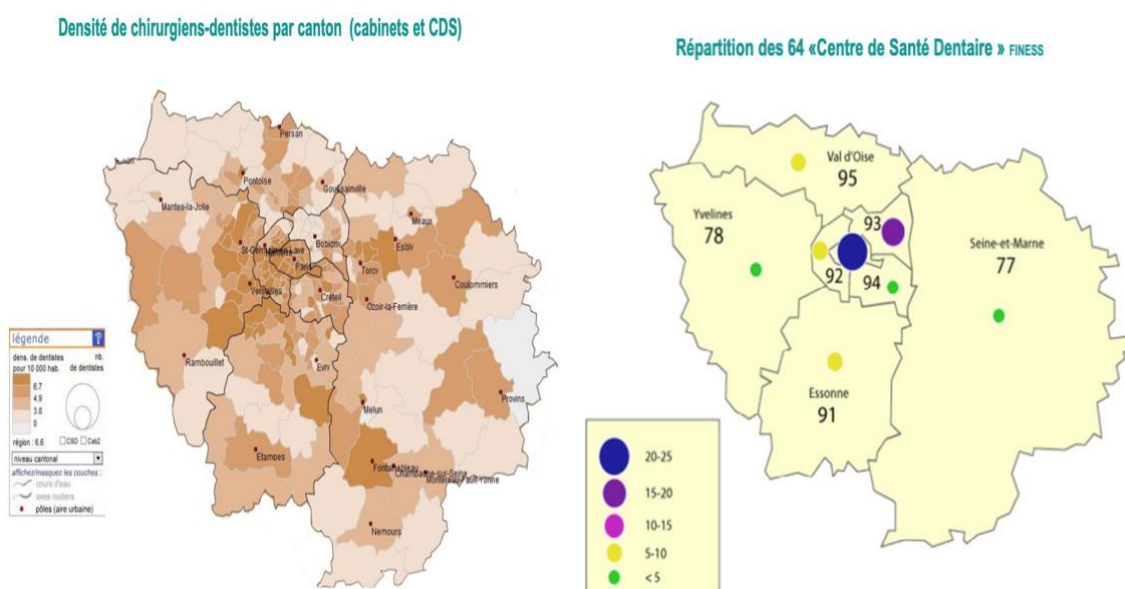
¹⁵ Légifrance. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538&dateTexte=&categorieLien=id>

¹⁶ Projet Régional de Santé. Schéma d'organisation des soins. Volet buccodentaire. Synthèse. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire-synthese.pdf>

2.4 L'OFFRE DE SOINS : UNE DISPARITE GEOGRAPHIQUE EN ILE DE FRANCE

Le rapport de la cour des comptes fait état, au niveau national, que 89% des chirurgiens-dentistes exercent exclusivement en Libéral. Les salariés qui représentent moins de 11% du total des praticiens, exercent pour 9,8% dans des centres de santé et pour 1,2% seulement dans des établissements hospitaliers. En îles de France la part de praticiens salariés est légèrement plus importante qu'au niveau national (17%). Cette différence s'explique par l'implantation de services d'odontostomatologies intégrés à des établissements hospitaliers. Enfin, les centres de santé couvrent 8% de l'offre de soins en île de France contre 5% au niveau national.

Pour autant la concentration des praticiens se situent principalement sur Paris et sur le département des hauts de seine, laissant certains départements très en deçà de la moyenne nationale. Le PRS d'île de France fait donc plusieurs propositions afin de limiter cette disparité territoriale et préconise, entre autres, la création de centres de santé supplémentaires ainsi que celle de postes de praticiens hospitaliers non universitaire.



2.5 LA FORMATION INITIALE DES CHIRURGIENS-DENTISTES : UN ENJEU DANS L'ACCES AUX SOINS DES POPULATIONS SPECIFIQUES

Durant leur formation, les étudiants doivent pouvoir être formés non seulement à la prévention mais également à la prise en charge des populations spécifiques. Dès le deuxième cycle de leurs études ils effectuent des stages cliniques dans des centres de soins dentaires encadrés par des enseignants hospitalo-universitaires. L'internat, durant le troisième cycle des études, s'effectue dans un centre ayant reçu l'agrément¹⁷ par le biais d'un arrêté annuel d'agrément.

De par leurs activités de soins auprès des populations en situation de handicap, de dépendance ou/et de précarité, de réponse aux situations d'urgence et de prise en charge des patients hospitalisés, la mission d'enseignement des CSERD est essentielle pour répondre aux objectifs régionaux de l'offre de soins.

¹⁷Agrément Universitaire 2019-2020. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Odontologie%20agr%C3%A9ments%202019-2020.pdf>

2.6 LES CSERD D'ILES DE FRANCE

Les CRSED d'île de France font tous parti de l'AP-HP¹⁸. Ils assurent les missions d'activité de soins, de prévention, de formation et de recherches. A l'AP-HP, les services d'Odontologie sont répartis dans six hôpitaux qui dépendent, soit de l'université Paris V, soit de l'université Paris VII.

4.3.5.1 Services odontologiques hospitalo-universitaires



Six Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires (CSERD) sont répartis dans six hôpitaux de l'AP-HP et dépendent des deux facultés en Ile de France.

Il est à noter que l'implantation géographique des CSERD est concentrée sur Paris intra-muros et sa petite couronne en suivant une ligne nord-Ouest/sud-Est. Leur répartition au sein du département est donc fortement inégalitaire.

Conscient de l'importance des CSERD et de leur organisation dans l'amélioration et l'accessibilité des soins bucco-dentaire dans le cadre du SROS d'île de France, la ministre des affaires sociales et de la santé saisit en 2013 l'IGAS afin d'effectuer une mission d'évaluation des six services hospitalo-universitaires d'Odontologie de l'AP-HP, conjointement avec l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche (IGAENR).

Un rapport est établi en Mai 2013¹⁹: Il préconise 33 recommandations qui concernent la stratégie de l'AP-HP, le pilotage de l'activité, le pilotage financier, les ressources humaines médicales, l'enseignement et les missions de santé publique des services d'odontologie.

La répartition territoriale doit être repensée afin de garantir une offre de soin qui répond aux besoins de la population et qui doit également être renforcée en faveur des populations vulnérables.

L'APHP doit engager une réflexion stratégique générale en adéquation avec son plan stratégique 2015-2019, clarifier le volet financier en uniformisant les pratiques de codages et de facturations et effectuer un suivi annuel des performances médico-économiques.

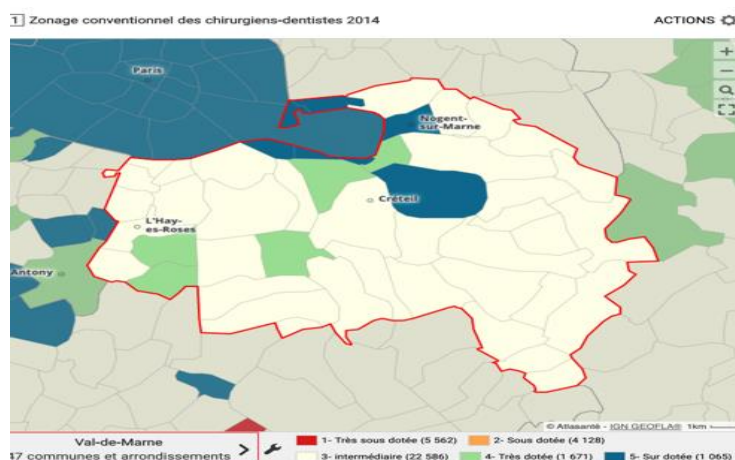
C'est donc dans ce contexte que les travaux sont engagés sur le CSERD de Créteil afin de répondre aux besoins du bassin de population et aux objectifs du SROS

¹⁸AOI. Accès aux soins dentaires. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/_include/Odontologie%20CHU%20annuaire%202010.pdf

¹⁹IGAS, RAPPORT N°RM2013-054 Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Mai 2013. (Consulté le 15 octobre 2019). Disponible : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-11-02-2014-rapport_igas_2013_odontologie.pdf

2.7 LE CSERD DE CRETEIL

Le CSERD du groupe hospitalier Henri MONDOR se situe dans la ville de Créteil, préfecture du Val de Marne. La densité des chirurgiens-dentistes du département du val de Marne se situe dans la moyenne nationale mais on observe des disparités selon les communes du département.



Depuis plusieurs années le département décline, au sein des collectivités locales, un programme de prévention bucco-dentaire chez les jeunes²⁰. Suite à la loi Hôpital Patient Santé et Territoire du 21 juillet 2009, la ville de Créteil signe en 2013 un Contrat Local de Santé (CLS) avec l'ARS²¹. Les CLS sont des outils de lutte contre les inégalités sociales et territoriales.

Ce contrat s'élabore en intégrant deux des fiches actions centrées sur la prévention bucco-dentaire : la prévention bucco-dentaire chez les enfants de 0 à 12 ans et la prévention bucco-dentaire dans les IME. Les partenaires identifiés pour mener à bien ce plan d'action sont l'ARS, le CSERD du groupe hospitalier d'Henri Mondor et le réseau RHAPSOD'IF (Réseau Handicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France).

Le département dispose depuis juillet 2011 d'une permanence d'accès aux soins de santé buccodentaire sur le site d'Henri MONDOR ; La PASS bucco-dentaire facilite l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et permet, ainsi, une prise en charge globale du patient. Elle s'inscrit dans le Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et au Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du PRS. Considérée comme Mission d'Intérêt Général, elle est financée par l'ARS sous la forme d'une dotation qui intègre l'ensemble des frais en matériels et en personnels nécessaires à l'activité²².

2.8 UNE RESTRUCTURATION NECESSAIRE

Initialement basé sur l'hôpital Albert CHENEVIER depuis 1971, Le service d'Odontologie, intégré au département d'Odontologie du Groupe Hospitalier Henri MONDOR de l'APHP, comportait 29 fauteuils et une unité fonctionnelle de trois fauteuils sur le site d'Henri MONDOR ; l'équipe comprend alors 17 odontologistes hospitaliers dont 3 à temps plein, 2 Praticiens Hospitaliers, 9 Odontologistes assistants,

²⁰ Conseil départemental du val de marne. La santé bucco-dentaire. (Consulté le 3 décembre 2019). Disponible : <https://www.valdemarne.fr/le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi/la-sante-bucco-dentaire>

²¹ Ville de Créteil. Contrat Local de Santé. (Consulté le 6 décembre 2019). Disponible : <https://www.ville-creteil.fr/contrat-local-de-sante-94-CLS-Créteil-2012-2013.PDF> pp 10-11

²²ARS. Les permanences d'accès aux soins de santé. (Consulté le 6 décembre 2019). Disponible : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-daccés-aux-soins-de-santé-0>

4 Attachés Hospitaliers, 4 internes, 90 étudiants, 1 cadre de santé, 2 Infirmiers, 14 aides-soignants, 1 logisticiens, 2 agents hospitaliers et une Préparatrice en Pharmacie Hospitalière (PPH).

Il avait, pour mission, la réalisation de soins bucco-dentaires des patients en consultations externes mais également dans le cadre d'une hospitalisation. Il participait, par ailleurs, à des actions de prévention bucco-dentaire²³.

Le CSERD de Chenevier-Mondor est, alors, l'un des seuls à l'équilibre sur le plan financier. Pour autant, l'exiguïté et la vétusté des locaux (bâtiments préfabriqués provisoires datant de 1971 d'une superficie de 380 m² pour une activité d'une moyenne de 120 patients par jour) ne permettent pas une extension de l'activité et ne garantissent pas un accueil et une prise en charge optimum des patients.

Par ailleurs, la charge d'encadrement pour les praticiens hospitalo-universitaires et le nombre d'étudiants par fauteuil étaient les plus élevés des CSERD.

En 2005, un premier projet de reconstruction du service d'odontologie est initié mais abandonné en 2009, le coût estimé à dix millions d'euros étant jugé alors trop onéreux.

Avec les conclusions du schéma directeur immobilier et technique de l'AP-HP en 2011, un nouveau projet est envisagé, moins coûteux (six millions d'euros) et prévoit le transfert du service sur le site d'Henri Mondor avec une augmentation du nombre de fauteuils à 36 au lieu de 32, ainsi que la création de trois salles de chirurgie dentaire. Pour autant, le projet est toujours au point mort lors de l'évaluation de l'IGAS.

Parmi les 33 recommandations du rapport, la première recommandation concerne donc la mise en œuvre urgente du regroupement des services d'A.CHENEVIER et de H. MONDOR :

« Recommandation n°1 : Mettre en œuvre de façon urgente le projet de regroupement des services d'odontologie de Mondor et d'A. Chenevier sur le site de Mondor en raison de la détérioration des bâtiments du service d'A. Chenevier et de la détérioration des conditions d'accueil des patients. Prévoir un schéma directeur global des CSERD²⁴ »

Suite à l'ensemble des recommandations du rapport de l'IGAS, l'AP-HP inscrit son projet d'amélioration d'accès aux soins bucco-dentaires dans le plan stratégique 2015-2019²⁵.

Il spécifie le projet de fusion des sites de Mondor et Chenevier, l'amélioration de l'offre de soins aux populations spécifiques ainsi que le développement d'outils de pilotage nécessaires à l'efficacité et à la mise en valeur de l'activité.

²³ Bracconi M. ; Kheng Pujade B. ; deoui F. ; Landru M. ; Gogly. B. Pimay P. Actions de prévention bucco-dentaire à l'hôpital Albert Chenevier : journée « portes ouvertes » pour les écoles. Santé Publique 2016/1 (vol 28). pp. 83-89. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-83.htm>

²⁴ IGAS, RAPPORT N°RM2013-054 Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Rapport mai 2013. p.16 (Consulté le 15 octobre 2019). Disponible : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-11-02-2014-rapport_igas_2013_odontologie.pdf

²⁵ Plan stratégique 2015-2019 - Une AP-HP ouverte, unie et innovante. (Consulté le 2 décembre 2012). Disponible : <https://www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019>

« Le plan odontologie en cours de finalisation, en lien avec les facultés, agira tant sur le nombre de structures hospitalières (fusion des sites de Mondor et Chenevier à Mondor, par exemple), que sur l'offre de soins à destination des populations sensibles (patients handicapés, précaires, enfants, personnes âgées, séquelles de radiothérapie des patients atteints de cancer), en envisageant la mise en place d'unités mobiles et de consultations de dépistage systématique²⁶ »

L'AP-HP a donc investi 7,2 millions d'euros entre 2016 et 2017 pour aménager les locaux du service d'odontologie du groupe Hospitalier Henri Mondor.

Le nouveau service, d'une superficie de 1700 m², ouvre ses portes le 8 janvier 2018 sur le site d'Henri Mondor.

L'ouverture du service se fait avec un retour sur investissement (ROI) sur le Personnel non médical. Bien qu'il soit prévu une augmentation d'activité, le nombre d'équivalent temps plein (ETP) de personnel paramédical passe de 14 à 12 aides-soignants sur la fonction bio-nettoyage- distribution-pré-lavage-recomposition.

Cette décision fait suite à un changement organisationnel qui inclue la centralisation de la partie lavage et conditionnement au niveau de la stérilisation centrale de Mondor.

Par ailleurs, la performance de stockage se voit améliorée grâce à l'entrepôt automatisé des 3500 références nécessaires au fonctionnement du service. La mise en place de ce matériel va justifier également la disparition du poste de préparateur en pharmacie.

Le logisticien, aide-soignant expérimenté dans le domaine de l'odontologie va donc se voir attribuer la gestion des dispositifs médicaux. Cette gestion se surajoute à celle de la logistique hôtelière et celle de la gestion des réparations et de l'entretien des locaux et du matériel.

Si, comme nous l'avons vu plus haut, l'activité du service d'odontologie s'est diversifiée avec une augmentation forte de l'activité afin de répondre aux exigences du PRS, il n'en demeure pas moins, qu'à bientôt deux ans de son ouverture, de nombreux dysfonctionnements subsistent.

²⁶ *Ibidem*, p.27

3 CONTEXTE D'EMERGENCE DU PROJET

3.1 A DEUX ANS DE L'OUVERTURE DU SERVICE : UN BILAN MITIGE

La direction de l'établissement est interpellée depuis plusieurs mois, par le chef de service, sur un certain nombre de dysfonctionnements :

⇒ **Sur les postes de travail de l'accueil et de la facturation :**

- Retard de facturation de plus de trois mois
- Répartition du personnel entre l'accueil téléphonique et l'accueil physique à revoir afin de garantir une présence téléphonique sur l'ensemble de la journée.

⇒ **Sur les postes de travail du circuit bio nettoyage-distribution-prélavage-recomposition**

- La décontamination des box et des fauteuils dentaires n'est pas réalisée dans les règles de bonnes pratiques.
- La qualité du circuit prélavage est insuffisante. De nombreux instruments arrivent en stérilisation avec des traces de plâtre et de sang et retournent dans le circuit.
- La recomposition des instruments n'est pas effectuée de manière rigoureuse. Les praticiens utilisent, de fait, plusieurs kits afin d'avoir l'ensemble du matériel nécessaire
- Le nombre de kits disponibles à la distribution est insuffisante pour assurer l'ensemble des consultations. Les praticiens se voient dans l'obligation d'annuler chaque jour deux à trois consultations par manque de matériel.
- Le circuit de traçabilité est insuffisamment respecté avec un risque majeur de disparition de matériel coûteux.

⇒ **Sur la logistique :**

- Le réapprovisionnement du matériel n'est pas effectué en temps et en heure.

A cela se rajoute l'instabilité de l'encadrement de proximité qui ne reste pas au-delà d'une année sur le poste. Actuellement il n'y a plus de cadre de proximité depuis octobre 2019. Un recrutement est en cours.

Devant l'inquiétude du chef de service pour l'image du centre dentaire auprès du public, avec un risque notoire de perte d'attractivité, à laquelle s'ajoute une perte financière, la cadre paramédicale de DMU décide, à mon arrivée en tant que Cadre Supérieur sur le secteur d'odontologie en septembre 2019, de me mandater sur : **L'élaboration d'un projet managérial dont l'objectif est la structuration de la qualité au sein du service par la redéfinition des postes de travail, des missions et des procédures.**

Afin d'initier un projet, Hugues Marchat²⁷ préconise, en premier lieu, d'établir un pré diagnostic dont l'objectif est de comprendre le contexte de l'étude sur le plan humain et structurel, en tenant compte des changements qui ont eu lieu dans les dernières années. Il s'agira, par ailleurs, d'évaluer les dysfonctionnements et leurs conséquences sur l'organisation en s'appuyant, dans la mesure du possible, sur des données quantitatives afin de limiter les risques d'interprétations qui restent du domaine du ressenti.

J'envisage donc, dans un premier temps, de me mettre en immersion au sein du service, afin d'en comprendre le fonctionnement mais également tenter d'analyser les raisons des dysfonctionnements avant d'élaborer un plan d'action

En parallèle il semble indispensable d'effectuer rapidement les démarches pour remplacer le cadre de proximité du service, afin de pouvoir le mandater dans la mise en œuvre du plan d'action.

²⁷ Marchat Hugues. Analyser un poste de travail ou un service. 5^{ème} Edition Gestion de projet stratégie et organisation e-book

3.2 LE TEMPS DU PREDIAGNOSTIC

3.2.1 Une observation « direct » sur le terrain

Afin de m'initier à l'ensemble des missions existantes, aux différents circuits organisationnels, et tenter de comprendre les difficultés rencontrées par chacun pour accomplir leurs tâches, j'ai fait le choix d'une observation direct sur le terrain.

Pour Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, auteurs d'un manuel de recherche en sciences sociales :

« Les observations directes captent les comportements au moment où ils se produisent et en eux même sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage...le chercheur peut être attentif à l'apparition ou à la transformation des comportements, aux effets qu'ils produisent et aux contextes dans lesquels ils sont observés, tels que l'ordonnance d'un espace ou la disposition des meubles d'un local qui cristallisent des systèmes de communication et de hiérarchie.²⁸ »

En sociologie, cette méthode d'observation direct permet de mieux appréhender certaines pratiques, en particulier celles qui sont difficilement descriptibles par les acteurs.

Anne Marie Arborio, sociologue,²⁹ nous met en garde sur les risques d'une telle pratique et l'illusion de penser que les acteurs nous laissent voir le travail réel, d'autant plus si ces derniers s'écartent de la prescription.

Si l'observation « *incognito* » peut éviter une modification des attitudes et des comportements, l'observation « à découvert » permet, quant à elle, de poser des questions, prendre des notes et d'accéder aux documents utiles à la compréhension de la situation.

Il n'était pas question, à cette étape du projet, d'effectuer des observations dans l'optique d'une recherche en sciences sociales, mais plutôt de comprendre, *in situ*, le travail à accomplir, les conditions dans lesquelles il s'effectue, et les interactions qui existent entre les acteurs, les différents postes de travail, mais également avec les services externes et les fonctions supports. Il s'agit donc de rendre compte du contexte, afin de définir les contours d'un projet pour parvenir aux objectifs attendus. Je fais le choix de les effectuer par demi-journées afin de rester attentive et disponible à l'ensemble des informations à recueillir.

3.2.2 Les premières observations et le questionnement qui en résulte.

Bien qu'effectuée sur l'ensemble des postes (**Cf. ANNEXE 2**), à l'issus de mon observation, Je décide d'interpeller la Cadre Administrative du DMU afin de la missionner dans la définition d'un plan d'action spécifique dans la résolution des difficultés observées sur l'accueil et la facturation.

²⁸ Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt Manuel de recherche en sciences sociales BORDAS, Paris : Dunod, 1988, p. 188

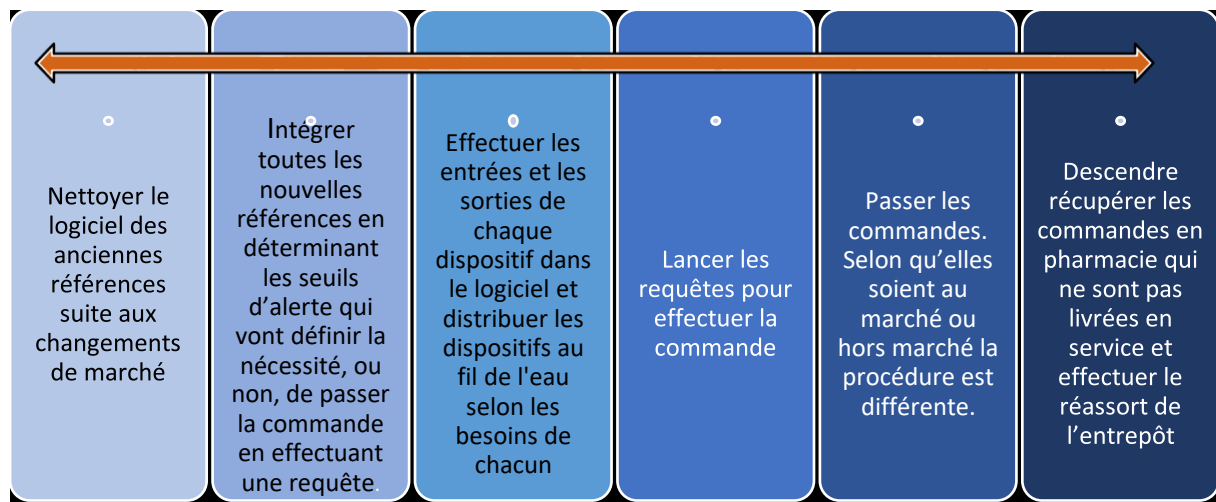
²⁹ Arborio A.M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier dans Recherche en soins infirmiers 2007/3 (N°90) pp.26-34

Organisation de la logistique :

Au niveau de la logistique, un aide-soignant expérimenté dans le domaine de l'odontologie est présent du lundi au vendredi de 10H00 à 17H30. Son bureau se situe dans le local de stockage des dispositifs médicaux.

Il gère 3500 références de dispositifs médicaux, l'ensemble des commandes hôtelières ainsi que la maintenance du matériel.

Le logisticien doit tenir à jour les données dans le logiciel COPILOTE attaché à l'entrepôt automatisé des dispositifs médicaux. Pour cela il doit :

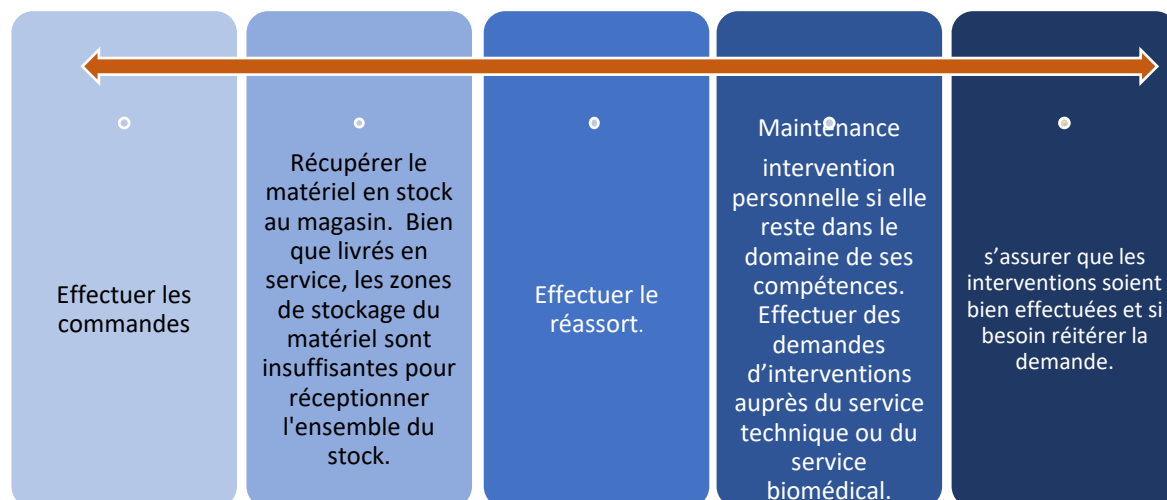


Or, l'enregistrement des références n'a pas été faite en amont de l'ouverture du service et, à ce jour, l'ensemble des références ne sont toujours pas intégrées. Du fait des changements de marchés, de nombreuses références, bien que caduques, restent enregistrées dans le logiciel et complexifient les requêtes.

Si le logisticien a bien reçu une formation sur l'utilisation du logiciel, à l'ouverture du service, elle s'est faite de manière concomitante à l'adaptation à une nouvelle organisation et n'a pas permis une appropriation sereine des connaissances.

A ce jour, il est dans l'incapacité de nettoyer le logiciel. D'autre part, il ne trouve pas le temps de finaliser l'enregistrement des références dans le logiciel.

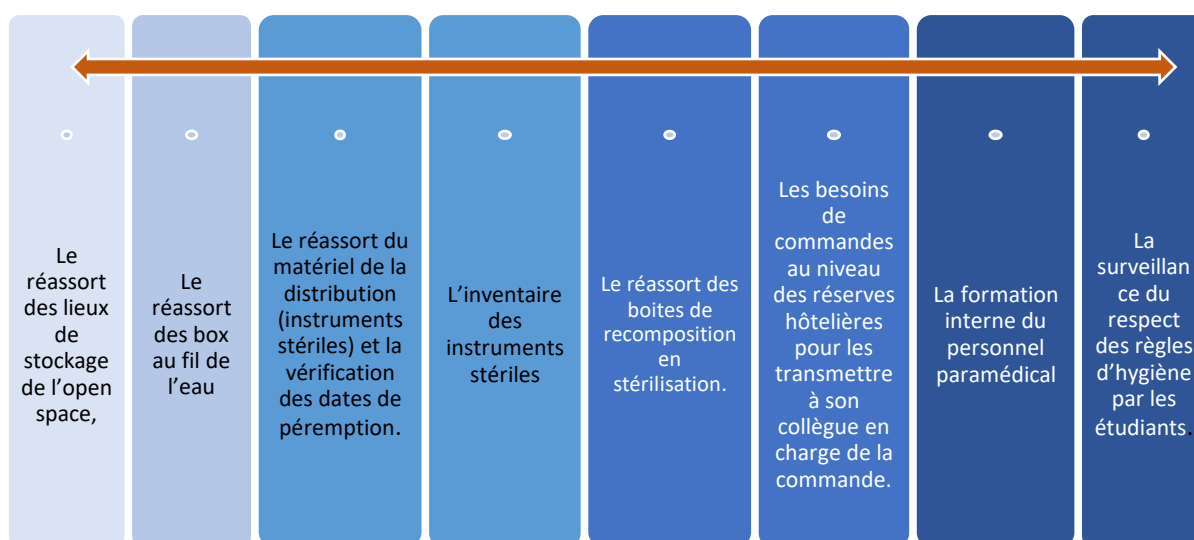
Le logisticien est également en charge du réapprovisionnement du matériel « hôtelier » et de la maintenance du matériel. Il doit donc :



Bien que, mathématiquement, les besoins quotidiens, ainsi que le nombre de références aient augmentés (augmentation de la diversité des soins, ouverture du laboratoire de prothèse et augmentation du flux de patients), le logisticien se retrouve seul à effectuer l'ensemble des tâches quand, auparavant, il travaillait en collaboration avec un préparateur en pharmacie hospitalière.

La diversité des tâches, dont certaines sont particulièrement chronophages, (Recherche des références au marché et procédures de commande hors marché, transport du matériel...), la programmation non finalisée des références dans le logiciel Copilote, le nombre important de références et les interruptions de tâches régulières en lien avec les problèmes de maintenance, semblent être à l'origine d'un réapprovisionnement qui n'est pas toujours effectué dans les temps.

Depuis peu, une deuxième « logicienne » a été détachée de l'équipe de Bio nettoyage-distribution-prélavage -Recomposition, à la demande du chef de service, afin de prévenir un certain nombre de dysfonctionnements au niveau de l'approvisionnement en matériel. Son rôle consiste à effectuer :



Il est à noter que cette personne n'a pas été remplacée sur son ancien poste et qu'aucune demande n'a été faite encore dans ce sens. Je constate, par ailleurs, qu'elle n'a pas suivie de formation sur le logiciel de commande.

Organisation du secteur Bio nettoyage-distribution-Prélavage-recomposition (Cf. ANNEXE 3)

Le bio nettoyage des 36 fauteuils dentaires et de l'environnement s'effectue le matin entre 7H00 et 8H00. Le personnel prévu pour effectuer cette tâche est au nombre de trois.

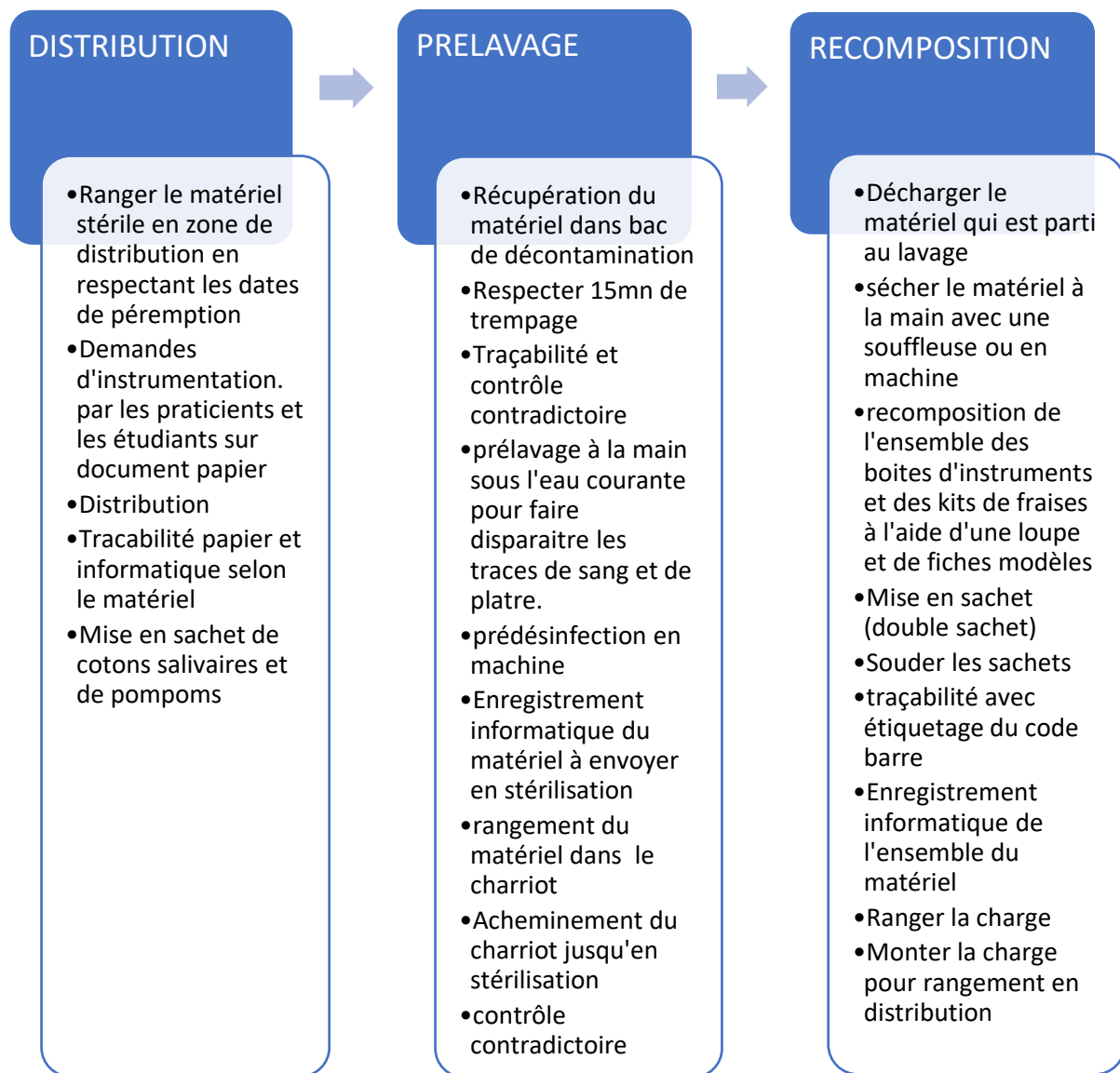
À 8H00 un agent se détache pour finaliser le travail en zone de prélavage, un agent range, par taille, les blouses des praticiens et un agent descend **en stérilisation** avec la charge.

À 8H30 deux agents se retrouvent en **distribution** afin de servir les étudiants et les praticiens.

À 10H30 un des agents se détache de la zone de distribution pour se rendre en **zone de prélavage** afin de récupérer le matériel utilisé lors des soins.

À 11H00 un des agents doit se détacher afin d'acheminer le chariot jusqu'au service de stérilisation et effectuer le contrôle contradictoire.

Le circuit est identique sur les horaires d'après-midi et ce jusqu'à 20H30. (Cf. ANNEXE 3)



Le personnel doit être formé sur l'ensemble des postes afin d'être positionné sur tous les secteurs. Il travaille soit en 7H00 du matin ou de l'après-midi, soit en 10H00 en journée.

3.2.2.1 Encadrement

Actuellement l'encadrement est assuré à mi-temps par le cadre supérieur qui a organisé le déménagement du service en 2018.

Depuis l'ouverture, deux cadres de proximité se sont succédé et n'ont pas souhaité rester, ne trouvant pas leur place au côté du Cadre Supérieur qui gère tout ce qui se rattache à la gestion des ressources humaines, ne laissant au cadre de proximité que la gestion logistique et organisationnelle, sans possibilité d'intervenir sur l'organisation des ressources humaines. Le cadre en partance m'a démontré toute l'aporie d'une telle gestion.

3.2.2.2 Bilan

Les premiers constats font ressortir plusieurs points d'alerte : **(Cf. ANNEXE 4)**

THEMATIQUE	OBSERVATION
Procédures Protocoles	<ul style="list-style-type: none"> • La revue des exigences n'a pas été intégrée dans la Gestion Des Documents (GED) • La procédure de bio nettoyage des fauteuils dentaires n'existe pas dans le GED. Seule l'Aide-soignante qui se charge de la formation de ses collègues possède un classeur avec une procédure qui n'est pas institutionnalisée • Les différentes procédures sont difficilement accessibles à l'ensemble du personnel et n'ont pas été remises à jour depuis 2003.
Dysfonctionnements Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> • Le bio nettoyage des box est partiel. Il me semble que le nombre de personne affecté à cette mission est insuffisant. • On retrouve plusieurs lots avec des dates de péremption dépassées • Traces de sang et de plâtre constatées en stérilisation : les instruments retournent dans le circuit de lavage
Dysfonctionnements matériels	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de matériel en distribution au regard de la demande • De nombreux kits et boites d'instruments reviennent en distribution incomplets et obligent les étudiants à en utiliser plusieurs afin d'avoir à leur disposition l'ensemble du matériel nécessaire. • En fin de journée, le stock de matériel non recomposé reste important et explique, en grande partie, le manque de matériel disponible en distribution. • Le stock de réassort est insuffisant pour compléter les kits • Retard de commandes • Absence d'inventaires du matériel depuis l'ouverture • Impossibilité d'évaluer si le stock de matériel est suffisant pour assurer la rotation.
Dysfonctionnement traçabilité	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreuses alertes bloquantes font ressortir une mauvaise traçabilité des rotatifs : mauvais étiquetage, documents papiers non retrouvés ou traçabilités non faites.
Conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Le travail nécessite concentration, réactivité et minutie. Il s'agit d'un travail difficile de type industriel (piétinement, station debout prolongé, travail à la chaîne...) • Le travail en distribution en début de service, (8H30 et 14H00) est intense et nécessite de la concentration afin d'éviter les erreurs de traçabilité. • Le rangement du matériel s'effectue dans la précipitation afin de répondre aux demandes des étudiants en temps et en heure. • La recomposition des kits en stérilisation est particulièrement chronophage ainsi que la traçabilité des rotatifs. • Les temps d'acheminement des charges obligent l'agent à quitter son poste en distribution ou en zone de

	<p>lavage ce qui génère des retards sur les deux postes mais également des risques dans le contrôle de la traçabilité lorsque les étudiants déposent le matériel sans contrôle contradictoire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe des désaccords majeurs entre les acteurs sur l'organisation. L'entraide ne va pas de soi et certains éprouvent le sentiment que tous n'accomplissent pas leurs tâches et laissent volontairement du travail aux collègues. • Retards réguliers de plusieurs membres du personnel • Absentéisme important
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents déjà présents dans le service, avant le déménagement, connaissent l'utilisation de chaque instrument et peuvent proposer des alternatives en cas de manque de matériel. Ils restent vigilants à ce que l'étudiant ne demande pas plus de matériel que nécessaire selon le soin à prodiguer. Cette compétence permet de ne pas mobiliser du matériel inutilement au détriment d'autres besoins. • Quant à ceux qui sont arrivés depuis l'ouverture, ils ne semblent avoir aucune connaissance du matériel et de son utilité. • Plusieurs agents sont sur des postes adaptés avec des restrictions médicales et des horaires spécifiques. Certains ne semblent pas être en capacité d'effectuer l'ensemble des tâches.
Management	<ul style="list-style-type: none"> • La répartition du personnel selon les postes, les heures et les jours semblent complètement aléatoire. Il est impossible de déterminer, à priori, l'effectif cible, y compris après l'étude du planning en cours. • Présence managériale insuffisante. L'intérim est assuré par un cadre supérieur présent à mi-temps et sur des horaires non définies

A cette étape du pré diagnostic il me semble important d'évaluer quantitativement les conséquences de ces dysfonctionnements en établissant, sur une semaine, le nombre d'instruments qui n'a pu être distribué ainsi que le nombre d'erreurs de traçabilité constatées. **Les résultats serviront de référence comme critère d'évaluation du projet.**

Je fais le choix, par ailleurs, d'évaluer l'adéquation entre les effectifs présents et les tâches à accomplir, et ce, tout au long de la journée. Pour se faire, à l'aide du responsable qualité du DMU, l'ensemble des tâches effectuées vont être chronométrées afin de déterminer le personnel nécessaire selon les postes et les heures. Le responsable qualité définira les conditions nécessaires à l'exécution des tâches dans le respect des règles d'hygiène au regard des procédures.

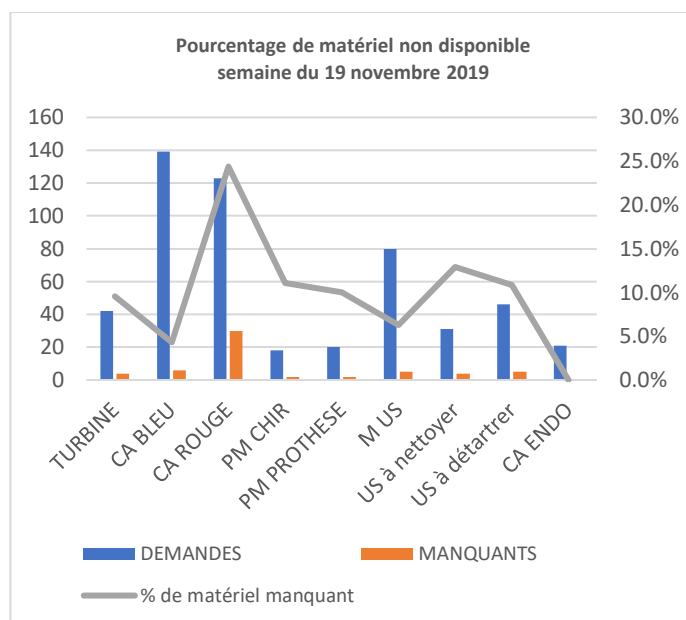
Enfin, sur le plan qualitatif, afin de mieux appréhender les difficultés de chacun des acteurs, je décide de leur soumettre un questionnaire simple sur lequel ils devront définir et décrire les tâches à accomplir, décrire les difficultés rencontrées et, enfin, proposer des idées d'améliorations. **(Cf. ANNEXE 5)**

3.2.3 Analyses de l'existant sur le plan quantitatif et qualitatif

3.2.3.1 Données quantitatives

- **Distribution de l'instrumentation** : semaine du 19 novembre 2019

INSTRUMENTS	DEMANDES	MANQUANTS	Pourcentage de matériel manquant
TURBINE	42	4	9,5%
CA BLEU	139	6	4,3%
CA ROUGE	123	30	24,4%
PM CHIR	18	2	11,1%
PM PROTHESE	20	2	10,0%
M US	80	5	6,3%
US à nettoyer	31	4	12,9%
US à détartrer	46	5	10,9%
CA ENDO	21	0	0,0%

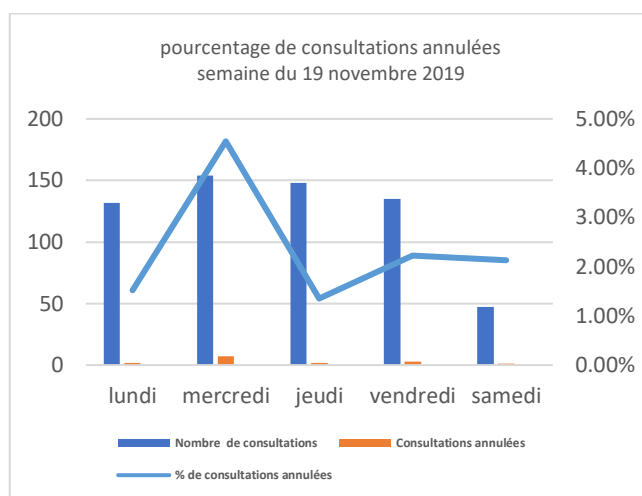


- **Erreurs de traçabilité** : semaine du 19 novembre 2019

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total
Erreurs de traçabilité	3	2	5	0	2	5	17

- **Nombres de consultations annulées pour manque de matériel :**
semaine du 19 novembre 2019

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Total semaine
Nombre de consultations	132	128	154	148	135	47	744
Consultations annulées	2	4	7	2	3	1	19
Pourcentage de consultations annulées	1,52%	3,13%	4,55%	1,35%	2,22%	2,13%	2,6%



3.2.3.2 Adéquation effectif/tâches sur le poste bio nettoyage-distribution-prélavage-recomposition.

Sur la base des tâches chronométrées (**Cf. ANNEXE 6 doc. 1**) le besoin en effectif s'avère être de 5 agents de 7H00 à 20H30 et de 4 agents le samedi matin de 7H à 14H30. (**Cf. ANNEXE 6 do. 2**)

Le calcul du nombre d'Équivalent Temps Plein (ETP) nécessaire est donc de 13 agents. (**Cf. ANNEXE 6 doc. 3**)

Actuellement nous avons 12 agents affectés à ce poste dont 2 agents en inaptitude.

3.2.3.3 Adéquation effectif/tâches sur la logistique

Le logisticien se trouve dans l'incapacité d'assurer l'ensemble des tâches de logistique : il n'en a ni le temps ni les compétences, qui sont plutôt du ressort d'un Préparateur en Pharmacie Hospitalier.

3.2.3.4 Données qualitatives

Afin de définir les difficultés et les ressentis de l'équipe j'ai diffusé auprès de ses membres, un questionnaire court et anonyme (**Cf. ANNEXE 7**)

7 agents sur 12 ont répondu au questionnaire ; Bien que les réponses ne soient pas très exhaustives et peu développées, Il ressort cependant des difficultés d'ordre organisationnel et managérial ainsi qu'une absence de cohésion d'équipe :

Organisation :

- Manque de temps et de personnel pour assurer l'ensemble des tâches à effectuer
- Traçabilité des instruments chronophage et complexe
- Manque de matériel pour le réassort des kits et boites d'instruments
- Sentiment que certains instruments ne sont pas en nombre suffisant pour assurer la rotation.

Cohésion d'équipe :

- Absence d'entraide et de coopération
- Sentiment que certains laissent le travail à leurs collègues

Management :

- Planning inégal et inadapté aux besoins
- Absence de réunions d'équipe
- Sentiment d'impunité
- Absence de coordination (affectation du personnel sur les postes de travail)

Afin de finaliser l'étape du diagnostic et de son analyse il semble indispensable de se pencher sur le contexte spécifique dans lequel s'inscrit le projet.

3.3 DIAGNOSTIC : Analyse du contexte

3.3.1 L'ouverture du service d'odontologie : un changement organisationnel « radical »

D. Autissier et JM Moutot nous présentent quatre typologies du changement organisationnel selon le temps nécessaire à sa mise en place et selon qu'il soit imposé par des contraintes environnementale ou qu'il résulte du choix des individus. ³⁰

PROGRESSIF	Changement prescrit <ul style="list-style-type: none">✓ Réponse à des contraintes de l'environnement (réglementaire, technologique, etc.)✓ 12 à 36 mois✓ Projet An 2000, euro, 35 heures	Changement construit <ul style="list-style-type: none">✓ Evolutions de l'organisation qui amènent à changer les manières dont les acteurs se représentent leur entreprise✓ 1 à 10 ans✓ culture client, qualité, processus
	BRUTAL	Changement de crise <ul style="list-style-type: none">✓ Solution a un dysfonctionnement✓ 1 jour à 3 mois✓ Accident, grève, plaintes de clients
	IMPOSE	VOLONTAIRE

Isabelle Vandangeon-Derumez³¹ au décours de sa recherche, s'appuie sur la littérature pour différencier le changement volontaire du changement imposé et le changement progressif du changement brutal.

Ainsi, un changement volontaire s'établit suite à la décision d'une ou plusieurs personnes qui souhaitent améliorer une organisation afin de la rendre plus efficiente. A contrario, le changement se trouve imposé lorsque le contexte interne ou externe

³⁰ Autissier D. Moutot J.M. Pratiques de la conduite du changement : Comment passer du discours à l'action DUNOD – 2003. p.93

³¹ Vandangeon-Derumez I. Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes EURISTIK upres-a CNRS 5055 Centre de recherche de l'IAE Lyon

impose une évolution de l'organisation. Quant au mode d'élaboration, il peut être initié de manière progressive avec des évolutions qui ne concerneront qu'une partie de l'organisation, ou de manière brutale, en modifiant totalement l'organisation.

En s'appuyant sur des études de changements organisationnels au sein de deux entreprises elle va définir les différentes phases de mise en place d'un changement organisationnel du point de vue de l'action. Ces différentes phases sont communes aux différentes typologies du changement.

La phase de « maturation » correspond à la prise de conscience des responsables, sur la nécessité d'un changement organisationnel. Il s'en suit la mise en route de la formalisation du projet. A ce niveau, la stratégie de l'encrage du changement peut se faire soit sur le contenu soit sur le processus.

Dans le premier cas, le choix stratégique va initier la dynamique de changement alors que dans le cas de l'encrage du changement sur le processus, on parle plutôt d'auto-organisation. Selon la typologie retenue, sa mise en place va avoir une incidence sur les phases suivantes.

En effet, la phase de « déracinement » correspond au processus de diffusion du projet et de sa mise en œuvre. Elle doit donc permettre aux acteurs d'intégrer la vision de l'organisation future. Quant à la phase « d'enracinement », elle correspond à son implantation concrète dans l'organisation.

Ainsi, si l'encrage du changement se fait sur le contenu, les actions de mise en œuvre seront « de nature délibérée » alors que dans le cadre d'un encrage sur le processus elles seront « émergentes ».

Au regard de notre projet nous pouvons constater que, dans le cadre du déménagement du service d'odontologie, le changement peut être considéré comme un **changement radical**.

Il est à la fois « **imposé** » par le siège suite au rapport de l'IGAS, mais également « **brutal** », dans sa mise en œuvre, pour l'équipe qui va devoir s'adapter du jour au lendemain à de nouveaux locaux, dont la disposition des postes de travail diffère totalement de l'ancienne, aux nouvelles contraintes organisationnelles imposées par la revue des exigences élaborée par le service de la stérilisation, à de nouvelles règles de stockage et de traçabilités du matériel mais également à une diminution de l'effectif et à une augmentation et une évolution de l'activité.

Y. Allaire et M. Firsirotu vont lister différents types de changements « radicaux »³² :

- **La transformation** : elle répond à des circonstances totalement modifiées.
- **La réorientation** : évolution stratégique face à la saturation du marché.
- **La revitalisation et le redressement** : ils sont nécessaires lorsqu'il faut améliorer la performance et adapter l'organisation au contexte.

³² Ben Abdallah L., Ben Ammar-Mamlouk Z. Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. La Revue des Sciences de Gestion 2007/4-5 (n°226-227), pp. 133-146

Typologie du changement organisationnel Ouverture du CSERD suite au déménagement

Progressif	Changement prescrit -Réponse à des contraintes de l'environnement -12 à 18 mois -Projet An 2000, 35H00	Changement construit -Évolutions de l'organisation qui amènent à changer la manière dont les acteurs se représentent leur entreprise -1 à 10 ans -culture client, qualité, processus
Brutal	Changement de crise -Déménagement/transformation - redressement -1jour -rapport IGAS	Changement adaptatif -Transformation des pratiques et de l'organisation - 6 à 18 mois - nouvel outil informatique ; compétences commerciales
	Impose	Volontaire

Dans le contexte d'ouverture du nouveau service dentaire, les transformations organisationnelles doivent répondre non seulement à un changement de type « **transformation** » du fait de la modification profonde des espaces de travail et des nouveaux circuits des processus de travail, mais également à un changement de type « **redressement** » afin de répondre aux besoins du PRS et aux recommandations de l'IGAS intégrées dans le plan stratégique de l'AP-HP.

A cela se rajoute la spécificité du cadre contextuel dans lequel se situe le projet. En effet, le CSERD est un service qui dépend d'une organisation publique. De fait, il doit obéir à un cadre juridique et réglementaire contraint qui influence fortement les choix stratégiques³³.

Nous sommes donc bien dans le cas d'un **changement prescrit** qui implique, selon Isabelle Vandangeon-Derumez, un encrage de l'action de changement sur le contenu.

Dans ce cadre, la stratégie d'élaboration du projet s'appuie sur ce que l'auteur appelle une « vision rationaliste » du changement. Elle se met en place lors de la phase « de maturation » en s'appuyant sur l'analyse de l'environnement.

« Dans cette vision rationaliste le changement peut être perçu comme le résultat de la recherche planifiée de solutions optimales à des problèmes définissables. L'action stratégique comme l'implantation est alors la conséquence des décisions prises à propos de ces problèmes. (Johnson, 1987)³⁴. »

Isabelle Vandangeon-Derumez s'appuie sur les travaux de Robert Gulberman³⁵ pour comprendre la dynamique d'élaboration et de diffusion de cette vision stratégique et introduit la notion de processus induit de type « **réention** », « **sélection** » et « **variation** ».

³³ Hammouti N. Le changement Organisationnel : Enjeux et Insuffisances. Faculté des sciences juridiques économiques et sociales, université Ibn Tofail Kénitra. (Consulté le 20 décembre 2019). Disponible : http://www.cidegef.org/prochaines/kenitra/communications/HAMMOUTI_FS.JESK_Maroc.pdf

³⁴ Vandangeon-Derumez I. Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes EURISTIK upres-a cnrs 5055 Centre de recherche de l'IAE Lyon. p.7

³⁵ Le professeur Robert Burgelman est le Edmund W. Littlefield Professor of Management et le directeur exécutif du Stanford Executive Program (SEP) de la Graduate School of Business de l'université de Stanford, où il enseigne depuis 1981. En 2003, il a reçu un doctorat honorifique de la Copenhagen Business School pour sa contribution à l'étude de l'innovation et de l'entrepreneuriat organisationnel.

Le mécanisme de réretention correspond à l'implantation, lors de la phase de déracinement, de la nouvelle vision qui a été construite et définie au préalable lors de la phase de maturation. Dans le cas d'un changement prescrit, il correspond au passage brutal d'un état à un autre. Les actions de changement sont donc de natures délibérées et sont imposées aux acteurs qui n'ont alors que peu de marges de manœuvre et vont devoir s'adapter à la nouvelle organisation.

Pour ce faire, ils peuvent adopter de nouvelles attitudes et faire preuve d'initiatives afin de s'approprier la nouvelle organisation. Ils seront alors sources de propositions de nouveaux projets afin d'améliorer l'organisation lors de la phase d'enracinement. Toutefois, afin qu'elles ne transforment pas la vision préalablement établie, les instigateurs du projet sélectionnent les initiatives acceptables à la cohérence du projet. Il s'agit du mécanisme de sélection. Le mécanisme de variation, quant à lui, correspond aux ressources attribuées aux nouveaux projets choisis.

Ce contexte de changement prescrit sous-tend que le changement organisationnel imposé va engendrer, chez les acteurs, un changement de comportement afin de s'adapter à la nouvelle organisation.

« Lorsqu'une nouvelle organisation se met en place ou qu'une organisation ancienne change profondément, une phase d'adaptation est quasi inévitable. Pendant cette phase d'adaptation, la nouvelle organisation fonctionne rarement parfaitement. En outre, des procédures formelles et surtout des routines informelles doivent être conçues, mise en place, testées, améliorées, ce qui impose une charge de travail importante. Enfin, l'ajustement mutuel du travail et des travailleurs restent à faire...³⁶ »

Pour autant, il peut faire émerger des résistances, dans la mesure où les acteurs ne considèrent pas la nouvelle organisation comme plus avantageuse que l'ancienne.

Dans notre contexte d'ouverture du nouveau service d'odontologie, l'organisation passe d'une architecture de type *open space* où s'effectuent l'ensemble des tâches et permet ainsi la collaboration et l'entraide, à une organisation industrielle et procédurale imposée par la revue des exigences du service de stérilisation, avec une architecture des locaux qui séparent les postes de travail et ne permet plus l'échange. Il s'avère que plusieurs agents ont pris la décision d'un changement de service en amont du déménagement. Par ailleurs, dès les premiers mois de l'ouverture on observe une recrudescence des arrêts maladies. Il s'en est suivi un départ massif du personnel.

Afin d'accompagner le changement D. Autissier et JM Moutot³⁷ précisent qu'il est nécessaire de choisir un style de conduite du changement selon sa typologie tout en tenant compte du contexte social et culturel.

Selon R. Soparnot, en effet, le changement radical implique une transformation complète des règles et des valeurs de l'entreprise. Dans son articles « les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus »³⁸ il fait le choix d'analyser le changement organisationnel en tenant compte à la fois du contexte environnemental mais également culturel et structurel de l'entreprise, de la nature du changement et du processus mis en place.

³⁶ Clot Y ; Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? 239 pages Paris, Edition Armand Colin. 2014. p.92

³⁷ Autissier D. Moutot J.M. Pratiques de la conduite du changement : Comment passer du discours à l'action DUNOD – 2003. 252 p.

³⁸ Soparnot R. Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus **Recherches en Sciences de Gestion 2013/4 (N° 97)**. pp. 23-43. (Consulté le 3 janvier 2020) Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-4-page-23.htm>

De fait, en s'appuyant sur les différentes sources de la littérature dans le domaine, il définit une typologie des stratégies de changement adoptées selon les situations et leur incidence sur les facteurs de résistance au changement.

Les facteurs et caractéristiques de la résistance au changement Selon R. SOPARNOT ³⁹

Facteurs de résistance au changement	Caractéristiques
Anxiété (résistance psychologique)	Le changement est un puissant « stressor » qui provoque un état de déséquilibre psychologique
Relation à l'entreprise (résistance identitaire)	Le changement provoque une remise en cause de l'identité de la personne en modifiant la nature de la relation qui la lie à l'organisation
Jeux de pouvoir (résistance politique)	Le changement est une menace lorsqu'il met en cause les conditions des jeux de pouvoir des acteurs et leurs libertés d'action
Influence du groupe (résistance collective)	Le changement peut briser l'équilibre créé par les normes de groupes
Culture d'entreprise (résistance culturelle)	Le changement peut véhiculer des valeurs qui divergent avec celles de l'organisation
Connaissances et compétences des individus (résistance cognitive)	Le changement impose l'apprentissage de techniques et de méthodes nouvelles

La stratégie hiérarchique est utilisée lors d'un changement imposé et planifié par la direction. Les acteurs doivent appliquer les décisions pour lesquelles ils n'ont pas été concertés. Elle diminue le risque de résistance psychologique telle que l'anxiété et la mise en place de comportements défensifs qui en résultent, dans la mesure où les responsables du projet instaurent une **communication suffisante** sur le sujet.

Elle doit également **prévoir la formation** des protagonistes pour intégrer les nouvelles techniques et méthodes nécessaires à la nouvelle organisation afin de limiter les résistances cognitives. Par contre elle peut entraîner des résistances culturelles, collectives, politiques et identitaires. En effet, les acteurs subissent la nouvelle organisation où normes, règles et culture peuvent se voir complètement remises en cause.

La stratégie du développement organisationnel est basée sur la participation des acteurs afin d'aboutir à des consensus organisationnels et une vision positive du changement. Si cette méthode prévient les risques de résistance psychologique, cognitif et identitaire, elle n'est pas à l'abri de voir émerger une résistance politique, collective et culturelle par crainte de voir leur position dans le collectif mise en danger.

La stratégie politique est une démarche de changement négociée avec les différents acteurs de l'entreprise en tentant de les convaincre du bien-fondé du changement. Elle préserve le projet des résistances psychologiques, identitaires et collectives mais peut être freinée par des résistances politiques lors des négociations, du fait des intérêts parfois très divergents des acteurs et des résistances culturelles.

La stratégie historique tient compte de la culture et de la structure de l'organisation en place afin de la faire évoluer de manière progressive en intégrant la participation des acteurs. Elle serait la plus propice pour réduire les résistances.

La stratégie symbolique, quant à elle, est centrée sur le sens donné à la mise en place du changement. Si elle peut atténuer les résistances psychologiques, identitaires et collectives en se projetant sur le fonctionnement à venir, elle ne garantit nullement de

³⁹ *Ibidem*, p.30

pouvoir s'affranchir des résistances politiques et cognitives qui ne sont pas prises en compte dans le plan stratégique.

Pour en revenir à notre contexte d'ouverture du service, l'ensemble des décisions ont été prises et planifiées par la direction. Seule l'équipe médicale a été concertée sur le sujet. La stratégie utilisée est donc de **type hiérarchique**.

Comme stipulé plus haut, ce modèle stratégique peut être préservé des résistances de type psychologique et cognitive dans la mesure où l'**information** est correctement transmise aux subordonnés et que, par ailleurs, un processus de **formation** est instauré pour leur permettre de s'adapter à la nouvelle organisation.

Afin de mieux appréhender le contexte actuel dans lequel se situe le service d'odontologie il s'avère intéressant d'évaluer la stratégie mise en place lors de l'élaboration du projet à la lumière de ces deux thématiques.

3.3.2 Le processus de diffusion : une condition du succès du changement radical

Dans son article « la mise en œuvre discursive du changement »⁴⁰ Nicole Giroux, en s'appuyant sur la littérature, définit trois types de communication lors de la mise en œuvre stratégique d'un changement.

La communication planifiée effectuée par les gestionnaires. Il s'agit d'une communication descendante dont le but est de justifier et convaincre les acteurs du bien-fondé du projet. L'objectif de cette communication est de diminuer le stress qui accompagne tout changement. Pour autant, certaines études montrent que les récepteurs du message ne réagissent pas tous à l'identique et, de fait, la communication, si elle est effectuée de manière uniforme, n'atteindra pas le résultat escompté auprès de l'ensemble du personnel concerné par le changement.

La communication émergente résulte quant à elle d'un procédé de recherches d'informations complémentaires par les acteurs, dans le but de mieux appréhender les conséquences du changement à venir dans leur quotidien de travail. Elle peut se faire par le biais de leur réseau mais également par l'interprétation de tous les signaux émis par la direction. Sa diffusion se propage sous forme de rumeurs et va influencer la perception du changement à venir.

La communication interactive est le moyen de négocier et construire le changement avec les acteurs concernés. Elle va alors définir deux modèles de changements : le *changement déclaratoire* pour lequel aucune remise en cause n'est possible et dont les stratégies de mises en application seront de l'ordre de la coercition, de l'acculturation ou de la séduction. Le *changement dialogique* quant à lui s'appuie sur l'échange entre les différents protagonistes afin qu'ils puissent s'approprier le projet et le décliner dans leurs pratiques.

Christiane Demers, professeur titulaire de HEC Montréal, dans son article « la diffusion d'un changement radical : processus de redéfinition et de restructuration de l'organisation »⁴¹ précise qu'une bonne compréhension du projet par tous les

⁴⁰ Giroux N. La mise en œuvre discursive du changement. Département de communication Université de Montréal C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal Québec. 1996. 22 p. (consulté le 6 janvier 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1127-la-mise-en-oeuvre-discursive-du-changement/download>

⁴¹ Demers C. La diffusion d'un changement radical : un processus de redéfinition et de restructuration d'organisation. Communication et Organisation. 1993. (consulté le 20 janvier 2020). Disponible : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/1621>

membres de l'organisation permet l'élaboration d'une vision commune et participe à lui donner du sens.

Elle stipule donc que l'information ne peut pas se contenter d'être transmise aux différents protagonistes mais qu'il est nécessaire de mettre en place un « processus interactif de création de sens ». Elle développe ainsi le concept de processus d'interprétation qui doit permettre la redéfinition de l'organisation.

Dans ce cadre, elle différencie le « processus de dynamique horizontale » du « processus de dynamique verticale ».

Le processus de dynamique horizontale permet de définir ou redéfinir l'organisation entre les différentes unités qui vont interagir. Il s'accompagne donc de discussions entre les différents responsables d'unités afin de trouver des compromis acceptables. Ces représentants parlent au nom de leur équipe et doivent donc être légitimes à leurs yeux pour que les décisions prises fassent sens et qu'elles puissent partager la vision stratégique du projet.

Dans le cas du nouveau service d'odontologie il a fallu mettre en débat la mise en place des modes de fonctionnement possibles avec l'unité de stérilisation, la pharmacie ou encore le service de logistique. Selon les interlocuteurs, le chef de service et/ou le cadre de santé ont joué le rôle de représentants légitimes du service de par leur connaissance de l'équipe mais également de l'organisation initiale du service et des conséquences et contraintes possibles que vont induire les changements de processus.

Dans la mesure où ils se sentent légitimement représentés dans la négociation, les équipes vont pouvoir investir le changement. Cependant cet investissement ne perdurera qu'avec la mise en place d'un processus de dynamique verticale pour permettre à chaque individu de comprendre son rôle et sa place dans l'organisation. Il s'appuie sur une relation supérieur/subordonné qui doit aider les acteurs à s'approprier les objectifs, afin de les mettre en œuvre, en travaillant sur les conséquences du changement sur leur pratique quotidienne et sur une redéfinition pertinente des tâches. Il convient donc de penser que la dynamique verticale peut aller jusqu'à influencer la dynamique horizontale.

Concernant le cas qui nous préoccupe, si nous retrouvons bien, dans les archives, des comptes rendus de réunions qui retracent les différents débats lors la mise en place de la revue des exigences avec les services de pharmacie et de stérilisation, ou encore les modalités d'organisation logistiques, il n'existe aucune trace de processus de dynamique verticale. Après vérification auprès de la Directrice des Soins en charge du dossier à l'époque, cette dernière me confirme qu'aucune réunion formelle n'a été organisée par l'encadrement afin de travailler avec l'équipe sur la redéfinition des tâches et des process. Elle me précise que le temps laissé à ce travail était probablement insuffisant.

Ce constat pourrait aller dans le sens de ce qu'affirme Nicole Giroux lorsqu'elle aborde la communication interactive comme mode de communication chronophage qui doit tenir compte des facteurs de contingences présents lors du changement.

« Les études empiriques montrent que cette forme de communication est exigeante en termes de temps et de ressources matérielles, cognitives et émotives, qu'elle est grandement influencée par les différentiels de pouvoir et les déséquilibres informationnels et par la répartition inégale des habiletés à communiquer⁴². »

42 Giroux N. La mise en œuvre discursive du changement. Département de communication Université de Montréal C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal Québec. 1996. p.10 (consulté le 6 janvier 2020).

Pour Yvon Pesqueux⁴³, si le dialogue peut permettre une vision partagée du changement, son application se heurte à la difficulté de sa mise en œuvre et à la défiance des protagonistes devant ce mode de communication. Il en résulte, bien souvent, que, face à un changement prescrit, prédomine, chez les instigateurs du projet, le monologue au détriment du dialogue. Pour autant il précise que la mise en place d'une organisation apprenante est un moyen d'instaurer le dialogue au sein de l'organisation.

3.3.3 Nécessité d'acquisition de compétences lors d'un changement organisationnel

Dans leur article « Changement organisationnel et évolution des compétences », les auteurs citent D. Bouteiller :

« A chaque changement survenant dans la façon d'organiser les tâches, d'utiliser les systèmes techniques, de coordonner les opérateurs, de superviser le personnel, de prendre des décisions, etc., se trouve associé un nouveau profil de compétences porteur d'exigences précises en matière de connaissances à assimiler, d'habilités à maîtriser et de comportement à privilégier⁴⁴ » (Bouteiller, D, 1997 :18).

Ils précisent que le changement radical entraîne la nécessité de nouvelles compétences.

Y. Pesqueux considère, au même titre que la communication, la formation comme un préalable indispensable à la gestion du changement. Il s'agit alors d'élaborer un plan de formation à la fois général et personnalisé selon les besoins.

En identifiant les besoins de compétences requises à l'adaptation des acteurs à la nouvelle organisation, un plan de formation peut alors être initié en amont et durant la mise en œuvre du projet. Il sera alors élaboré sous forme de cahier des charges⁴⁵.

Du côté du secteur bionétoyage-distribution-prélavage-recomposition, aucun plan de formation n'a été programmé en prévision du déménagement. Ce choix était probablement en lien à des changements envisagés sur un plan uniquement d'ordre organisationnel, sans impact sur la connaissance des procédures déjà maîtrisées.

Pour autant, plusieurs auteurs, comme P. Pastré ou A. Chandler, différencient la connaissance de la compétence. Si les connaissances sont des savoirs acquis, les compétences se développent dans l'action. Si l'on considère que la compétence est directement liée aux situations de travail, on peut donc supposer, qu'en changeant de contexte, l'individu va perdre en compétence⁴⁶.

Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1127-la-mise-en-oeuvre-discursive-du-changement/download>

⁴³ Pesqueux Y. Du changement organisationnel. HAL Archives ouvertes 2015. (Consulté le 15 janvier 20120). Disponible : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01235164/document> p. 55

⁴⁴ Ben Abdallah L., Ben Ammar-Mamlouk Z. Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. La Revue des Sciences de Gestion 2007/4-5 (n°226-227), p. 133

⁴⁵ Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences Edition d'Organisation, Paris. Groupe Eyrolles. 2008. p.345

⁴⁶ Ben Abdallah L., Ben Ammar-Mamlouk Z. Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. La Revue des Sciences de Gestion 2007/4-5 (n°226-227), pp. 133-146

De fait, tout changement organisationnel va entraîner une évolution des compétences, soit par un procédé de transformation, soit par un procédé de renouvellement⁴⁷.

Cette évolution des compétences individuelles aura une incidence sur la compétence collective du groupe en interaction.

Françoise Dupuich, en s'appuyant sur la littérature, propose deux approches de la compétence collective :

Dans l'approche « harmonieuse » la compétence collective est le résultat de la coopération et de la synergie des compétences individuelles de l'équipe.

Dans l'approche de « l'interaction » la compétence collective se construit grâce aux échanges entre les différents membres de l'équipe.

De son point de vue, une compétence collective se construit :

« ... à l'aide de couplage de réseaux et d'interactions permanentes entre les hommes (structures internes) et les organisations (structure externes). La compétence collective s'inscrit donc dans un contexte d'imprédictibilité, de liberté et de volonté de chaque acteur⁴⁸. »

Elle précise donc, en citant Jacques Leplat, que « la compétence collective diffère des compétences individuelles qui la composent⁴⁹ » (Leplat, 2000)

Didier Retour et Cathy Krohmer considèrent, quant à eux, que « la compétence collective transcende les compétences individuelles⁵⁰. »

En s'appuyant sur la littérature ils énumèrent les différents attributs qui composent la compétence collective :

Le référentiel commun définit les moyens à mettre en œuvre pour réaliser l'objectif à atteindre. Il est le fruit d'une confrontation entre les membres du collectif afin d'aboutir à un compromis.

Le langage partagé permet l'élaboration de l'identité professionnel du groupe.

La mémoire collective se subdivise en « mémoire déclarative collective non centralisée », avec l'acquisition de savoirs grâce à l'interaction entre les acteurs, en « mémoire procédurale collective non centralisée », qui s'élabore dans l'action en confrontant les savoir-faire de chacun et en « mémoire collective de jugement », qui résulte de la confrontation entre les individus, de l'interprétation qu'ils ont des difficultés rencontrées pour élaborer une nouvelle interprétation commune à tous.

L'engagement subjectif correspond aux arbitrages nécessaires que les acteurs doivent faire pour répondre aux aléas.

⁴⁷ Pastré P. Les compétences professionnelles et leur développement. La revue de la CFDT. (Consulté le 22 janvier 2012). Disponible : <http://www.recherches.philippeclazard.com/Pastre-developpementdescompetences.pdf>

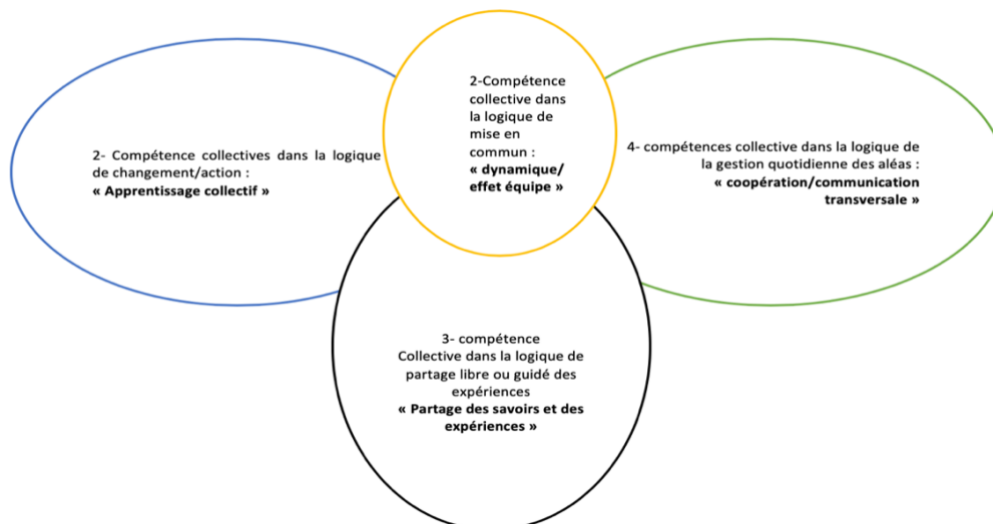
⁴⁸ Dupuich. F. L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable. Gestion. 2000 2011/2 (volume 28) ; p.112

⁴⁹ *Ibidem*, p.110

⁵⁰ Retour D., Krohmer C. La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences. *Facef pesquisa. Numero especial*. 2011. p. 51

Pour Françoise Dupuich⁵¹, c'est davantage par les compétences du collectif de travail que par les compétences individuelles que le processus de travail va être maîtrisé. Ces compétences vont s'élaborer au sein de l'organisation selon différents procédés décrits ci-dessous schématiquement par Valéry Michaux.

Les différents contextes d'usage de la notion de compétence collective
 Dans la littérature en gestion actuelle.
 (Source : Valery Michaux, 2005, Revue Gestion des Ressources Humaines. Figure 1)



Pour Christophe Everaere, la compétence collective s'appuie sur des interactions qui sont des

« Actes délibérément orientés vers une action collective. Les individus interagissent lorsqu'ils adhèrent au projet collectif, y participent effectivement et coopèrent de manière concrète. Un travail constamment conjoint et simultané n'est pas forcément requis pour interagir. Les individus peuvent travailler le plus souvent seuls. Mais dès lors qu'ils accomplissent leurs actions en étant conscients de la complémentarité de leurs actes avec ceux des autres, on peut dire qu'il y a interaction⁵². »

Sabrina Loufrani-Fedida⁵³ quant à elle, différencie l'approche interactionniste et la théorie de la régulation sociale afin de définir la compétence collective.

Dans l'approche interactionniste, qui s'appuie sur les travaux de Karl E. Weick, la compétence collective naît d'interactions entre les individus porteurs de compétences individuelles différentes et donnent ainsi du sens à l'action. Dans ce cadre il est donc nécessaire d'effectuer parallèlement une gestion des compétences individuelles et une gestion des compétences collectives.

Concernant la régulation sociale, l'auteur s'appuie sur les écrits de Jean Daniel Reynaud, sociologue du travail, qui différencie trois modes de régulation sociale : la régulation de contrôle pour laquelle les règles de travail sont prescrites par la hiérarchie, la régulation autonome dont les règles se construisent au sein du collectif

⁵¹ Dupuich, F. L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable. Gestion. 2000 2011/2 (volume 28) ; pp.107-125

⁵² Everaere, C., Autonomie et collectifs de travail, Lyon, Edition de l'ANACT, collection Points de Repère, 1999. pp. 175-176

⁵³ Loufrani-Fedida S. Les conditions d'émergence de la compétence collective. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible :

https://www.researchgate.net/publication/275270398_Les_conditions_d'emergence_de_la_competence_collective

de travail par le biais de compromis internes, et la régulation conjointe qui correspond à l'élaboration de compromis entre les deux types de régulations précédemment citées, les compétences collectives étant au centre de la négociation entre autonomie et contrôle.

Concernant l'équipe de distribution-prélavage-recomposition-désinfection, chaque processus individuellement séparé, reste des invariants. Mais la disposition des locaux et la mise en place de la traçabilité des instruments modifient en profondeur l'organisation du travail que l'équipe doit s'approprier.

D'autre part, plusieurs membres de l'équipe ont choisi de quitter le service, ce qui implique l'intégration et la formation de nouveaux acteurs au sein du collectif. La formation s'effectue en situation de travail par une personne référente et expérimentée. Pour autant, à presque deux ans de l'ouverture du service, il existe un écart important en termes d'acquisition de compétences entre les différents membres de l'équipe. Par ailleurs, beaucoup ne perçoivent pas l'utilité finale de leur travail car méconnaissent celui des praticiens.

Il s'en suit de nombreuses erreurs qui retentissent sur l'ensemble du processus et impactent le travail de tous, ce qui génèrent des désaccords et parfois une absence de collaboration. Il semble donc, que le processus d'élaboration de la compétence collective, par le biais de l'interaction et de la complémentarité, ait eu du mal à se construire dans le contexte de changement organisationnel qui nous intéresse.

Sabrina Loufrani-Fedida s'intéresse aux conditions d'émergence de la compétence collective au sein du collectif de travail. Elle détermine ainsi l'intérêt de **l'intelligence collective** dans l'acquisition des compétences collectives. Cette dernière se construit par la mise en commun des compétences et des connaissances spécifiques individuelles par le biais d'interactions entre les différents membres du groupe et ce, au service d'un objectif commun qui a du sens pour tous. Il s'avère donc primordiale que les individus en interaction partagent une vision commune de l'objectif.

L'auteur intègre donc la nécessité de représentations partagées au sein du collectif. Ces représentations collectives s'élaborent au décours de relations interpersonnelles par la discussion et la confrontation sur le travail et sur les objectifs. Elle cite Yvonne Giordano pour qui « *tout sens ne saurait exister en dehors des interactions qui le créent*⁵⁴. »

De fait, il convient de créer les conditions d'une **coopération efficace** entre les acteurs afin de mettre en commun les savoirs et les expériences de chacun, mais également de pouvoir répondre collectivement aux aléas et aux dysfonctionnements. Cette coopération doit permettre aux protagonistes d'acquérir de nouvelles connaissances par l'expérience commune de résolutions de problèmes. C'est ainsi que va pouvoir s'élaborer **la mémoire collective**, attribut essentiel de la compétence collective, telle que décrite par Françoise Dupuich. Alain Bouvier ⁵⁵précise qu'elle sert de « guide » dans l'apprentissage collectif.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 7

⁵⁵ Bouvier A. Management et sciences cognitives. PUF. Collection Que sais-je 2009. 128 p.

Suite au déménagement, l'équipe a dû faire face à un changement organisationnel « radical » pour lequel ils n'ont été associés ni à la réflexion ni à la redéfinition de leurs tâches au sein de la nouvelle organisation. En l'absence de vision claire du projet beaucoup n'ont pu y adhérer et il s'en est suivi un départ massif de près de 80% de l'équipe durant la première année.

La coexistence d'un travail minutieux avec le contrôle contradictoire de traçabilité des retours des kits, suscite de nombreuses interruptions de tâches sur des créneaux horaires bien identifiés. Il s'en suit du retard dans l'acheminement et une mauvaise qualité du pré lavage avec un nombre non négligeable d'instruments qui retournent dans le circuit.

La tension sur le matériel disponible s'accroît par un réassort non finalisé de certains kits qui, de fait, se retrouvent incomplets en distribution et oblige les praticiens à en utiliser plusieurs pour une même intervention

A deux ans de l'ouverture il s'avère qu'au sein de l'équipe de Distribution/pré lavage/recompositions/bio nettoyage, le manque de cohésion ne permet pas la coopération. Les relations interpersonnelles sont souvent synonymes de conflits et non de confrontations utiles dans l'aboutissement de compromis afin d'élaborer un référentiel commun. Beaucoup affirment que l'affectation du personnel sur les postes de travail n'est pas en adéquation avec les besoins.

Un défaut d'arbitrage sur la répartition du personnel sur les trois postes de travail donne lieu à des affectations sans prise en compte des besoins réels et des compétences nécessaires. Elle s'effectue plutôt selon les affinités entre collègues ou les choix préférentiels du poste de travail, ce qui participe à une polarisation des compétences⁵⁶. Les nouveaux recrutés se retrouvent bien souvent isolés sur les postes désertés par les plus anciens.

Par ailleurs, les erreurs se répètent ce que nous pouvons traduire par une incapacité de l'équipe à tirer les enseignements des expériences individuelles et collectives et donc de créer une mémoire collective, une intelligence collective.

« Le défaut d'intelligence, lui, se détecte à travers les dysfonctionnements répétés du système (lorsqu'il n'apprend pas de ses erreurs) ou par son incapacité à sortir de certaines « situations problèmes », en leur trouvant une solution satisfaisante, voire à ne pas discerner qu'il y a problème⁵⁷. »

De fait, afin de retrouver une qualité de travail et limiter les dysfonctionnements, mais également de remettre de la cohésion au sein de l'équipe, en redonnant du sens à l'action, et ainsi améliorer la qualité de vie au travail, il semble nécessaire de se pencher sur les moyens d'instaurer une dynamique d'élaboration de compétences collectives au sein du groupe.

Cependant, il ressort des retours de l'équipe, mais également de mon observation sur le terrain, un sentiment de ne pas pouvoir faire son travail dans les règles de l'art, par manque de temps, de personnels, mais également d'encadrement.

Il paraît donc utile d'instaurer, en amont, les conditions propices à l'acquisition des compétences individuelles et collectives.

⁵⁶ Marchand X. *La gestion des métiers et des compétences soignantes*. Support de cours. Master Management & Santé- M2. Année 2019-2020.

⁵⁷ Bouvier Alain. *Management et sciences cognitives*. PUF. Collection Que sais-je 2009 p 57

3.3.4 Du personnel exposé aux risques psychosociaux

Pour que le travail soit satisfaisant aux yeux de celui qui le prodigue, il doit être socialement valorisé par le collectif de travail, la hiérarchie ou l'institution.

Une identité positive est donc liée au sentiment d'accomplir une mission utile et dont on est fier⁵⁸.

Pour C. Dejourn⁵⁹ les salariés attendent une reconnaissance de leur contribution à l'organisation du travail en termes de créativité, d'intelligence et d'adaptation leur permettant d'être performants et d'atteindre les objectifs. Les pairs et les membres de l'équipe, émettent un « jugement de beauté » et seraient les plus à même à reconnaître les savoir-faire et la créativité dont il faut faire preuve pour faire face aux contingences associées à l'activité.

Si l'ambiance de travail est délétère au sein du collectif, cela peut donc supposer qu'il n'y a pas de fierté partagée pour l'activité réalisée. Or nous constatons effectivement une mauvaise ambiance au sein du collectif et une absence de cohésion.

Les acteurs sont confrontés, chaque jour, à un résultat qualitatif et quantitatif peu satisfaisant de leur travail, ce qui fragilise, voir démotive, les professionnels. L'impossibilité d'effectuer le travail dans les temps est générateur de stress.

Beaucoup ne restent pas sur le poste au-delà de quelques mois, le taux d'absentéisme est important et le non-respect des horaires de travail s'est institué et accentue encore la charge de travail pour le personnel en poste.

Si l'on s'en réfère aux principaux facteurs de risques psychosociaux énoncés par le gouvernement⁶⁰ nous retrouvons au sein de l'organisation :

- Une surcharge des tâches professionnelles
- Des interruptions régulières
- Des contacts difficiles avec les différents interlocuteurs
- Des faibles marges de manœuvre pour réaliser les tâches
- Des contraintes de rythme de travail
- Un manque de solidarité entre collègues et l'absence de collectif de travail
- La qualité empêchée

L'exposition aux risques psychosociaux peut avoir, non seulement un impact sur la santé des travailleurs, mais également un impact sur le service. Nous retrouvons effectivement un certain nombre d'effets tels que :

- Une augmentation de l'absentéisme
- Le non-respect des horaires
- Le non-respect des exigences de qualités
- Une dégradation du climat social

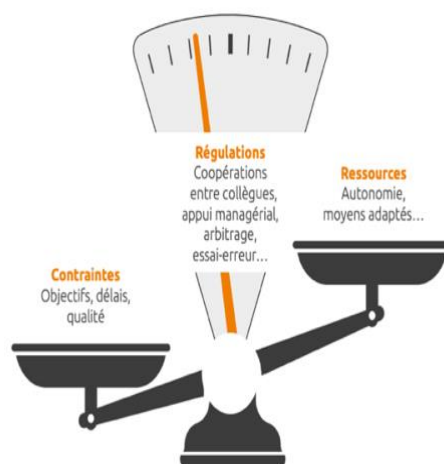
C'est sur la base de ces indicateurs que nous pourrons évaluer les effets de la mise en place du plan d'action.

⁵⁸ Lorient, M. *Sens et reconnaissance dans le travail*. Traité de sociologie du travail, Athènes : AIONIKOS, 2011. pp.43-67. Disponible : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00650279/file/sens_et_reconnaissance-3.pdf

⁵⁹ Dejourn, C. (1993). *Travail : usure mentale*. Bayard 1993. p. 226

⁶⁰ Ministère du travail. Risques psychosociaux. (Consulté le 4 février 2020). Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

LES TENSIONS DANS LE TRAVAIL



Dix questions sur la prévention des risques psychosociaux (réseau Anact /Aract)⁶¹.

En travaillant sur l'optimisation de l'organisation, en partant des situations, par une allocation dynamique des ressources, l'objectif est de diminuer les tensions de travail. Il s'agira également de donner du sens au travail des professionnels et soutenir leur autonomie en leur apportant les connaissances nécessaires à la compréhension du travail qu'ils accomplissent et au développement des compétences collectives. L'objectif étant de diminuer les risques psychosociaux et le désengagement des professionnels.

Le sentiment de contraintes et d'exigences de travail pour tenir les délais, le manque d'autonomie et d'entraide dont disposent les salariés, et l'absence de soutien collectif et d'appui managérial, sont autant de situations propices aux développements de risques psychosociaux⁶².

Démotivation, absentéisme, *turn over*, dégradation de la productivité, baisse de la qualité de service et retard dans les délais sont, selon l'INRS, autant de symptômes du désengagement des salariés⁶³ et de conséquences des risques psychosociaux⁶⁴ que nous pouvons observer dans le service.

C'est par l'amélioration de la qualité de vie au travail, afin de diminuer les risques psychosociaux, que nous pourrions observer une amélioration de la motivation, de la collaboration et de l'engagement des professionnels⁶⁵.

Prévenir les risques psychosociaux consiste à élaborer un plan d'action axé sur la prévention primaire, dont le rôle est d'agir sur l'organisation et les modes de management, afin de limiter le recours aux actions secondaires et tertiaires qui sont plutôt d'ordre curatif.

⁶¹ Douillet P. ; Guibert A. ; Francou F. ; 10 questions sur la prévention des risques psychosociaux. Le réseau anact-aract ; Anact 2019. p.4 (Consulté le 4 mars 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

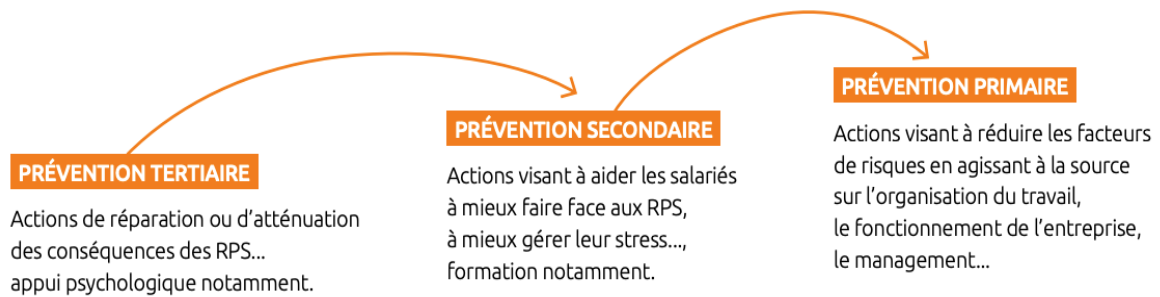
⁶² Douillet P. ; Guibert A. ; Francou F. ; 10 questions sur la prévention des risques psychosociaux. Le réseau anact-aract ; Anact 2019. 20 p. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

⁶³ DIRECCTE Rhône-Alpes. Bien-être au travail et performance économique. Le sens et la reconnaissance au cœur de la performance ; (consulté le 2 mai 2020) ; disponible : http://www.aractidf.org/sites/default/files/brochure_bien-etre_au_travail-direccte-rhone-alpes_0.pdf

⁶⁴ INRS. Dossier Risques Psychosociaux. (Consulté le 30 avril 2020). Disponible : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

⁶⁵ ANACT. 10 questions sur la Qualité de vie au travail. anact-aract Anact 2106. 18 p. (Consulté le 29 avril 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail>

L'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) stipule qu'il existe trois niveaux de prévention des risques psychosociaux⁶⁶:



En ce sens l'ANACT préconise la mise en place d'une méthode « situation-problème » dont l'objectif est de réfléchir en équipe aux solutions possibles afin de résoudre des dysfonctionnements en agissant sur le fonctionnement de l'organisation⁶⁷.

La méthode « situation-problème » ... en 5 étapes

QUELLE SITUATION-PROBLÈME ?	QUELLES CONSÉQUENCES ?	QUELLES CAUSES ?	QUELS FACTEURS DE RISQUES ?	QUELLES ACTIONS ?
Un exemple de ce qui pose problème dans le travail réel	Quelles conséquences sur la santé, le collectif, le résultat/travail et pour qui ?	Comment en est-on arrivé là ?	Quelles situations de travail « racines » dans l'organisation ? Quels déterminants qui altèrent ?	Quelles mesures pour éliminer ou maîtriser les facteurs de risque ?

Ce cercle vertueux doit avoir pour effets une meilleure qualité du travail fourni. L'objectif attendu est donc de garantir l'ensemble des consultations dentaires et répondre aux besoins de prise en charge des patients. Pour cela, la qualité et la quantité de l'instrumentation en distribution doit être assurée. La satisfaction des usagers, des praticiens et de l'encadrement valorisera le travail des équipes et leur redonnera la fierté d'un travail bien fait.

Ces résultats positifs participeront à une amélioration de la qualité de vie au travail. Nous devrions donc observer, une fidélisation des professionnels, une diminution de l'absentéisme, une amélioration du respect des horaires ainsi qu'une normalisation des relations de travail et un retour à la coopération entre les acteurs. Le cadre de proximité, quant à lui, sera libéré d'une gestion logistique chronophage et retrouvera du temps pour l'accompagnement de son équipe au plus près du travail réel.

⁶⁶ Douillet P. ; Guibert A. ; Francou F. ; 10 questions sur la prévention des risques psychosociaux. Le réseau anact-aract ; Anact 2019. p.6 (consulté le 4 mars 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

⁶⁷ *Ibidem*, p.10

3.3.5 Nécessité d'élaborer un plan d'action axé sur la prévention des risques psychosociaux et le développement des compétences collectives

Actuellement, l'absence de cohésion, de concertation et de collaboration, afin de faire face aux temps forts de la journée, ne permet de répondre ni en qualité ni en quantité au travail prescrit. De fait, il n'y a pas de fierté partagée pour l'activité réalisée et l'ambiance de travail est conflictuelle au sein du collectif.

Or la coopération s'élabore grâce à la construction, par les membres de l'équipe, de règles de travail indispensables pour s'adapter à une coordination prescrite. Par la délibération sur le travail, les membres de l'équipe vont trouver un consensus sur ce qu'est un travail efficace et de qualité et instaurer, à nouveau, la confiance entre les acteurs⁶⁸.

« Car toute règle de travail est une règle qui vise une efficacité d'ordre technique, mais aussi le maintien et le renouvellement du monde social à travers le vivre-ensemble. La confiance apparaît donc comme un chaînon indispensable pour penser les ressorts de la santé mentale au travail⁶⁹. »

Ce constat rejoint les propos d'Yves Clot pour qui il est essentiel de redonner du pouvoir d'agir aux professionnels en instaurant des espaces de dialogue sur le travail réel afin de définir collectivement les actions à mettre en place et travailler sur les organisations en intégrant les différentes contraintes du travail⁷⁰.

Cependant Yves Clot porte notre vigilance sur l'importance à ce que la parole libérée des acteurs se traduise par une transformation effective⁷¹.

Or, selon D. Autissier et J.M. Moutot⁷², face à une crise structurelle, il est nécessaire d'agir rapidement sur les situations de travail. De fait, un style d'intervention sur le mode « intervention » sera préféré, dans un premier temps, au mode « collaboration/participation » basé sur la mise en place d'ateliers de coconstruction qui s'élaborent sur une temporalité plus longue.

Ce dernier sera privilégié dans un deuxième temps. Le mode « intervention », quant à lui, présume que, face à la situation de crise et l'insatisfaction des acteurs, l'adhésion sera facilitée.

Toutefois, comme le souligne la célèbre phrase de Gandhi « *Tout ce que vous faites sans moi, pour moi, vous le faites contre moi*⁷³ », le mode « intervention » ne doit pas se soustraire à la concertation avec les acteurs concernés. La prise en compte du travail réel est indispensable pour prendre des décisions adaptées et comprises de tous.

⁶⁸ Dejours C. ; Gernet I; Travail, subjectivité et confiance ; nouvelle revue de psychologie 2012/1 (n°13)p 75-91 (consulté le 20 mars 2020) disponible : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>

⁶⁹ Ibidem, p.85

⁷⁰ Brun G. Pouvoir d'agir, en analyse de l'activité. 14/2017 (consulté le 15 avril 2020) ; disponible : <https://journals.openedition.org/activites/2957>

⁷¹ Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Vidéo, 58'. (Consulté le 1^{er} mai 2020). Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=tV1DpO8LF9U>

⁷² Autissier D. ; Moutot. J.M ; Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance ; Dunod 2016 ; pp. 46-47.

⁷³ Marchand X. La gestion des métiers et des compétences soignantes. Support de cours. Master Management & Santé- M2. Année 2019-2020.

Au regard du diagnostic, il convient d'élaborer un plan d'action avec comme objectifs :

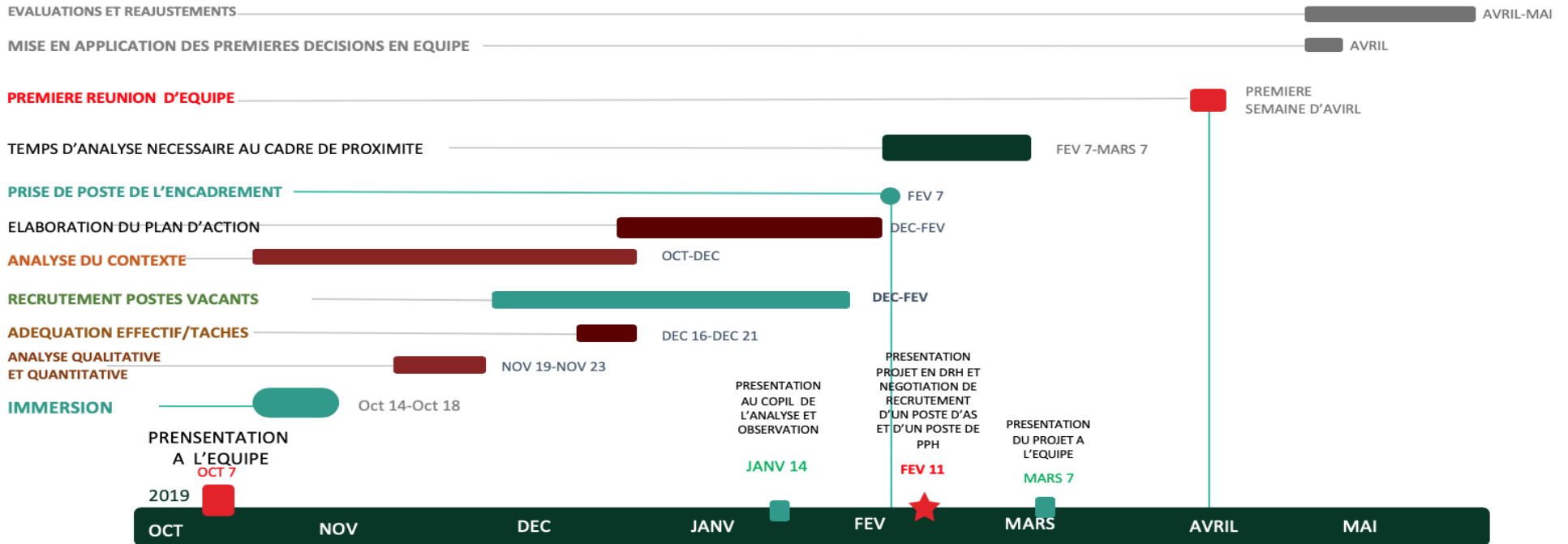
- **De réguler les tensions** en mettant les ressources en regard des besoins et des tâches à accomplir.
- **D'améliorer la coopération et l'interaction au sein des équipes afin de développer les compétences collectives.**
- **De redonner du pouvoir d'agir aux professionnels** en instaurant des espaces de dialogue sur le travail réel afin de définir collectivement les actions à mettre en place et travailler sur les organisations.

« Permettre aux opérateurs de participer à la conception est aussi une façon de les autoriser à proposer des améliorations qui puissent être entendues et mises en place à l'avenir parce qu'elles intègrent les différentes contraintes du travail et sont donc recevables. Autrement dit, c'est leur donner la possibilité de pouvoir changer leur situation de travail à l'avenir dans le double sens de la prévention et de la production ; c'est développer leur pouvoir d'agir⁷⁴ ». (Clot, 1997)

Je projette donc de prévenir l'usure professionnelle, de maintenir la motivation et d'instaurer une dynamique de développement des compétences collectives par l'instauration d'une organisation apprenante

74 Brun G. Pouvoir d'agir, en analyse de l'activité. 14/2017 (consulté le 15 avril 2020) ; disponible : <https://journals.openedition.org/activites/2957>

Diagramme de Gantt : Projet de service bucco-dentaire



4 PLAN D'ACTION

Une organisation apprenante ne se décrète pas et nécessite en amont un certain nombre de conditions favorables. Yves Clot nous alerte en définissant le volontarisme :

« Le volontarisme consiste à tenter d'implanter des organisations en principes bonnes dans un contexte défavorable ou à modifier dans un sens en principe favorable certains traits de l'organisation sans se soucier de la cohérence d'ensemble. Les effets du volontarisme sont presque toujours décevants⁷⁵. »

Deux temps vont donc être nécessaires dans la mise en place du plan d'action. Dans un premier temps, et en accord avec le chef de service, je prévois donc :

- Le recrutement rapide d'un cadre de proximité qui aura toute liberté de manager son équipe et ne restera pas cantonné à la gestion logistique.
- La révision de l'effectif nécessaire, au regard de l'évaluation des besoins effectifs/tâches effectuée lors de la phase de pré diagnostic, pour négocier un ETP supplémentaire aide-soignant et un préparateur en pharmacie hospitalière, auprès de la direction des ressources humaines.
- De réunir les professionnels, par le biais du cadre de proximité, afin de définir, avec eux, un planning d'affectation qui respecte la répartition journalière de la charge de travail selon les postes de travail. Il devra, par ailleurs, tenir compte des compétences de chacun pour répondre aux exigences spécifiques des différents secteurs. Pour cela, il faudra inclure le principe de tutorat avec une mixité des compétences sur chaque secteur d'activité (principe de formation pair à pair).

L'objectif est double : Responsabiliser et valoriser les compétences pour les tuteurs et participer à la montée en compétence des moins initiés afin de les autonomiser sur les différents postes travail⁷⁶. Il sera ainsi possible de diversifier des tâches, sur un principe de rotation sur les différents postes, afin de réduire le risque de troubles musculosquelettiques⁷⁷.

- De donner du sens au travail des acteurs, par la maîtrise et la compréhension de l'utilité des différentes instrumentations. L'objectif est de les autonomiser dans la prise d'initiatives face aux aléas et de participer au développement des compétences individuelles et collectives. L'élaboration d'un parcours de formation, en collaboration avec l'équipe médicale, incluant des connaissances théoriques et une observation des soins sur le terrain doit permettre l'acquisition de connaissances qui constitueront le socle commun sur lequel chacun pourra ensuite développer les savoirs issus de l'action. En incluant ce parcours dans le Passeport Formation individuel, par le service de formation continue, nous pourrons, par ailleurs, valoriser ces nouvelles connaissances.

En diminuant ainsi les tensions et en redonnant du sens au travail, le collectif sera plus réceptif à la mise en place d'une organisation apprenante

Il semble à présent indispensable de définir l'organisation apprenante afin de déterminer les conditions propices à sa mise en place.

⁷⁵ Clot Y ; Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris. Edition Armand Colin. 2014. p112.

⁷⁶ ANACT. 10 questions sur la reconnaissance au travail (consulté le 4 mai 2020). Disponible : https://www.anact.fr/sites/anact/files/10qs_reco-travail_complet_bd.pdf

⁷⁷ INRS ; Troubles musculosquelettiques, 2019 ; (consulté le 1^{er} mai 20120) www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html.p12

4.1 LE CONCEPT D'ORGANISATION APPRENANTE

4.1.1 L'émergence du concept d'organisation apprenante

Avec l'organisation scientifique du travail, les dirigeants sont les possédants du savoir et se doivent de faire appliquer les règles et les procédures. L'organisation fonctionnelle qui en découle met en place un principe de spécialisation des ressources et du travail humain. Or « *la spécialisation engendre la rigidité*⁷⁸ ».

En effet, non seulement les individus sont peu adaptables aux changements mais l'organisation ne permet pas l'échange de savoirs, chacun étant possédant d'un savoir spécifique.

Dès les années 1930, en contre-courant de l'Organisation scientifique du travail, se développe « *le courant des relations humaines*⁷⁹ » avec les travaux d'Elton Mayo. Ce dernier préconise de permettre les relations personnelles et de groupe au sein de l'entreprise.

Ce courant se poursuit, après-guerre, avec le psychologue Kurt Lewin et son travail sur la dynamique des groupes restreints. Il met en lumière l'importance de l'autonomie et de la participation des travailleurs.

Dans les années 1960, Douglas McGregor, également psychologue et économiste, quant à lui, va mettre en rapport la motivation et le mode managérial⁸⁰.

Le concept de groupe de travail apparaît ensuite avec Rensis Likert et ses préconisations d'une « *gestion participative*⁸¹ ». C'est dans les années 1980 qu'apparaît le management par projet. Il s'appuie sur l'action collective pour atteindre des objectifs communs. Alain Bouvier voit dans le management par projet :

« ... une orientation évidente en direction d'un registre cognitif nouveau, à travers ce qui relève d'apprentissages collectifs, prémisse de l'apprentissage organisationnel et des systèmes apprenants ⁸². »

Dans des systèmes qui se complexifient, les organisations doivent désormais se pencher sur la capitalisation et la transmissions des savoirs faire individuels et collectifs et leur appropriation par les acteurs, mais également leur évolution et progression selon les résultats obtenus. La démarche qualité, par exemple, ne peut se mettre en place sans que les acteurs interagissent ensemble au sein d'un processus.

G. Koenig définit l'apprentissage organisationnel comme un « *...phénomène collectif d'acquisition et d'élaboration des compétences qui, plus ou moins profondément, plus ou moins durablement, modifie la gestion des situations et les situations elles-mêmes*⁸³. »

L'apprentissage organisationnel doit permettre la construction de savoirs collectifs et l'appropriation de nouveaux savoirs par les acteurs grâce à la mise en place d'un processus organisationnel spécifique.

Il faudra attendre les travaux de Chris Argyris (universitaire et théoricien des organisations), d'Ikujiro Nonaka (chercheur en théorie du management) et de Peter Senge (professeur en management) dans les années 1990 et 2000 pour voir émerger le concept d'organisation apprenante.

⁷⁸ Tarandeu J.C. Le management des savoirs. PUF. Collection Que sais-je. 2002. p 90

⁷⁹ Bouvier Alain. Management et sciences cognitives. PUF. Collection Que sais-je 2009. p. 11

⁸⁰ Battandier A. Management : Management de projets, Management d'équipes-Motivation-La théorie XY (Consulté le 9 mars 2020). Disponible : <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article8>

⁸¹ Bouvier Alain. Management et sciences cognitives. PUF. Collection Que sais-je 2009. p. 15

⁸² *Ibidem*, p. 38

⁸³ Tarandeu J.C. Le management des savoirs. PUF. Collection Que sais-je. 2002. pp. 31-32

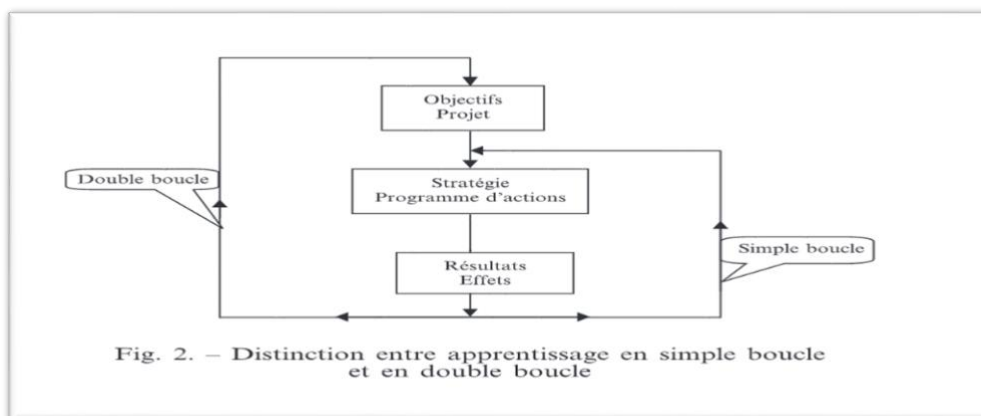
4.1.2 Les précurseurs de l'organisation apprenante

Herbert Simon, économiste, s'intéresse aux concepts de prises décisions et de résolution de problèmes par la mise en place d'organisations qui garantissent une action efficace. Il part du postulat que les capacités cognitives individuelles ne permettent pas de trouver la solution optimum à un problème et que le comportement réel des individus s'écarte de la rationalité. En effet, l'individu, non seulement n'a pas l'ensemble des informations nécessaires à sa disposition pour décider, mais il ne peut anticiper toutes les conséquences de ses choix. Par ailleurs il ne peut envisager, seul, l'ensemble des choix possibles. De fait, il va choisir la première solution considérée comme satisfaisante à ses yeux, en fonction de l'objectif à atteindre, des éléments de connaissance à sa disposition et des alternatives qu'il peut envisager. On parle alors de « rationalité limitée ⁸⁴. »

En partant de ce postulat il faut donc s'interroger sur les organisations et leurs capacités à capitaliser les savoirs faire et les compétences, à permettre leur transmission mais également leur évolution en fonction de l'environnement.

Chris Argyris⁸⁵ explore, quant à lui, les liens entre l'apprentissage organisationnel et l'action. Il définit l'apprentissage organisationnel comme un processus qui permet non seulement de repérer les erreurs mais également de les corriger. Il théorise deux modes d'apprentissage :

- **L'apprentissage en simple boucle** : les acteurs modifient les pratiques afin de corriger les dysfonctionnements sans remise en cause des principes organisationnels. Ce mode de régulation permet de répondre ponctuellement au problème, sans s'intéresser à ses causes afin d'éviter qu'il ne se reproduise.
- **L'apprentissage en double boucle** : les acteurs ne peuvent pas résoudre le problème sans remettre en cause les principes organisationnels en place. Ils doivent, après l'analyse du dysfonctionnement, réévaluer, voir remettre en cause les procédures, les processus et parfois même la stratégie.



Dans management et sciences cognitives p. 74

L'instauration d'un apprentissage organisationnel en double boucle se heurte, selon Chris Argyris, à des résistances chez les individus qui sont de deux ordres ⁸⁶:

⁸⁴ Charreire Petit. S. Huault I. et al. Les grands auteurs en management 3^{ème} édition Edition EMS. 2017. pp. 297-313

⁸⁵ *Ibidem*, pp. 236-251

⁸⁶ Argyris C. Chapitre 2 « in » Autissier D. Vendangeon I. et al. Conduite du changement : concepts clés 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs. Dunod. 2018. 352 p.

- **Les « théories d'usage »** sont des croyances, des attitudes qui vont engendrer des recherches de solutions de type simple boucle lorsque l'individu est confronté à une situation stressante. Ce dernier cherche à esquiver le problème et contrôler la situation. Elles se différencient des « théories affirmées » qui correspondent aux croyances et aux valeurs énoncés par les acteurs.
- **Les « routines défensives »** correspondent, quant à elle, à des mécanismes de protection dans le but d'éviter des situations embarrassantes ou considérées comme menaçantes aux yeux des individus. Les sujets ne sont plus traités et, de fait, les problèmes ne peuvent plus être détectés et donc résolus.

Selon Alain Bouvier, l'apprentissage en double boucle est à la base des systèmes apprenants mais n'est pas suffisant. Il estime qu'il faut intégrer un troisième niveau d'apprentissage qui consiste à réfléchir sur la pertinence des processus et leur mécanisme de régulation.

« Dans un système apprenant, la régulation cherche à faire de toute action une occasion d'apprentissage pour les acteurs, les équipes, les sous-systèmes et le système. Elle vise également à la production de sens, de normes et à leurs modifications⁸⁷. »

Il s'intéresse donc au « management des savoirs » ou « knowledge management » dont l'un des objectifs est d'identifier et de diffuser les connaissances matérielles et immatérielles existantes au sein d'une organisation.

Ikujiro Nonaka, précurseur dans ce domaine, théorise un modèle d'apprentissage collectif : **la conversion des connaissances**.

Ce modèle se base sur les relations existantes entre les connaissances tacites et les connaissances explicites, qu'elles soient individuelles ou collectives. Les premières s'élaborent dans un contexte spécifique et de manière empirique. Elles se trouvent, de fait, difficiles à décrire, à expliciter, ou alors uniquement de manière très informelle et souvent entre pairs. Les connaissances explicites, par contre, se prêtent à la formalisation. Elles sont donc généralement retranscrites dans des documents disponibles pour tous, ou transmises par le biais de la formation.

L'apprentissage organisationnel s'articulerait donc autour de transformations des connaissances tacites et explicites selon quatre modes de conversion.⁸⁸

La socialisation correspond à une transmission informelle des savoirs et des connaissances tacites. Elle crée des savoirs « sympathiques ». Durant ce processus, les individus intériorisent les normes et les valeurs de l'entreprise.

La combinaison, quant à elle, correspond à la mise en commun de savoirs explicites appelés savoirs « systémiques » afin d'en élaborer une synthèse.

L'intériorisation correspond à la transformation de savoirs explicites en savoirs faire pratiques. On parle alors de savoirs « opérationnels ».

L'externalisation, enfin, permet de formaliser des connaissances tacites afin de pouvoir les diffuser. Bien que l'externalisation valorise, à priori, la compétence acquise de manière empirique en savoirs « conceptuels », paradoxalement, de par sa diffusion élargie, elle en diminue la valeur⁸⁹. De fait, par crainte de perdre ce qui, jusqu'alors,

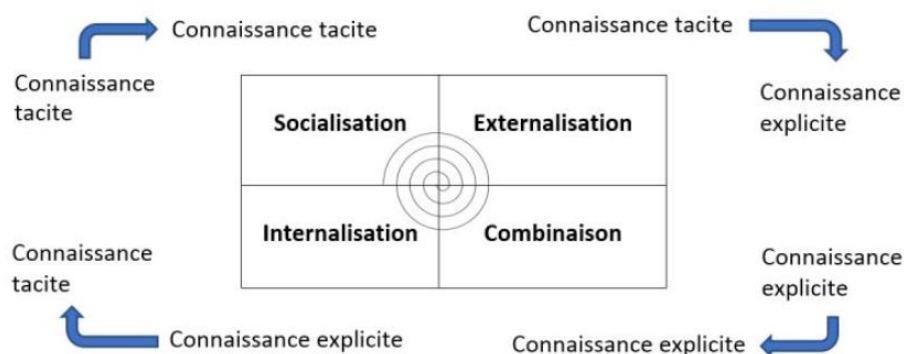
⁸⁷ Bouvier Alain. Management et sciences cognitives. PUF. Collection Que sais-je 2009. p. 77

⁸⁸ *Ibidem*, pp. 81-84

⁸⁹ Tarandean J.C. Le management des savoirs. PUF. Collection Que sais-je. 2002. p. 39

fondait leur identité professionnelle, leur spécificité, les individus peuvent ne pas souhaiter transmettre leurs connaissances et se tourner vers le corporatisme⁹⁰.

La spirale de la connaissance par I. Nonaka⁹¹



Pour I. Nonaka et H. Takeuchi, l'apprentissage organisationnel nécessite la mise en application des quatre modes de conversion des connaissances. Ils formalisent ce qu'ils appellent la « spirale des connaissances » qui représente l'enchaînement plus ou moins continu de ceux-ci.

Ce partage de connaissances a pour objectif, non seulement d'accroître les savoirs collectifs, de préserver une mémoire organisationnelle, mais également de promouvoir un travail collaboratif.

Peter Senge définit les organisations apprenantes comme :

« ...des organisations où les gens développent sans cesse leur capacité à produire les résultats qu'ils souhaitent, où des façons de penser nouvelles et expansives sont favorisées, où l'aspiration collective est libérée et où les gens apprennent continuellement à apprendre ensemble⁹². »

Pour lui, l'organisation apprenante est une philosophie dont la mise en œuvre passe par cinq disciplines :

La pensée systémique : Elle est ce que l'auteur appelle « la cinquième discipline ». Il s'agit de considérer l'entreprise comme un système complexe afin de comprendre les événements dans leur intégralité. Pour cela il préconise plusieurs principes⁹³ :

- Certaines solutions prises ne font que déplacer le problème au sein du système
- Certaines actions, qui semblent pourtant être les bonnes, engendrent des effets qui empêchent d'obtenir des résultats positifs : c'est ce qu'il appelle « la rétroaction de compensation ». Les retombées de ces effets ne se voient qu'à posteriori. De fait, dans un système complexe, les problèmes sont difficiles à analyser.

⁹⁰ Bouvier Alain. Management et sciences cognitives. PUF. Collection Que sais-je. 2009. p. 83

⁹¹ IAE Poitiers. Knowledge-management : de quoi parle-t-on ? 2017. (consulté le 6 février 2020). Disponible : <https://www.cellie.fr/2017/11/29/knowledge-management-de-quoi-parle-t-on/>

⁹² Shah Bin M. Yusoff M. Le service public : une organisation apprenante. Revue Internationale des Sciences Administratives 2005/3 (vol.71). pp. 497 – 510. (Consulté le 8 février 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-administratives-2005-3-page-497.htm>

⁹³ Senge P. La cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes. Nouvelle édition augmentée. Paris. Éditions Eyrolles 1990. 2006. pp. 59-69

- Les solutions de facilité, c'est-à-dire non systémiques, ne permettent pas de résoudre les problèmes sur le fond mais n'apaisent que les symptômes et créent de la dépendance à toujours plus de solutions sans chercher à résoudre les problèmes de manière holistique.
- Résoudre un problème de manière systémique nécessite du temps. En effet, ce ne sont pas les solutions les plus évidentes, à priori, qui apportent des solutions sur le long terme.
- Dans un système complexe, les symptômes d'un problème et ses causes sont éloignés dans le temps et dans l'espace. Il ne faut donc pas chercher les causes d'un problème uniquement à proximité du problème lui-même.
- Certaines actions, même simples, peuvent avoir des effets à long terme. C'est ce que l'auteur nomme « l'effet de levier ». Mais comme ce dernier est éloigné dans le temps et dans l'espace du problème il est difficilement repérable.
- L'amélioration d'un processus aura des répercussions sur plusieurs indicateurs.
- Il est nécessaire de repérer l'ensemble des interactions au sein du système qui peuvent intervenir dans la résolution d'un problème.

En conclusion :

« La pensée systémique est une discipline qui consiste à voir les phénomènes dans leur intégralité. Elle permet d'étudier les interrelations plutôt que les éléments individuels, d'observer des processus de changement plutôt que des images statiques... La pensée systémique est la cinquième discipline, parce qu'elle est la pierre angulaire conceptuelle sur laquelle se fondent toutes les disciplines de l'apprenance⁹⁴. »

Nous ne détaillerons pas les autres disciplines qui sont, pour information :

La maîtrise personnelle : Elle consiste en l'aptitude d'un individu à développer ses capacités et ses savoirs afin de parvenir à l'objectif qu'il souhaite atteindre et qui est déterminé par sa vision personnelle⁹⁵.

Les modèles mentaux : L'auteur part du postulat que notre subconscient crée des idées préconçues qui peuvent freiner notre capacité à apprendre.

« Parlons ouvertement du problème et nous saurons mieux ce qu'il faut faire » s'avère être la pierre angulaire pour favoriser le « dialogue » qui est au cœur de l'apprenance en équipe⁹⁶. »

Une vision partagée : Elle est indispensable dans une organisation apprenante pour mobiliser les acteurs dans une dynamique d'apprenance car elle est non seulement à l'origine d'une identité commune mais également source de motivation.⁹⁷

Apprendre en équipe : L'apprenance collective n'est possible que par le dialogue et la discussion entre les acteurs. Le dialogue permet aux individus de parvenir à un niveau de compréhension des sujets qu'ils ne pourraient atteindre seuls.

« Grâce au dialogue avec les autres, les individus découvrent les incohérences de leur pensée et améliorent aussi la pensée collective qui devient de plus en plus cohérente⁹⁸. »

La discussion, quant à elle, permet la confrontation des points de vue dont la finalité est la prise de décisions.

Apprentissage organisationnel, management des savoirs et organisation apprenante sont autant de concepts qui semblent se rejoindre.

⁹⁴ Ibidem, p.72

⁹⁵ Ibid. pp. 137-146

⁹⁶ Ibid. p. 196

⁹⁷ Ibid. p. 203

⁹⁸ Ibid. p. 234

Selon A. Grimand :

« On observera par ailleurs que les problématiques et les concepts de base issus de la littérature sur l'apprentissage organisationnel (apprentissage en simple/double boucle, notion de routine organisationnelle, question des liens entre les niveaux de l'apprentissage individuel et organisationnel...) ont depuis quelques années largement investi le champ de l'entreprise apprenante, justifiant ainsi une approche commune de ces deux courants⁹⁹. »

Nous pouvons, toutefois, retenir que l'organisation apprenante est une forme d'organisation qui propose une vision commune des objectifs à atteindre (vision partagée) et met en place les conditions nécessaires à l'apprentissage par la recherche collective de solutions, afin de répondre aux différents problèmes rencontrés.

Cet apprentissage s'appuie sur les échanges interpersonnels et permet non seulement à chacun de diversifier ses compétences mais dynamise également le collectif de travail.

« Elle est également définie par d'autres auteurs comme une « organisation qui présente une adaptabilité, apprend de ses erreurs, explore des situations de développement et optimise la contribution de son personnel » (Wilkinson, Rushmer et Davis, 2004 dans Gagnon et coll., 2015)¹⁰⁰. »

Cette définition rejoint celle de l'ANACT pour qui l'organisation apprenante est :

« ... une organisation en capacité de :

- faire face à l'imprévu ;
- faire de cet imprévu une opportunité d'apprentissage, tant individuel que collectif ;
- ajuster son fonctionnement et ses procédures en apprenant elle-même de l'imprévu, selon une logique d'évolution continue.¹⁰¹ »

Il convient à présent de définir les caractéristiques principales d'une organisation apprenante afin de pouvoir déterminer des invariants sur lesquels je vais pouvoir m'appuyer pour définir mon plan d'action.

4.1.3 Les caractéristiques d'une organisation apprenante

M.C Lehoux¹⁰² s'appuie sur le *Social Care Institute for Excellence* pour définir les cinq règles consubstantielles à l'organisation apprenante :

⁹⁹ Grimand A. L'entreprise apprenante : une conception inachevée ? (Consulté de 7 février 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/communications/2311-lentreprise-apprenante-une-conceptualisation-inachevee/download>

¹⁰⁰ Lehoux M.C. L'organisation apprenante, la gestion des connaissances et l'engagement des parties prenantes. Trois-Rivières (Canada), CIUSSS MCQ. Québec octobre 2017. p.3. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <http://institutditsa.ca/file/revue-litt-rature-organisation-apprenante.pdf>

¹⁰¹ Conjard P. ; Devin B. Formation-organisation : une démarche pour construire une organisation apprenante. Edition ANACT juillet 2004. p.12.

¹⁰² Lehoux M.C. L'organisation apprenante, la gestion des connaissances et l'engagement des parties prenantes. Trois-Rivières (Canada), CIUSSS MCQ. Québec octobre 2017. p.3. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <http://institutditsa.ca/file/revue-litt-rature-organisation-apprenante.pdf>

- Il s'agit d'une structure organisationnelle dont la hiérarchie managériale permet la participation et l'implication des acteurs et ainsi facilite le travail d'équipe.
- Elle met en place une culture organisationnelle qui soutient le partage d'information, l'acquisition de nouvelles connaissances et accepte de prendre le risque d'initiatives. Elle utilise l'erreur comme mode d'apprentissage.
- Son système d'information est efficace dans le partage des données.
- La gestion des ressources humaines prend en compte l'importance des individus dans la mise en place de l'apprentissage organisationnel et va donc valoriser l'apprentissage individuel et le partage des connaissances
- Enfin, elle intègre un *leadership* adapté, empathique qui soutient les initiatives, favorise le dialogue et le questionnement, et donne une vision partagée des objectifs.

Philippe Zarifian, Sociologue, définit quant à lui, quatre principes¹⁰³ :

- L'apprentissage s'appuie sur l'analyse collective de résolution des événements et des aléas.
- La communication doit être pluri professionnelle et doit s'établir sur la base d'un langage partagé et d'objectifs communs.
- Les décisions stratégiques doivent être réélaborées par les acteurs de terrain qui proposeront alors les options possibles pour les atteindre.
- L'organisation doit permettre à chacun de pouvoir se projeter professionnellement et s'investir selon ses appétences.

Le Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP)¹⁰⁴ détermine deux caractéristiques principales à l'organisation apprenante :

- Le management par les compétences
- Le management de la formation intégré à l'organisation.

Le management par les compétences consiste à définir les compétences présentes dans la structure et les compétences attendues afin d'évaluer les besoins et les modalités de formations nécessaires. Il s'agit, par ailleurs, de formaliser collectivement les modes opératoires et les procédures par le biais de l'analyse des pratiques professionnelles :

« ...la nouveauté des savoirs naît de la participation active des acteurs ; la formation pouvant prendre la forme de réflexions et de recherches collectives¹⁰⁵ ».

¹⁰³Zarifian P. Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante. pp. 207-215. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <https://books.openedition.org/purh/1535?lang=fr>

¹⁰⁴La lettre du CEDIP. L'organisation apprenante fiche technique N°16 16 janvier 2003. 4 p. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ftech16bis_cle73f12f.pdf

¹⁰⁵ *Ibidem*, p. 3

Le management de la formation intégré à l'organisation part du postulat que l'organisation est à l'origine de l'acquisition des compétences et des savoirs. Pour cela le rôle du manager est primordial puisqu'il doit non seulement déterminer les besoins de ses collaborateurs mais doit également repérer et accompagner des situations professionnelles apprenantes qui vont permettre l'acquisition et le transfert de savoir-faire.

Il s'attachera plus à travailler sur les processus plutôt que sur les procédures. Il s'agira, enfin, de capitaliser sur les compétences acquises en les formalisant, pour les mettre à disposition de tous afin qu'elles soient réutilisables mais également réévaluées régulièrement.

Nous pouvons donc retenir qu'une organisation apprenante doit permettre à l'ensemble des acteurs de s'approprier la stratégie, basée sur la pensée systémique, et les objectifs à atteindre. Cette perception commune donne ainsi du sens à l'action collective. Elle développe l'autonomie, l'initiative et les compétences des acteurs. Elle favorise ainsi la capacité des acteurs à s'adapter et à répondre rapidement à des changements organisationnels nécessaires.

Pour se faire, elle s'appuie sur l'analyse collective des événements et le retour d'expérience afin de définir de nouveaux modes opératoires par la confrontation des points de vue. Ces échanges interpersonnels questionnent l'organisation en cours et font évoluer les représentations afin qu'émerge l'innovation. Ils participent également à l'acquisition de nouveaux savoirs qui devront être réinvestis sur le terrain mais également formalisées afin d'être à la disposition de tous. Ils vont, de fait, transformer l'organisation du travail.

Le rôle du cadre de proximité est stratégique en tant qu'animateur et médiateur lors des démarches de résolutions de problèmes. Il est également garant de l'application effective sur le terrain des décisions du groupe et du réinvestissement des compétences acquises. Il doit être en capacité d'évaluer les compétences développées par les acteurs et en assurer le *feed back*.

« L'organisation apprenante ne se décrète pas. Les paramètres sont multiples d'où l'importance d'un « bon » leadership. ¹⁰⁶ »

Il s'agit, à présent, non seulement de définir l'approche par laquelle initier une démarche d'organisation apprenante au sein de l'équipe, mais également d'accompagner le nouveau cadre de proximité, dont le recrutement est prévu pour le 15 février 2020, dans sa compréhension des enjeux et des objectifs du projet et dans sa mise en œuvre.

¹⁰⁶ Tebourbi N. Mettre en place une organisations apprenante : comment outiller les acteurs organisationnels ? pp.16-25. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <https://books.openedition.org/pressesensib/3545?lang=fr>

4.2 LA PEDAGOGIE DU DYSFONCTIONNEMENT

4.2.1 Organisation apprenante versus management de la qualité

Pour Nassouh Mailis, le management de la qualité répond aux critères d'une organisation apprenante. Il met ainsi en rapport les théories de l'organisation apprenante avec les critères de la démarche qualité :

Éléments constitutifs de l'organisation apprenante et de la démarche qualité¹⁰⁷.

Pratiques managériales	Favorables au développement d'une organisation apprenante		Relèvent de la démarche qualité
Inciter les salariés à se fixer des objectifs de progression motivants	X	Senge (1990)	X
Appliquer le principe de l'amélioration continue	X	Garvin (1993)	X
Favoriser le travail en équipe	X	Senge (1990) ; Garvin (1993)	X
Modifier les conceptions antérieures du travail	X	Senge (1990)	X
Construire une vision partagée	X	Senge (1990) ; Garvin (1993)	X
Développer une pensée systémique	X	Nevis et al. (1995) ; Senge (1990)	X
Mettre en place une structure de communication décentralisée	X	Philipps (2003) ; Pool (2000)	X
Valoriser l'apprentissage par un système de récompenses	X	Philipps (2003)	
Encourager la résolution de problèmes en groupe	X	Garvin (1993)	X
Mettre en œuvre le knowledge management	X	Garvin (1993) ; Sele (2000) ; Loermans (2002)	
Multiplier les actions de formation	X	Goh (1998) ; Robinson et al. (1999°)	X
Évaluer les performances	X	Nevis et al. (1995)	
Impliquer le leadership	X	Nevis et al. (1995)	X
Instaurer un système de mesure des phénomènes	X	Nevis et al. (1995)	X
Encourager les retours d'expérience	X	Garvin (1993)	X
Favoriser l'expérience	X	Garvin (1993)	
Diversifie les méthodes de travail	X	Nevis et al. (1995)	X
Apprendre au contact des clients, fournisseurs, sous-traitants	X	Garvin (1993)	X
Accepter l'erreur, les échecs	X	Nevis et al. (1995)	X

L'auteur s'en réfère à E. Deming, pour qui la démarche d'amélioration de la qualité est génératrice d'apprentissages et de connaissances par l'évaluation et l'amélioration des processus de conception et de production.

Il est alors nécessaire d'élaborer un diagnostic des dysfonctionnements.

La recherche de solutions s'effectue avec la participation de l'ensemble des acteurs concernés par le processus, afin d'élaborer un plan d'action, dont la mise en œuvre et les résultats seront évalués, afin d'être ajustés si besoin.

L'enjeu est double :

- Proposer des solutions afin de résoudre les dysfonctionnements
- Permettre l'acquisition de nouvelles compétences.

« Les interactions complexes qui tissent l'espace social des cercles de qualité sont génératrices de conflits sociocognitifs. La confrontation des différents points de vue

¹⁰⁷ Mailis N. Management de la qualité et organisation apprenante : l'apport de Deming. 2009. p.16. (Consulté le 15 mars 2020). Disponible : <https://www.essachess.com/index.php/jcs/article/download/59/30>

entraîne une forme de pensée divergente qui suscite d'abord une prise de conscience d'alternatives puis une critique de l'existant suivie d'une recherche de positions différentes. Les membres du groupe ne peuvent se contenter d'élaborer spontanément et de manière collective une réponse unique sans tenir compte des autres options possibles, celles-là même suggérées par d'autres participants au cours des multiples échanges¹⁰⁸. »

La coopération et la coordination entre les acteurs des différents secteurs impliqués dans le processus sont ainsi facilitées.

Cette théorie de la résolution de problème rejoint celle du réseau ANACT, qui stipule que, pour être réceptif à de nouveaux apprentissages, les apprenants ont besoin d'en constater l'utilité et les effets.

Ainsi, il préconise une « *pédagogie du dysfonctionnement*¹⁰⁹ », pour les collectifs de travail, où les apprenants sont « *acteurs de la transformation de leur travail* ».

Le principe consiste donc à créer des groupes de réflexions autour de situations-problèmes afin que ces derniers puissent prendre une distance réflexive nécessaire pour pouvoir proposer des solutions.

Yves Clots et Michel Gollac¹¹⁰ nous expliquent, en effet, que c'est par la « *controverse* », « *la dispute professionnelle* » que les individus peuvent trouver des solutions auxquelles personne n'aurait songé. Ainsi, chacun à son niveau, va pouvoir étoffer ses connaissances et son expertise du savoir des autres.

Si besoin, des formations spécifiques pourront alors être instituées afin de mettre en application les solutions proposées.

Afin de mettre en place une organisation apprenante, la spécificité du travail des acteurs au sein du service d'odontologie se prête à la méthode d'analyse des processus telle que décrite par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹¹¹. **(Cf. ANNEXE 7)**

Il s'agit donc de déterminer les processus prioritaires, de les décrire et d'évaluer les causes et les effets des dysfonctionnements pour chacun d'eux, en s'appuyant sur des indicateurs définis au préalable.

Grâce à un travail collectif, des propositions de résolutions de problèmes seront décrites, mises en place et évaluées¹¹².

L'encadrement se doit d'organiser le suivi et l'évaluation des nouvelles propositions et des compétences acquises. En effectuant un retour à l'ensemble du collectif, ce dernier peut alors réfléchir à des réajustements, si besoin. Ce cheminement est progressif et implique donc que l'accompagnement s'inscrive dans la durée.

Parmi les leviers nécessaires à la mise en place d'une organisation apprenante, il apparaît indispensable de développer le leadership de l'encadrement ainsi qu'une communication adaptée.

¹⁰⁸ *Ibidem*, p.21

¹⁰⁹ Conjard P. ; Devin B. Formation-organisation : une démarche pour construire une organisation apprenante. Edition ANACT juillet 2004. p.31.

¹¹⁰ Clot Y ; Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris. Edition Armand Colin. 2014. 239 p.

¹¹¹ HAS. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012

¹¹² Meier O. Schier G. Management du changement : Changement culturel et organisationnel (Management - Ressources humaines) (French Edition) (Emplacement du Kindle 487). Dunod. Édition du Kindle.

4.2.2 Organisation apprenante et leadership

L'engagement des acteurs dans une organisation apprenante dépend en grande partie d'un leadership efficace. Sans volonté de voir ses collaborateurs évoluer et progresser, quelle que soit leur positionnement dans l'entreprise, le manager ne pourra pas instituer d'organisation apprenante.

Le manager est donc :

« ... celui qui va stimuler, emmener avec lui et non plus seulement accompagner... doit être un développeur au sens du pédagogue qui élève, qui fait grandir, qui fait s'exprimer les potentialités de tout un chacun¹¹³... »

Pour se faire, certains psychosociologues¹¹⁴ partent du postulat que pour développer les qualités intrinsèques d'un leadership éthique, favorisant le développement et l'engagement de ses collaborateurs, le manager doit s'inscrire dans une posture réflexive afin de déconstruire ses représentations et ses croyances et entrer dans une dynamique d'apprentissage et de compréhension de son influence sur son entourage et sur l'organisation.

M.C. Lehoux¹¹⁵, quant à elle, en s'appuyant sur plusieurs travaux de recherches, détermine les critères indispensables au leadership tel que :

- **le respect** en tant que reconnaissance des compétences des acteurs et de la prise en compte de leurs besoins.

- **la transparence** en tant que diffusion de l'information nécessaire aux acteurs mais également en donnant l'opportunité du partage des idées.

- **l'inclusion** en facilitant l'engagement des acteurs dans l'organisation.

Il importe donc que l'encadrement soit ouvert à la **pluralité des idées et des opinions** et accepte d'**autonomiser** les acteurs en reconnaissant leurs compétences et leurs expériences afin de voir émerger la créativité et l'innovation.

L'expérimentation et l'analyse des erreurs doivent être considérées, d'autre part, comme source d'enseignement et d'acquisition de nouveaux savoirs¹¹⁶.

La confiance est donc au cœur du management afin de donner aux acteurs la capacité d'agir¹¹⁷. Cette confiance se construit sur la base de l'honnêteté, de la cohérence et de l'exemplarité. Ainsi le manager peut créer les conditions propices à l'instauration du débat et du dialogue sur le travail¹¹⁸.

J. C Tarondeau ajoute que le leader d'une organisation apprenante doit croire en :

¹¹³ Gendron B. Chapitre 26 In Du management *mindful* au leadership capacitant : la place du capital émotionnel dans les organisations capacitanes ; Réinventer le leadership ; 2017, pp. 297-311

¹¹⁴ Deffayet S. et al. Pourquoi fabriquer des managers réflexifs ? Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels. 2017/supplément (HS). pp. 57- 71

¹¹⁵ Lehoux M.C. L'organisation apprenante, la gestion des connaissances et l'engagement des parties prenantes. Trois-Rivières (Canada), CIUSSS MCQ. Québec octobre 2017. p.13. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <http://institutditsa.ca/file/revue-litt-rature-organisation-apprenante.pdf>

¹¹⁶ Shah Bin M. Yusoff M. Le service public : une organisation apprenante. Revue Internationale des Sciences Administratives 2005/3 (vol.71). pp. 497 – 510. (Consulté le 8 février 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-administratives-2005-3-page-497.htm>

¹¹⁷ Marsaudon S. Chapitre 10 in Les pratiques de transmission dans l'organisation. Apprendre dans l'entreprise. 2014. pp. 121-132. (Consulté le 10 mars 2020). Disponible. : <https://www.cairn.info/apprendre-dans-l-entreprise--9782130618959-page-121.htm>

¹¹⁸ Boffa-Comby P. L'exemplarité aux sources du leadership. L'Expansion Management Review 2012/& (N°144), pp. 90-95. (Consulté le 2 mars 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2012-1-page-90.htm>

« L'apprentissage et à la créativité des individus comme source illimitée de ressources pour la firme à la condition que ceux-ci aient une **vision globale et partagée** du devenir de l'entreprise¹¹⁹. »

L'encadrement se doit donc de communiquer, à l'ensemble des acteurs, une **vision** des objectifs et de la mission du service, mais également une vision de ce que doit être une organisation apprenante afin qu'ils en comprennent les enjeux et les finalités.

L.J. Fillon et E. Lima ont déterminé, dans leur article, quatre critères nécessaires au partage d'une vision¹²⁰:

- **les valeurs** basées sur l'éthique et le respect de l'environnement et des personnes ;
- **les connaissances du secteur** afin de faciliter la compréhension des enjeux ;
- **Le respect des personnes**, consubstantiel à un management basé sur l'équité et la valorisation ;
- **l'écoute** pour bénéficier des idées de tous afin de développer une vision commune.

Composantes du partage de la vision¹²¹

Dimensions à partager	Moyens à privilégier
Valeurs	Relations informelles/Contrat psychologique
Connaissance du secteur	Séances formelles/Informations clients
Respect des personnes	Relations informelles/Espaces de soi définis avec souplesse
Importance de l'écoute	Relations informelles/Culture d'ouverture
Vision	Séances formelles et relations informelles/Expression de fils conducteurs clairement exprimés
Passion de l'excellence	Séances formelles et relations informelles Engagement

Pour les auteurs, la vision est un encrage solide sur laquelle l'ensemble des protagonistes va pouvoir s'appuyer pour échanger, réfléchir collectivement et s'ajuster afin de progresser, de se dépasser et apprendre. Elle est donc essentielle à la mise en place d'une culture apprenante.

« le rôle des managers est un rôle de leader, d'aide aux salariés dans leur démarche d'augmentation de leur potentiel. Les leaders sont des concepteurs, entraîneurs (au sens sportif du terme), formateurs et serviteurs qui concourent à la formation d'une

¹¹⁹ Tarandeau J.C. Le management des savoirs. PUF. Collection Que sais-je. 2002. p. 97

¹²⁰ Fillon L.J. ; Lima E. Le partage de la vision dans les très petites entreprises. *Entreprendre et Innover* 2011/1-2 (n°9-10). pp. 7-20. (Consulté le 15 mars 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-entreprendre-et-innover-2011-1-page-7.htm#:~:text=Le%20dirigeant%20d'une,%2C%20les%20sous%2Dtraitants%2C%20les>

¹²¹ *Ibidem*, p.9

vision partagée de l'entreprise et de son devenir, ainsi qu'à la construction d'une ambition commune^{122.} »

Paule Boffa-Comby¹²³ précise que l'objectif, pour le manager, n'est pas d'imposer une vision mais bien de donner du sens au projet afin qu'il soit compris et partagé par l'ensemble du collectif.

Le cadre de proximité doit également susciter la parole, des temps d'écoute, d'échange et de mise en débat, afin de réfléchir sur le travail, pour concevoir une organisation utile et réaliste. Il doit s'attacher à connaître toutes les innovations et astuces quotidiennes mises en œuvre pour répondre aux imprévus.

Favoriser ces espaces d'expression et de débats sur les buts et les méthodes de travail participe à l'élaboration de sens que l'on donne à l'action. Il faut donc instaurer un climat propice à la communication et aux interactions dans un espace approprié¹²⁴.

Pour ce faire J. C. Abric définit des règles de communication authentiques et de qualité : De la qualité de la relation va dépendre la qualité de la communication :

- Savoir écouter l'autre.
- Observer les phénomènes non verbaux
- Analyser la part de l'implicite et de l'explicite
- Contrôler la pertinence du message
- Prendre en compte le contexte social, psychologique et idéologique

Pour lui, recueillir des informations, des opinions voire des réactions d'un groupe, implique que l'animateur soit capable d'écouter, de faciliter l'expression de chacun et de permettre l'approfondissement des points de vue par des techniques d'entretien, telles que la reformulation, les questions en retour, les questions-miroirs et les questions-relais.

Par ces techniques il doit permettre un maximum d'échanges et la confrontation entre tous les membres du groupe, afin d'enrichir les informations ou les ressentis recueillis¹²⁵. **(Cf. ANNEXE 8)**

Nous pouvons ainsi retenir que la mise en place d'une organisation apprenante est consubstantielle à l'existence d'un leadership efficace et éthique qui donne une vision convaincante des objectifs et laisse, à son équipe, l'espace nécessaire à la créativité et à l'innovation, par la confrontation des idées sur l'organisation et sur le travail. Il permet ainsi le développement de l'apprentissage par le retour d'expérience en organisant le suivi et le feed-back des nouvelles organisations et des compétences acquises.

¹²² Meier O. Schier G. Management du changement : Changement culturel et organisationnel (Management - Ressources humaines) (French Edition) (Emplacement du Kindle 561-562). Dunod. Édition du Kindle.

¹²³ Boffa-Comby P. L'exemplarité aux sources du leadership. L'Expansion Management Review 2012/& (N°144), pp. 90-95. (Consulté le 2 mars 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2012-1-page-90.htm>

¹²⁴ Abric, J.C. Psychologie de la communication : théories et méthodes. Paris : Edition Armand Colin 1999. 192 p.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 90

La première étape du plan d'action consiste donc à procéder au recrutement d'un manager expérimenté, porteur de valeurs telles que l'équité, la confiance et l'exemplarité, capable de réflexivité et ouvert aux propositions de son équipe. L'adhésion de l'équipe au projet dépendra, en partie, de sa capacité à donner du sens et à incarner une vision qu'il saura faire partager à l'ensemble du collectif.

L'objectif du projet a été explicité au candidat lors de l'entretien de recrutement afin que ce dernier puisse s'inscrire dans la même vision stratégique. L'élaboration du projet a, en effet, comme particularité d'avoir été élaboré sans la présence du cadre de proximité. En cela, le Cadre Supérieur doit être en capacité de communiquer la vision stratégique afin qu'elle soit comprise et partagée par son nouveau collaborateur et ainsi obtenir son adhésion.

Afin de ne pas reproduire les erreurs d'une collaboration délétère avec le cadre supérieur, actuellement en responsabilité de l'organisation et du management de l'équipe d'odontologie, la direction des soins comprend la nécessité de garantir l'autonomie du nouveau cadre de proximité dans le management de l'équipe et la mise en place du projet.

C'est donc au Cadre Supérieur de secteur de s'inscrire dans une démarche d'accompagnement adaptée aux besoins du nouveau cadre de proximité.

4.3 ACCOMPAGNER LE MANAGER DANS LA MISE EN PLACE D'UNE ORGANISATION APPRENANTE

« Accompagner » le nouveau cadre de proximité dans une démarche « d'accompagnement » d'équipe : tel est le défi à relever, à présent, dans la réalisation du projet managérial. Il me semble donc indispensable d'interroger le concept d'accompagnement afin d'en définir les contours et ainsi adopter une posture la plus pertinente possible au regard de l'enjeu.

4.3.1 Le concept « d'accompagnement » : un concept paradoxal

Il existe différents contextes dans lesquels se retrouvent, depuis une quarantaine d'années, des pratiques d'accompagnement.

Maela Paul a inventorié, pour sa part, quatre champs professionnels : Le secteur social, le champ de la formation, le secteur de la santé et le secteur du travail. Pour chacun des champs, l'accompagnement répond à des logiques et des caractéristiques préférentielles¹²⁶.

Toutefois, Ali Boulayoune¹²⁷, malgré la polysémie de la notion de démarche d'accompagnement, en définit un certain nombre de points communs : Il s'agit d'une pratique dont le but des « accompagnants » est de guider, de soutenir ou d'aider des « accompagnés » dans la réalisation d'un projet.

Jean-Paul Udave nous propose une définition de l'accompagnement comme :

« ...une forme d'intervention, inscrite dans la durée, reliant un accompagnateur et un accompagné dans une relation d'aide, visant à favoriser la réalisation d'un projet

¹²⁶ Paul M. L'accompagnement dans le champ professionnel dans *Savoirs* 2009/2 (n°20) pp. 11-63. (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-2-page-11.htm>

¹²⁷ Boulayoune A. L'accompagnement : une mise en perspective dans *Information sociales* 2012/1 (n°169) pp. 8-11. (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2012-1-page-8.htm>

personnel ou professionnel, à développer des compétences nouvelles, ou à surmonter une difficulté. Il s'agit d'accompagner une personne ou un groupe " en chemin " ¹²⁸ ».

Jean-Pierre Boutinet¹²⁹, quant à lui, définit trois modes d'accompagnement selon l'autonomie de l'accompagné :

- **Le conseil** répond à une demande ponctuelle de l'accompagné,
- **Le suivi** s'élabore selon un contrat et des modalités d'intervention entre les protagonistes ;
- **La guidance** lorsque la personne est fragilisée par un manque d'autonomie.

Cette relation d'accompagnement se différencie de la relation hiérarchique en cela qu'elle serait faite d'une « quasi-horizontalité¹³⁰ » entre l'accompagnant et l'accompagné afin de guider ce dernier vers l'autonomie. Pour autant, il précise que, paradoxalement, il existe un réel déséquilibre entre celui qui apporte et celui qui reçoit.

J.P. Udave rejoint J.P. Boutinet dans l'idée qu'une relation d'accompagnement est asymétrique de par les statuts et les rôles de chacun des protagonistes.

Pour autant, il introduit la notion de parité, consubstantielle à l'exigence éthique d'égalité et aux objectifs « humanistes » de l'accompagnement que sont l'autonomie, le développement des compétences ainsi que le développement de la dignité et de la confiance en soi.

Lors d'un accompagnement, les acteurs sont en interaction par une mise en dialogue de leurs expériences que Noël Denoyel qualifie de « réciprocité interlocutive¹³¹. »

Elle est réflexive pour l'accompagnant comme pour l'accompagné. C'est par cette réciprocité réflexive qu'intervient la notion de parité dans la relation d'accompagnement.

Nous retrouvons ici la notion de « dialogue », élément constitutif d'une des disciplines de l'organisation apprenante développée par Peter Senge : « l'apprenance collective », dont l'acception rejoint celle de Maela Paul :

« Le dialogue est une mise en chantier de la pensée dans laquelle la conciliation n'est pas recherchée. On peut parler de dialectique ouverte car ouverte à la reconnaissance de l'altérité d'une autre pensée. Le sens surgit dans la tension dialectique entre les deux, dans le jeu réciproque, dans les interconnexions, autrement dit dans l'écart¹³². »

L'accompagnement suppose donc une relation de complémentarité qui interroge les caractéristiques consubstantielles à sa mise en place.

4.3.2 La démarche d'accompagnement

Dans le cadre professionnel, la démarche d'accompagnement est inhérente au cadre institutionnel dans lequel elle doit s'exercer et détermine les objectifs, les publics concernés ainsi que le temps et l'espace dans lesquels elle se déroule.

¹²⁸ UDAVE J.P. L'accompagnement est un humanisme - posture, déontologie, éthique de l'accompagnement. Texte publié dans Pratiques innovantes - Débattre "Accompagner les démarches innovantes " 2003. p.2 (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : http://probo.free.fr/textes_amis/accompagnement_humanisme_jpu.pdf

¹²⁹ Boutinet J.P. et al, Penser l'accompagnement adulte, Vulnérabilité adulte et accompagnement de projet : un espace paradoxal à aménager PUF « Hors collection » 2017. pp. 27-49

¹³⁰ *Ibidem*, p. 6

¹³¹ *Ibid.* pp. 149-160

¹³² Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique (Savoir et formation) (French Edition) (Emplacements du Kindle 1591-1593). Édition du Kindle.

Pour Maëla Paul, la démarche ne peut donc s'effectuer sans une contractualisation entre les protagonistes afin de définir le cadre institutionnel mais également de prendre en compte les attentes de l'accompagné¹³³. Elle garantit ainsi la parité dans la relation.

Elle différencie « la fonction » de « la posture ». En effet, la fonction correspond aux attributions que se voit alloué le professionnel au sein de son institution.

Le cadre institutionnel, dans lequel s'exerce la fonction, structure la relation d'accompagnement en définissant les objectifs. Cependant, c'est la posture de l'accompagnant, en s'adaptant à la singularité de l'accompagné, qui définit la démarche d'accompagnement¹³⁴.

Elle définit plusieurs caractéristiques de la posture d'accompagnement ¹³⁵:

- **Une posture « éthique »** qui sous-tend la reconnaissance de l'autre dans sa singularité. Elle inscrit la relation dans un « rapport de non-violence » c'est-à-dire sans relation de pouvoir, de domination ou encore de manipulation.
- **Une posture du « non savoir »** en permettant l'interaction dialogique, la réciprocité interlocutive. Ainsi les savoirs s'élaborent en situation grâce aux dialogues et aux échanges entre les protagonistes de la démarche d'accompagnement.
- **Une posture de « dialogue »** telle que conceptualisée plus haut.
- **Une posture « d'écoute »** qui sous-tend non seulement l'attention à l'autre mais également la capacité à entrer en interaction afin de mobiliser chez l'autre sa capacité à se questionner.
- **Une posture « émancipatrice »** qui permet à chacun des protagonistes de la relation de se construire, de « grandir en humanité ».

En répondant aux valeurs et aux objectifs de l'institution, l'accompagnant adopte une posture d'accompagnement dans le respect d'une éthique de réciprocité qui préserve ainsi la relation du risque inhérent à l'asymétrie des rôles : la domination.¹³⁶

Cette notion est également développée par J. Ardoino¹³⁷, pour qui l'accompagnement se définit comme une relation intersubjective entre les protagonistes, dans son concept Kantien de reconnaissance de la pensée et du jugement d'autrui.

Maëla Paul¹³⁸ stipule, par ailleurs, que la relation entre accompagnant et accompagné doit s'élaborer sur la base de valeurs telles que l'écoute et l'empathie mais également le non-jugement et le respect de l'altérité. Son préalable est l'instauration d'un lien de confiance qui va se construire au fur et à mesure que les

¹³³ *Ibidem*, (Emplacements du Kindle 1373-1386).

¹³⁴ *Ibid.* (Emplacement du Kindle 1762).

¹³⁵ Paul M. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers. 2012/3 (n°110) pp 13-20. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

¹³⁶ Bischoff O. ; Velasquez S. L'accompagnement : définitions et postures 2016-1-FR01-KA202-023941 ETRES. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible :

<https://www.google.com/search?q=fiche+concept+accompagnement&aq=chrome.1.69i57j33.11564j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

¹³⁷ Ardoino. J. De « l'accompagnement » en tant que paradigme. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible : <https://www.google.com/search?q=accompagnement+ardoino&aq=chrome..69i57.12084j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

¹³⁸ Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique (Savoir et formation) (French Edition) Édition du Kindle.

protagonistes vont s'engager dans le projet. C'est donc sur des allers-retours entre confiance et respect que s'établit la relation d'accompagnement.

« D'une part, la confiance consiste à s'en remettre à l'autre, à s'abandonner et à s'ouvrir, attitude rendue possible par le sentiment de connivence et de partage. De l'autre, le respect commence avec la prise en considération de l'autre comme autre et définit une conduite caractérisée par la réserve et la retenue¹³⁹. »

Dans le cadre d'une démarche d'accompagnement d'une personne, dont l'objectif est la mise en œuvre d'un projet managérial, l'accompagnant va adapter son mode d'accompagnement selon l'autonomie de l'accompagné dans l'élaboration du projet. Cet accompagnement peut aller du conseil à la guidance selon les besoins et l'autonomie de l'accompagné tout au long de l'avancée du projet.

Pour Jean-Pierre Boutinet¹⁴⁰, l'accompagnant peut simplement intervenir conjoncturellement pour apporter un conseil, un étayage ou, au contraire, effectuer un réel travail de suivi et de coconstruction où accompagnant et accompagné vont « faire ensemble » pour permettre l'apprentissage et la recherche d'autonomie dans l'action : L'accompagnant doit donc trouver la juste place pour ne pas laisser l'accompagné seul tout en limitant son emprise en faisant passer son propre projet d'accompagnement au-dessus du projet de l'accompagné.

La démarche d'accompagnement a donc pour but de développer l'autonomie et les compétences de la personne accompagnée.

L'interaction entre les deux protagonistes s'élabore par le biais du dialogue nécessaire à la réciprocité réflexive.

Il est à noter que « dialogue », « développement de l'autonomie » et « développement des compétences » sont autant de concepts que l'on retrouve dans celui d'organisation apprenante. Je pars donc du postulat que la mise en place d'une démarche d'accompagnement requiert une posture dont les caractéristiques peuvent servir d'exemplarité pour le cadre que je souhaite accompagner dans la mise en place d'une organisation apprenante au sein du service d'odontologie.

¹³⁹ *Ibidem*, (Emplacements du Kindle 1501-1504).

¹⁴⁰ Boutinet J.P. et al, Penser l'accompagnement adulte, Vulnérabilité adulte et accompagnement de projet : un espace paradoxal à aménager PUF « Hors collection » 2017. p.38

5 EVALUER LA REUSSITE DU PROJET

L'évaluation sera à la fois quantitative et qualitative.

Dans un premier temps, les consultations ne devraient plus être annulées puisque la quantité d'instrumentation en distribution doit pouvoir être assurée.

Pour évaluer ce critère, nous nous référerons au tableau d'activité, tenu par le chef de service, qui mentionne le nombre de consultations journalièrement annulées pour manque de matériel, que nous pourrons alors comparer avec les résultats obtenus sur la semaine témoin du 19 novembre 2019.

L'acquisition des compétences pourra, quant à elle, se mesurer par une diminution des erreurs de traçabilité et une capacité, pour l'ensemble des protagonistes, à intervenir sur l'ensemble des postes de travail.

Enfin, nous pourrons évaluer dans le temps, grâce aux tableaux de bord des ressources humaines, l'évolution de l'absentéisme et du *turn over*, indicateurs quantitatifs de la qualité de vie au travail.

Une évaluation qualitative, quant à elle, s'effectuera sur l'ambiance de travail, la collaboration et la diminution des conflits interpersonnels.

Ce cercle vertueux devra être maintenu par le cadre de proximité, libéré des contraintes logistiques, en privilégiant l'espace nécessaire à la créativité et à l'innovation, par la confrontation des idées sur l'organisation et sur le travail.

6 CONCLUSION

En partant de l'analyse du diagnostic, effectué au sein du service d'odontologie en novembre 2019, dont les dysfonctionnements persistent depuis son ouverture dans les nouveaux locaux, le choix s'oriente vers le déroulement d'un plan d'action dont l'objectif premier est de préserver le personnel des risques psychosociaux en leur redonnant du pouvoir d'agir.

Il est alors envisagé la mise en place d'une organisation apprenante, afin de donner une vision commune des objectifs à atteindre et mettre en place les conditions nécessaires au développement des compétences, par une méthode de recherche collective de solutions aux différents problèmes rencontrés. Elle s'appuie sur les échanges interpersonnels et permet à chacun de questionner l'organisation de travail. Elle doit pouvoir développer l'autonomie et les compétences de l'ensemble des acteurs, et, par là même, leur permettre de retrouver la fierté d'un travail de qualité, condition *sine qua non* à la motivation et donc à l'engagement.

Pour mener à bien ce projet, le rôle du cadre de proximité est alors stratégique, en tant qu'animateur et médiateur, lors des démarches de résolution de problème. Il est également garant de l'application effective sur le terrain des décisions du groupe et du réinvestissement des compétences acquises. Il doit être en capacité d'évaluer les compétences développées par les acteurs et en assurer le *feed back*.

En s'appuyant sur la littérature, nous avons donc pu définir les qualités managériales indispensables pour initier le projet d'une organisation apprenante afin de recruter, en février 2020, le cadre de proximité qui me semblait le plus à même de répondre à la commande.

Il faudra, à présent, accompagner au mieux le nouveau collaborateur, dans un projet dont la particularité est qu'il n'en est pas l'initiateur. L'évaluation de la réussite du projet se situera, non seulement sur l'observation d'une diminution des dysfonctionnements, mais également sur la satisfaction et la motivation du personnel.

C'est ainsi que le 5 mars 2020, le projet est présenté à l'ensemble de l'équipe. La formation *in situ*, ainsi que la prévision d'une réunion sur l'adéquation des effectifs selon les différents postes de travail, sont très favorablement accueillies.

A contrario, peu de questions font suite à la présentation du projet d'analyse de processus. Or, il s'avère que depuis l'ouverture du service, aucune réunion d'équipe n'a été instaurée, et la participation des acteurs n'est donc pas un principe institué. Il n'est donc pas illégitime de supposer que l'instauration d'un climat de confiance doit se mettre en place entre l'équipe et son nouveau manager.

Dans la mesure où ce dernier véhicule les valeurs de respect, d'écoute et d'exemplarité, le projet peut participer à tisser ce lien de confiance. Donner à chacun des protagonistes la possibilité de s'exprimer et participer à la vie du service permet au cadre de démontrer qu'il est confiant en leurs capacités à apporter des propositions constructives et innovantes.

Malheureusement, avec la survenue de la pandémie du Coronavirus, le service d'odontologie a dû s'adapter aux mesures de distanciations sociales. Seuls les soins d'urgence sont pris en charge, et ce, uniquement en matinée. Le logisticien et le préparateur en pharmacie nouvellement recruté, profitent de la baisse d'activité pour effectuer les inventaires et réorganiser les lieux de stockage. Il ressort, comme nous l'avions présupposé, une tension forte sur certains instruments qui ne permet pas d'assurer la rotation en stérilisation et explique, en partie, le manque de matériel disponible en distribution. Il s'avère donc que ce travail de logistique va participer à la mise en place des conditions nécessaires à l'instauration du projet, lors du retour à la normal du fonctionnement du service.

Mais, au-delà, cette crise sanitaire interroge nos organisations. Quels apprentissages nos institutions vont-elles retenir de cette crise ?

Si l'on s'en réfère à C. Roux-Dufort, quatre possibilités sont envisageables en situation de post-crise :

« - « ne rien apprendre » et faire comme si la crise n'avait été qu'un événement exceptionnel dans la vie de l'organisation ;

- « capitaliser sur la crise » pour améliorer l'existant ;

- « capitaliser sur la crise pour remettre en cause des présupposés de gestion inadéquats » ;

- « capitaliser sur la crise pour redéfinir l'identité de l'entreprise ».141 »

Il est encore trop tôt pour évaluer la direction qui va être prise. Toutefois, la crise fait la démonstration de l'efficacité d'une organisation résiliente, en capacité de s'adapter à des changements brutaux, à sortir des normes et des règles préétablies et se remettre en question en apprenant de nos erreurs comme de nos réussites. Elle a été l'opportunité de découvrir de nouvelles compétences et d'élaborer de nouveaux modes de management. Elle nous démontre toute la nécessité d'intégrer le processus d'organisation apprenante dans nos organisations pour faire face à l'instabilité mais également aux nécessaires adaptations de nos organisations afin de répondre à l'évolution des besoins de santé.

.

141 Chebbi H. ; Pereira Pündrich A. L'apprentissage dans une dynamique de crise : Cas d'un grand groupe pétrolier. p.9 (consulté le 3 juin 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/3-/communications/234-lapprentissage-dans-une-dynamique-de-crise-cas-dun-grand-groupe-petrolier/download>

Bibliographie

Abric, J.C. Psychologie de la communication : théories et méthodes. Paris : Edition Armand Colin 1999. 192 p.

Agrément Universitaire 2019-2020. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-06/Odontologie%20agr%C3%A9ments%202019-2020.pdf>

ANACT. 10 questions sur la Qualité de vie au travail. anact-aract Anact 2106. 18 p. (Consulté le 29 avril 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail>

ANACT. 10 questions sur la reconnaissance au travail (consulté le 4 mai 2020). Disponible : https://www.anact.fr/sites/anact/files/10qs_reco-travail_complet_bd.pdf

AOI. Accès aux soins dentaires. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org/_include/Odontologie%20CHU%20annuaire%202010.pdf

AP-HP. Présentation des DMU de l'AP-HP. CME du 11 juin 2019. (Consulté le 3 novembre 2019). Disponible sur : http://www.sccahp.org/usrfile/Dossier/34/cme11juin2018_dmu.pdf

Arborio A.M. L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. Recherche en soins infirmiers 2007/3 (N°90) pp.26-34

Ardoino. J. De « l'accompagnement » en tant que paradigme. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible : <https://www.google.com/search?q=accompagnement+ardoino&oq=accompagnement+ardoino&aqs=chrome..69i57j12084j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Argyris C. Chapitre 2 in Autissier D. Vendangeon I. et al. Conduite du changement : concepts clés 60 ans de pratiques héritées des auteurs fondateurs. Dunod. 2018.352p.

ARS. Les permanences d'accès aux soins de santé. (Consulté le 6 décembre 2019). Disponible : <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>

Autissier D. Moutot J.M. Pratiques de la conduite du changement : Comment passer du discours à l'action. Dunod. 2003. 252 p.

Autissier D. ; Moutot. J.M ; Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance ; Dunod. 2016 ; 288 p.

Battandier A. Management : Management de projets, Management d'équipes-Motivation-La théorie XY (Consulté le 9 mars 2020). Disponible : <http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article8>

Ben Abdallah L., Ben Ammar-Mamlouk Z. Changement organisationnel et évolution des compétences : Cas des entreprises industrielles tunisiennes. La Revue des Sciences de Gestion 2007/4-5 (n°226-227), pp. 133-146

Bischoff O. ; Velasquez S. L'accompagnement : définitions et postures 2016-1-FR01-KA202-023941 ETRES. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible : <https://www.google.com/search?q=fiche+concept+accompagnement&oq=Fiche+concept+accomp&aqs=chrome..69i57j33j11564j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Boffa-Comby P. L'exemplarité aux sources du leadership. *L'Expansion Management Review* 2012/& (N°144), pp. 90-95. (Consulté le 2 mars 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-l-expansion-management-review-2012-1-page-90.htm>

Boulayoune A. L'accompagnement : une mise en perspective dans *Information sociales* 2012/1 (n°169) pp. 8-11. (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2012-1-page-8.htm>

Boutinet J.P. et al, *Penser l'accompagnement adulte, Vulnérabilité adulte et accompagnement de projet : un espace paradoxal à aménager* PUF « Hors collection » 2017. pp. 27-49

Bouvier A. *Management et sciences cognitives*. PUF. Collection Que sais-je 2009. 128p.

Braconi M. ; Kheng Pujade B. ; deoui F. ; Landru M. ; Gogly. B. Pirnay P. Actions de prévention bucco-dentaire à l'hôpital Albert Chenevier : journée « portes ouvertes » pour les écoles. *Santé Publique* 2016/1 (vol 28). pp. 83-89. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-1-page-83.htm>

Brun G. Pouvoir d'agir, en analyse de l'activité. 14/2017 (consulté le 15 avril 2020) ; disponible : <https://journals.openedition.org/activites/2957>

Charreire Petit. S. Huault I. et al. *Les grands auteurs en management* 3^{ème} édition Edition EMS. 2017. 672 p.

Chebbi H. ; Pereira Püdrich A. L'apprentissage dans une dynamique de crise : Cas d'un grand groupe pétrolier. 27 p. (consulté le 3 juin 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/3-/communications/234-lapprentissage-dans-une-dynamique-de-crise-cas-dun-grand-groupe-petrolier/download>

Clot Y ; Gollac M. *Le travail peut-il devenir supportable ?* Paris. Edition Armand Colin. 2014. 239 p.

Clot Y. *Travail et pouvoir d'agir*. Vidéo, 58'. (Consulté le 1^{er} mai 2020). Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=fV1DpO8LF9U>

Comité interministériel pour la santé. *Priorité Prévention Rester en bonne santé tout au long de sa vie*. 26 mars 2018. (Consulté le 2 novembre 2019). Disponible : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/03/dossier_de_presse_-_priorite_prevention_rester_en_bonne_sante_tout_au_long_de_sa_vie.pdf

Conjard P. ; Devin B. *Formation-organisation : une démarche pour construire une organisation apprenante*. Edition ANACT juillet 2004. 41 p.

Conseil départemental du val de marne. *La santé bucco-dentaire*. (Consulté le 3 décembre 2019). Disponible : <https://www.valdemarne.fr/le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi/la-sante-bucco-dentaire>

Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2010*, chapitre XIII : les soins dentaires, p. 317-350, La Documentation française, septembre 2010, (Consulté le 17 novembre 2019). Disponible : www.ccomptes.fr.

Cour des comptes, *La sécurité sociale*. Septembre 2010. (Consulté le 17 Novembre 2019). Disponible : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010.pdf

Cours des comptes. *Rapport de septembre 2016* chapitre VI les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. p. 250 (consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/33087>

Demers C. La diffusion d'un changement radical : un processus de redéfinition et de restructuration d'organisation. Communication et Organisation. 1993. (consulté le 20 janvier 2020). Disponible : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/1621>

Dejours C. ; Gernet I; Travail, subjectivité et confiance ; nouvelle revue de psychologie 2012/1 (n°13)p 75-91(consulté le 20 mars 2020) disponible : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>

Destination-santé. L'OMS rappelle les bases de la santé bucco-dentaire. (4 mai 2012). (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://destinationsante.com/l-oms-rappelle-les-bases-de-la-sante-bucco-dentaire.html>

DIRECCTE Rhône-Alpes. Bien-être au travail et performance économique. Le sens et la reconnaissance au cœur de la performance ; (consulté le 2 mai 2020) ; disponible : http://www.aractidf.org/sites/default/files/brochure_bien-etre_au_travail-direccte-rhone-alpes_0.pdf

Douillet P. ; Guibert A. ; Francou F. ; 10 questions sur la prévention des risques psychosociaux. Le réseau anact-aract ; Anact 2019. 20 p. (Consulté le 4 mars 2020). Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>

Dupuich. F. L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable. Gestion. 2000 2011/2 (volume 28). pp. 107-125

Everaere, C., Autonomie et collectifs de travail, Lyon, Edition de l'ANACT, collection Points de Repère, 1999. pp. 175-176

Fillon L.J. ; Lima E. Le partage de la vision dans les très petites entreprises. Entreprendre et Innover 2011/1-2 (n°9-10). pp. 7-20. (Consulté le 15 mars 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-entreprendre-et-innover-2011-1-page-7.htm#:~:text=Le%20dirigeant%20d'une,%2C%20les%20sous%20traitants%2C%20les>

Gendron B. Chapitre 26 In Du management *mindful* au leadership capacitant : la place du capital émotionnel dans les organisations capacitances ; Réinventer le leadership ; 2017, pp. 297-311

Giroux N. La mise en œuvre discursive du changement. Département de communication Université de Montréal C.P. 6128 succursale Centre-ville Montréal Québec. 1996. 22 p. (consulté le 6 janvier 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/18-veme-conference-de-l-aims/communications/1127-la-mise-en-oeuvre-discursive-du-changement/download>

Grimand A. L'entreprise apprenante : une conception inachevée ? (Consulté de 7 février 2020). Disponible : <https://www.strategie-aims.com/events/conferences/15-viiieme-conference-de-l-aims/communications/2311-lentreprise-apprenante-une-conceptualisation-inachevee/download>

Hammouti N. Le changement Organisationnel : Enjeux et Insuffisances. Faculté des sciences juridiques économiques et sociales, université Ibn Tofail Kénitra. (Consulté le 20 décembre 2019). Disponible : http://www.cidegef.org/prochaines/kenitra/communications/HAMMOUJI_FS.JESK_Maroc.pdf

HAS. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Synthèse et Recommandations. Mars 2010. (Consulté le 15 Novembre 2019). Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

HAS. Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique. Mars 2012

IAE Poitiers. Knowledge-management : de quoi parle-t-on ? 2017. (consulté le 6 février 2020). Disponible : <https://www.cellie.fr/2017/11/29/knowledge-management-de-quoi-parle-t-on/>

IGAS, RAPPORT N°RM2013-054. Évaluation de l'organisation et du fonctionnement des deux centres de soins d'enseignement et de recherche dentaire (CSERD) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Mai 2013. (Consulté le 15 octobre 2019) Disponible : http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme-11-02-2014-rapport_igas_2013_odontologie.pdf

IGAS RAPPORT RM2013-096P JUIN 2013. Évaluation des pratiques et de l'exercice de la profession de chirurgien. Dentiste. (Consulté le 17 novembre 2019). Disponible : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000498.pdf>

INRS. Dossier Risques Psychosociaux. (Consulté le 30 avril 2020). Disponible : <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

INRS ; Troubles musculosquelettiques, 2019 ; (consulté le 1^{er} mai 20120) www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html p12

La lettre du CEDIP. L'organisation apprenante fiche technique N°16 16 janvier 2003. 4 p. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/ftech16bis_cle73f12f.pdf

Le Boterf G. Ingénierie et évaluation des compétences Edition d'Organisation, Paris. Groupe Eyrolles. 2008. 605 p.

Lehoux M.C. L'organisation apprenante, la gestion des connaissances et l'engagement des parties prenantes. Trois-Rivières (Canada), CIUSSS MCQ. Québec octobre 2017. 36 p. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <http://institutditsa.ca/file/revue-litt-rature-organisation-apprenante.pdf>

Légifrance. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 41. (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913098&cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Légifrance. Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037335538&dateTexte=&categorieLien=id>

Loufrani-Fedida S. Les conditions d'émergence de la compétence collective. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible : https://www.researchgate.net/publication/275270398_Les_conditions_d'emergence_de_la_competence_collective

Mailis N. Management de la qualité et organisation apprenante : l'apport de Deming. 2009. pp. 12-22 (Consulté le 15 mars 2020). Disponible : <https://www.essachess.com/index.php/jcs/article/download/59/30>

Marchand X. *La gestion des métiers et des compétences soignantes*. Support de cours. Master Management & Santé- M2. Année 2019-2020.

Marchat Hugues. Analyser un poste de travail ou un service. 5^{ème} Edition Gestion de projet stratégie et organisation e-book

Marsaudon S. Chapitre 10 in Les pratiques de transmission dans l'organisation. Apprendre dans l'entreprise. 2014. pp. 121-132. (Consulté le 10 mars 2020). Disponible. : <https://www.cairn.info/apprendre-dans-l-entreprise--9782130618959-page-121.htm>

Meier O. Schier G. Management du changement : Changement culturel et organisationnel (Management - Ressources humaines) (French Edition). Dunod. Édition du Kindle.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Le plan. De prévention bucco-dentaire. (2 novembre 2015). (Consulté le 15 novembre 2019). Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>

Pastré P. Les compétences professionnelles et leur développement. La revue de la CFDT. (Consulté le 22 janvier 2020). Disponible : <http://www.recherches.philippeclauzard.com/Pastre-developpementdescompetences.pdf>

Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique (Savoir et formation) (French Edition)). Édition du Kindle.

Paul M. L'accompagnement dans le champ professionnel dans Savoirs 2009/2 (n°20) pp. 11-63. (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2009-2-page-11.htm>

Paul M. l'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. Recherche en soins infirmiers. 2012/3 (n°110) pp 13-20. (Consulté le 11 avril 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-3-page-13.htm>

Pesqueux Y. Du changement organisationnel. HAL Archives ouvertes. 2015. 67 p. (Consulté le 15 janvier 2020). Disponible : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01235164/document>

Plan stratégique 2015-2019 - Une AP-HP ouverte, unie et innovante. (Consulté le 2 décembre 2020). Disponible : <https://www.aphp.fr/contenu/plan-strategique-2015-2019>

Projet Régional de Santé. Schéma d'organisation des soins. Volet buccodentaire. Synthèse. (Consulté le 20 novembre 2019). Disponible : <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire-synthese.pdf>

Radoï L. et al. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. La Revue de la Gériatrie, Tome 41, N°1 Janvier 2016. (Consulté le 15 novembre. 2019). Disponible : http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2016_41_5-16.pdf

Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt Manuel de recherche en sciences sociales BORDAS, Paris : Dunod, 1988, p. 188

Retour D., Krohmer C. La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences. Facef pesquisa. Numero especial. 2011. pp. 48-76

Senge P. La cinquième discipline. Levier des organisations apprenantes. Nouvelle édition augmentée. Paris. Éditions Eyrolles 1990. 2006. 459 p.

Shah Bin M. Yusoff M. Le service public : une organisation apprenante. Revue Internationale des Sciences Administratives 2005/3 (vol.71). pp. 497 – 510. (Consulté le 8 février 2020). Disponible : <https://www.cairn.info/revue-internationale-des-sciences-administratives-2005-3-page-497.htm>

Soparnot R. Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. Recherches en Sciences de Gestion 2013/4 (N° 97). pp. 23-43. (Consulté le 3 janvier 2020) Disponible : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-4-page-23.htm>

Tarandeu J.C. Le management des savoirs. PUF. Collection Que sais-je. 2002. 128 p.

Tebourbi N. Mettre en place une organisations apprenante : comment outiller les acteurs organisationnels ? pp.16-25. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <https://books.openedition.org/pressesenssib/3545?lang=fr>

UDAVE J.P. L'accompagnement est un humanisme - posture, déontologie, éthique de l'accompagnement. Texte publié dans Pratiques innovantes - Débattre "Accompagner les démarches innovantes " 2003. 11 p. (Consulté le 10 avril 2020). Disponible : http://probo.free.fr/textes_amis/accompagnement_humanisme_jpu.pdf

UFSBD Espace Pro. Fiches pratiques. (20 novembre 2019). Disponible : <https://www.ufsbd.fr/nos-fiches-pratiques/>

Vandangeon-Derumez I. Changement prescrit et changement construit : la conduite des processus de changement et les logiques d'actions sous-jacentes EURISTIK upres-a CNRS 5055 Centre de recherche de l'IAE Lyon

Ville de Créteil. Contrat Local de Santé. pp 10-11 (Consulté le 6 décembre 2019). Disponible : <https://www.ville-creteil.fr/contrat-local-de-sante-94-CLS-Créteil-2012-2013.PDF>

Zarifian P. Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante. pp. 207-215. (Consulté le 7 février 2020). Disponible : <https://books.openedition.org/purh/1535?lang=fr>

Table des annexes

ANNEXE 1 : Les projets de recherches du CSERD DE CRETEIL

ANNEXE 2 : le D.M.U de médecine du C.H.U. Henri Mondor

**ANNEXE 3 : Le circuit de lavage-conditionnement-distribution du
CSERD**

ANNEXE 4 : Journées d'observation en odontologie du 6-7 et 8/11/19

ANNEXE 5 : Questionnaire

**ANNEXE 6 : Document 1 : chronométrage des tâches
Document 2 : Besoin en effectif sur la journée**

ANNEXE 7 : Analyse de processus selon l'HAS

**ANNEXE 8 : Méthodes de communication dans les groupes
Selon J.C. ABRIC**

ANNEXE 1

Les projets de recherches du CSERD DE CRETEIL

H2020 MAXIBONE

Travail sur la reconstruction osseuse des maxillaires « par thérapie cellulaire autologue et utilisation d'un biomatériau innovant ».

Projet financé par la Commission Européenne.

Pr Bruno GOGLY.

PHRC DECAT (DEep Caries Treatment)

« Etude clinique randomisée multicentrique comparant l'éviction partielle en un temps à l'éviction complète lors du traitement des lésions carieuses profondes des dents permanentes ». Projet n°13-0347. Financement : 776 984 euros

Promoteur : Hospices Civils de Lyon (plus de 40 investigateurs, 13 sites hospitaliers).

Investigateur coordonnateur : Pr Brigitte GROSGOGÉAT

Investigateur principal pour Mondor : Dr Elisabeth DURSUN

PHRC PANORAMIX

« Intérêt d'un substitut osseux en prothèse amovible complète immédiate d'usage »

Promoteur : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Direction de la Recherche Clinique et du Développement.

AOR 12 21/11/2011

Projet hospitalier de recherche clinique (PHRC), Hôpitaux Albert Chenevier-Henri Mondor-Emile Roux

Investigateur coordonnateur : Dr Christophe RIGNON-BRET

Investigateurs : Dr Alain HADIDA, Dr Claudine WULFMAN

ETUDE PRADICO (PRatiques Anticoagulants oraux Drects Chirurgie Orale)

Promoteur : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Investigateur coordonnateur : Pr Isabelle MAHE

Investigateur pour Mondor : Dr Loïc SAVANNE

AUTRES PROJETS

« Recrutement d'une cohorte de patients atteints du syndrome d'Ehlers-Danlos parodontal »

Etude menée par le Pr Bruno GOGLY et le Dr Adrian BRUN

« Evaluation du morphotype gingival sain chez l'enfant et l'adolescent »

Etude bi-centrique avec le CHU de Nice.

Dans le cadre de la thèse de recherche de Doriane CHACUN, co-dirigée par : Dr Elisabeth DURSUN, Dr Myriam DRIDI (Nice) et Pr Bruno GOGLY.

« Microbiote parodontal des dermatoses bulleuses auto-immune à expression gingivale »

Etude menée par : Dr Myriam DRIDI, Dr Frédérick GAULTIER et Pr Bruno GOGLY.

« Etude clinique sur PRF et traitement de récessions parodontales »

Dans le cadre de la thèse de recherche de Charlotte PANTCHENKO, co-dirigée par Dr Frédérick GAULTIER, Dr Myriam DRIDI (Nice) et Pr Bruno GO

Mathilde JALLADAUD Thèse de recherche sur le PRF également, co-dirigée par Dr Frédérick GAULTIER et Pr Bruno GOGLY.

ANNEXE 2
LE D.M.U DE MEDECINE
DU C.H.U HENRI MONDOR

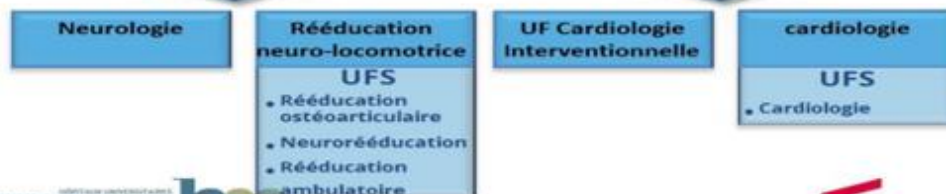
DMU MÉDECINE

DIRECTION MÉDICALE ADJOINTE : MÉDECINE AIGUE / INFLAMMATOIRE / INFECTIEUX / IMMUNOLOGIQUE



DIRECTION MÉDICALE ADJOINTE : NEUROLOGIE ET RÉÉDUCATION

DIRECTION MÉDICALE ADJOINTE : CARDIOVASCULAIRE



Les HUHM souhaitent proposer au CHIC d'engager une réflexion en 2019 pour envisager un lien d'association concernant la gériatrie

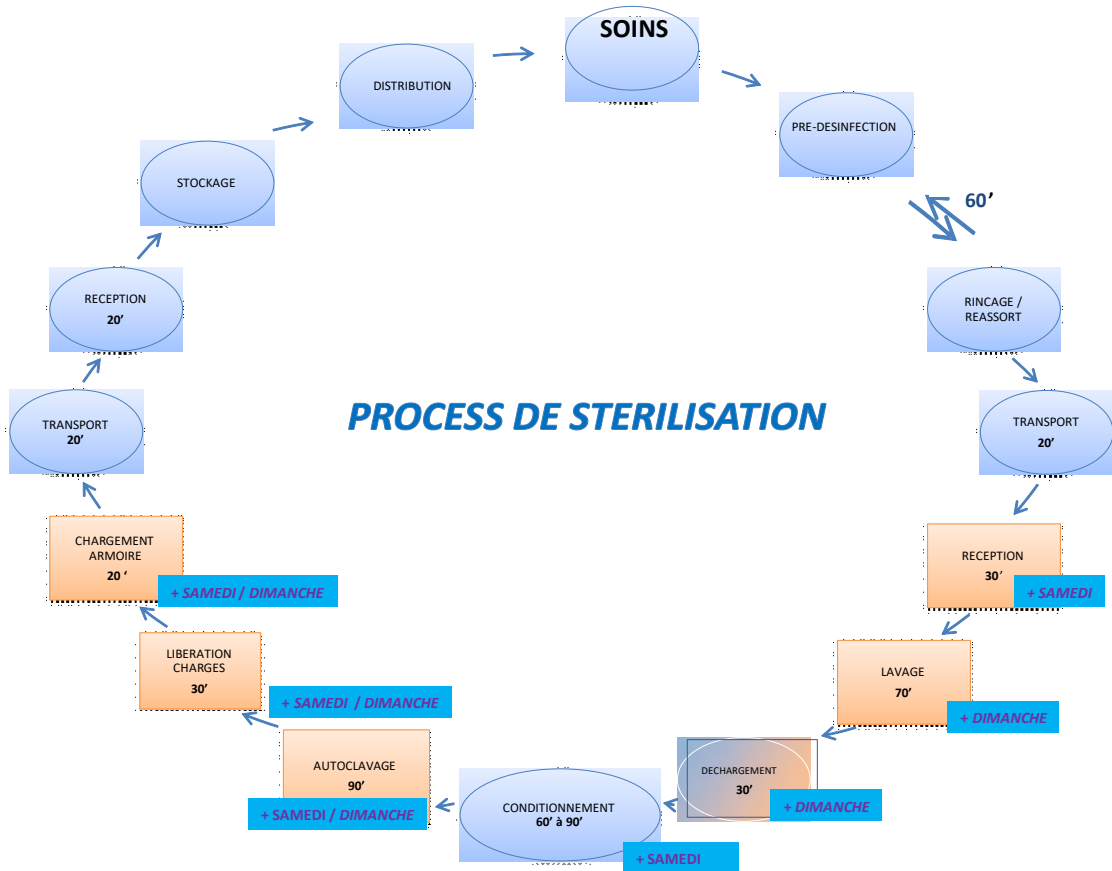
	NOMBRE DE LITS ET PLACES	Lits : 617 Places : 99
	PERSONNEL MÉDICAL ET NON MÉDICAL	PM : 289,38 seniors et 364,65 Juniors PNM : 1294,11 ETPR
	BUDGET (recettes directes)	185,2 M€
	SCORE SIGAPS (Σ des scores par service)	18 500

ANNEXE 3
LE CIRCUIT DE
LAVAGE-CONDITIONNEMENT-DISTRIBUTION
DU CSERD DE CRETEIL


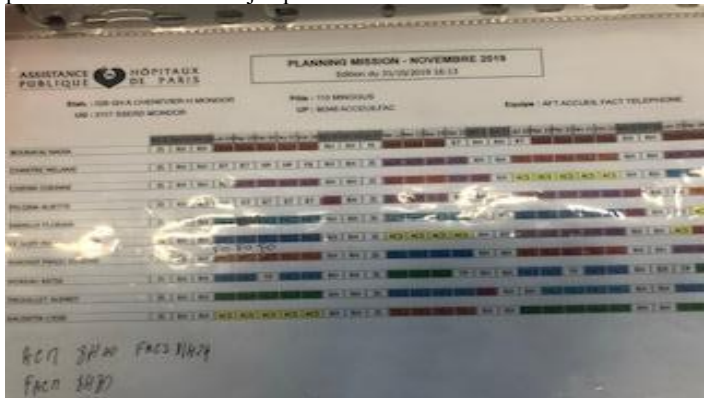
Horaires de charges et de décharges du circuit de stérilisation

Horaires arrivée en Sté	lavage	déchargement lavage	conditionnement	autoclavage déchargement et libération	heure de retour
	Personnel stérilisation	Personnel odontologie	Personnel odontologie	Personnel stérilisation	Personnel du SO
R1 7H30	9H00 - 10h20	10h20 - 10h35	10h35 - 11h35	11h35 - 13h35	14h
R2 11h00	11h30 - 12h50	12h50 - 13h05	13h05 - 14h05	14h05 - 16h05	16h
R3 14H00	14h30 - 15h50	15h50 - 16h05	16h05 - 17h05	17h05 - 19h05	19h30
R4 16H00	16h30 - 17h50	17h50 - 18h05	7h à J+1	19h05 - 21h00	11h à J+1
R5 19H30	J+1 07h30 - 09h00	J+1 9h00 - 9h15	9h30 - 10h 45	10h45 - 12h45	14 h à J+1 * 13 h30 à J+1


L'ensemble du circuit peut être résumé selon le schéma ci-dessous :

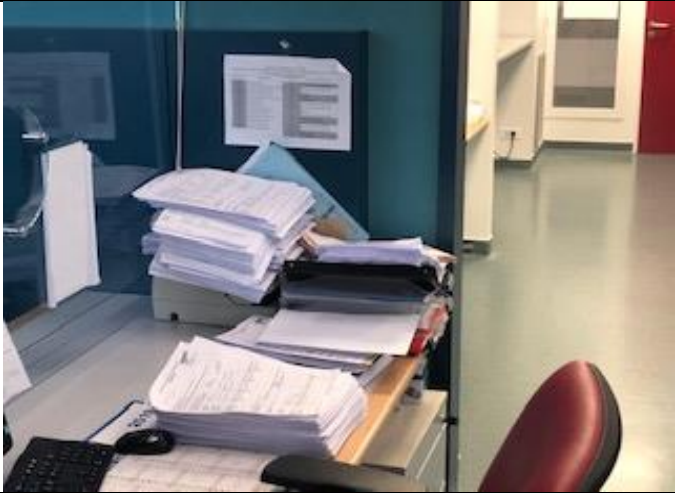



ANNEXE 4
JOURNEES D'OBSERVATION EN ODONTOLOGIE
DU 6-7 ET 8/11/19


TACHES	OBSERVATIONS	QUESTIONS	REPOSES	REMARQUES
ACCUEIL PHYSIQUE				
Ouverture du service	La personne qui doit arriver à 8H00 (pour ouvrir aux patients à 8H15 et enregistrer les premiers patients pour une prise en charge à 8H30) n'arrive qu'à 8H30	A quelle heure deviez-vous commencer ?	<i>Je commence à 8H30</i>	<p>Dysfonctionnement : Je contrôle sur le planning. Son arrivée était bien prévue pour 8H00, ce en quoi elle me répond qu'elle ne peut pas commencer à 8H00 du fait des transports</p> 
	<p>A 8H30 une seule personne à l'accueil physique. Une personne n'est pas présente à son poste (formation ?). Deux personnes en congés cette semaine.</p> <p>Une personne arrive pour l'accueil téléphonique et une personne arrive pour la facturation</p> <p>Plusieurs patients attendent d'être enregistrés.</p>		<p>La personne prévue à l'accueil téléphonique, devant l'afflux des patients arrivants prend le poste de l'accueil physique</p> <p>La personne prévue à la facturation fait de même.</p>	<p>Entraide entre collègues mais personne pour répondre au téléphone et personne à la facturation jusqu'à 10H00</p> 


<p>Appel et enregistrement des patients</p>	<p>Les patients prennent un ticket devant la porte d'entrée et ensuite attendent que le numéro s'affiche sur l'écran</p> <p>Le patient est enregistré : plusieurs situations</p> <p>-Premier RDV : vérification de l'identité sur ORBIS, du domicile, inscription dans le logiciel ; impression d'étiquettes et de la fiche de circulation</p> <p>-Rendez-vous suite à un premier RDV/. Le patient donne son carton de rendez-vous avec son étiquette : enregistrement par code barre</p> <p>-Urgences : vérification de l'identité, du domicile, inscription dans le logiciel ; impression d'étiquettes et de la fiche de circulation</p> <p>-RDV pour la radiologie</p> <p>-Prise de Rendez-vous</p> <p>Fiches de circulation et étiquettes sont mises dans une bannette à l'extérieur du local d'accueil</p> <p>Les agents d'accueil appellent les étudiants grâce à un micro.</p> <p>Les patients s'installent du côté de la salle d'attente après enregistrement.</p>	<p>Comment sont gérés les RDV pour les urgences ?</p>	<p>Il y a un planning spécifique pour les urgences : ce sont les étudiants « de garde » qui sont dédiés aux prises en charge d'urgence de 9H00 à 17H00</p>	<p>Les Agents d'accueil n'ont aucune difficulté dans le maniement du logiciel</p> <p>Les agents d'accueil sont plutôt agréables et souriants avec les patients</p> <p>Difficultés</p> <p>De nombreuses interruptions de tâches par les étudiants qui défilent toute la journée dans le local d'accueil pour imprimer des étiquettes, poser diverses questions sur des sujets d'organisation sensés être connus, et autres questions...</p> <p>Au fur et à mesure de la matinée, la salle est complètement pleine avec des enfants(mercredi), des patients interpellent les agents, beaucoup d'activités, de mouvements, des interruptions de tâches, l'appel au micro. (un brouhaha constant et fatiguant pour le personnel d'accueil)</p> <p>Malgré cela les relations entre les agents d'accueil et les étudiants et dentistes semblent bonnes. Même si les agents d'accueil me confirment que ces interruptions gênent réellement leur travail et participent à leur épuisement ils répondent à toutes les demandes.</p> <p>Quelques rendez-vous n'ont pas été notifiés par les étudiants sur ORBIS ce qui complexifie la tâche des agents d'accueil</p> <p>Les agents d'accueil n'ont parfois pas le nom du dentiste ou de l'étudiant à appeler.</p> <p>Ergonomie : Seulement deux micros sur les six banques d'accueil, ce qui oblige certains agents à se lever pour faire l'appel aux étudiants à chaque enregistrement de patient.</p> <p>Certains étudiants et dentistes ouvrent la porte et gênent l'agent d'accueil installé juste au niveau de cette porte : a du se pousser contre la banque pour laisser passer les personnes à de nombreuses reprises.</p> <p>Patients : Ne comprennent pas qu'ils doivent faire le tour de l'accueil quand la banque est du côté de la salle d'attente des patients déjà enregistrés.</p>
--	---	---	--	--





ACCUEIL TELEPHONIQUE				
	Les deux postes téléphoniques sont dans la salle adjacente à l'accueil, et se situent à côté de la photocopieuse	Êtes-vous dérangés par la photocopieuse	<i>Énormément</i>	
	Un seul téléphone sonne en permanence pendant que l'autre reste le plus souvent silencieux	Comment se fait-il qu'il n'y ait presque aucun appel sur ce téléphone alors que l'autre sonne sans interruption ?	<i>Lors de l'appel il y a un choix multiple</i> - <i>Pour prise de RDV</i> - <i>Pour des questions de facturation</i> <i>Le deuxième téléphone est dédié à la facturation</i>	
		Lorsque les patients appellent sur le premier et que le téléphone est occupé, n'y a-t-il pas une bascule sur l'autre téléphone ?	<i>Elle est très longue à s'effectuer. A moins qu'il retente d'appeler en faisant le choix d'aller sur la facturation car ils n'arrivent pas à joindre le service par le choix du RDV</i>	
		Savez-vous mettre en attente un patient ?	<i>Non</i>	
		Avez-vous été formés sur ce type de téléphone ?	<i>Non</i>	Monsieur HELIN m'informe qu'il s'agit d'un opérateur externe : INEO. Le professeur PIRNAY me précise qu'ils sont très difficilement joignables
		Je vois que vous imprimez et que vous mettez le pli sous enveloppe. De quoi s'agit-il ?	<i>Dès que l'on prend le rendez-vous on imprime la convocation que l'on met sous enveloppe pour le départ au courrier</i>	L'agent s'active à mettre sous plis la convocation tout en répondant à un autre patient.
	L'agent ne peut pas donner le rendez-vous à une patiente	Je demande à son collègue pourquoi ?	<i>Nous ne pouvons pas donner les rendez-vous au-delà de trois mois. C'est une décision du chef de service car sinon on ne peut plus donner de rendez-vous dès le début d'année car tous les créneaux se remplissent</i>	L'agent passe du temps à expliquer à la patiente qu'elle ne peut rien faire pour elle et la patiente semble assez mécontente.





REPONSES AUX MAILS				
	A 16H30 les téléphones se bloquent automatiquement et les agents doivent ensuite répondre aux demandes faites par mail			
FACTURATION				
	Une seule personne est formée complètement à la facturation et une ou deux autres ne le sont que partiellement.	Êtes-vous suffisamment nombreux pour la facturation ?	<p>Dysfonctionnement <i>Non, nous avons Trois mois de retard. Nous avons rattrapé beaucoup de factures en Aout avec la fermeture du service mais à nouveau je suis débordée</i></p>	
		A votre avis quelles en sont les raisons ?	<p><i>Je n'ai pas le temps. Je suis trop souvent dérangée et nous sommes en budget global alors qu'il faudrait être en traitement au fil de l'eau. Quand on fait des recherches il n'y a aucune trace au niveau de la sécurité sociale Et il faut gérer les contentieux (les rejets) mais je n'ai pas de code d'accès pour connaître les droits des patients : cette possibilité m'arrangerait vraiment, ce serait beaucoup plus confortable</i></p>	<p><u>Intervention d'une des collègues :</u> <i>Il est impossible de se concentrer ici pour faire de la facturation. Il y a trop de bruits, de passages, d'interruption. On gère l'urgence et on met la facturation de côté parce qu'il faut s'occuper des patients qui sont présents en priorité. Et quand il faut rattraper 3 mois c'est vraiment démoralisant. Je l'ai fait au mois d'Août pendant trois semaines. Je n'en pouvais plus. Il faut absolument qu'une personne soit complètement détachée tous les jours et qu'elle soit dans une autre pièce au calme</i> (Cette remarque est largement confirmée par toutes les collègues présentes à l'unanimité) On me précise que le logiciel n'est pas adapté, et que la moindre erreur relance une deuxième facture : il faut donc être bien formé et surtout très concentré ce qui est impossible en l'état)</p>



LOGISTIQUE				
	<p>Une personne est affectée à la gestion des KARDEX : 3000 références</p> <p>Un ordinateur avec COPILOTE Une partie est en dotation et une partie ne l'est pas.</p> <p>L'ensemble des références doivent être enregistrée sur le logiciel mais longtemps seul comme logisticien certaines références ne sont pas encore enregistrées (les CFAO : conception fabrication assistée par ordinateur)</p>	<p>Pouvez-vous m'expliquer le fonctionnement ?</p> <p>Comment êtes-vous informé que le seuil est atteint ? y a-t-il une alerte ? La commande est-elle automatique ?</p> <p>Comment le déstockage est-il géré en votre absence ?</p>	<p><i>Pour chaque produit je note la couverture et le seuil d'alerte</i></p> <p><i>Non il faut que je fasse une requête. Je le fais une fois par semaine. Et ensuite je passe les commandes : il n'y a rien d'automatique</i></p> <p><i>On me laisse des feuilles volantes. J'avais mis en place une liste pour qu'à la distribution ils notent les besoins mais ce n'est pas fait par tout le monde</i></p>	<p>Monsieur HELIN m'explique qu'il faudrait installer WEB PILOTE pour que les commandes se lancent automatiquement dès que le seuil d'alerte est atteint</p> <p>Certains produits sont en rupture de stock ou en attente de réception de la commande.</p> <p>Nous constatons que la liste n'est plus à la disposition des agents qui sont en distribution.</p> <p>La nouvelle logisticienne m'explique que désormais c'est elle qui va s'en occuper et me montre le document en sa possession.</p> <p>Au décours de la conversation, le logisticien m'explique : <i>« Il a fallu s'adapter à de nouveaux locaux, à de nouveaux logiciels et cette adaptation a été très difficile. Nous sommes passés d'un service et hôpital familial à une usine. Il a fallu s'adapter à de nouvelles procédures. Avant il y avait beaucoup de tolérances sur les procédures et il a fallu s'adapter pour travailler avec les normes. Avant on avait une préparatrice en pharmacie qui était très aidante, on n'en a plus aujourd'hui. Aujourd'hui je fais mes demandes, l'économiste passe les commandes, le magasin hôtelier réceptionne les commandes et ensuite je vais les chercher à 14H00 »</i></p>
		<p>Qui s'occupe du réassort pour éviter que tout le monde se serve dans le KARDEX sans déstockage ?</p>	<p><i>Il y a une petite réserve pour éviter que tout le monde vienne se servir dans le kardex. C'est Yolette (2^{ème} logisticienne depuis peu) qui s'en charge. Elle s'occupe également de réapprovisionner l'open space</i></p>	
	<p>Plusieurs kits sont en attente d'être complétés.</p>	<p>Dysfonctionnement</p> <p>Les agents de la stérilisation m'expliquent qu'ils</p>	<p><i>Nous avons mis en place des photos de tous les kits pour les aider et nous avons installé des boîtes pour chaque élément avec leur numéro. Je ne</i></p>	<p>Exemple photos kit</p>




		<p>sont en difficulté pour refaire les KIT. Ils disent manquer de matériel</p>	<p><i>comprends pas pourquoi ça ne fonctionne pas.</i> <i>Il y a maintenant un petit panier pour chaque kit. Si le matériel tombe on sait sur quel kit il était.</i></p>	 <p>KIT PC 2015</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: 6379-314-023 2: 8379-314-014 3: 845KR-314-016 4: 845KR-314-021 5: 8845KR-314-021 6: 6856L-314-020 7: 878K-314-012 8: 6878K-314-014 9: 8889-314-010 10: 6889-314-010 11: 951KR-314-023 12: 8856-314-018 13: H 34L 314 012 14: H139E-204-023 15: H15EM-204-023 16: H375RDF-314-018
	<p>Ce jour, la deuxième logisticienne n'est pas sur son poste de logistique. Elle est descendue en stérilisation car il manquait beaucoup de matériel ce matin</p>	<p>Que s'est-il passé ?</p>	<p>La personne en stérilisation d'hier après-midi n'a pas pu prioriser.</p>	
		<p>Les personnels de la stérilisation m'explique qu'ils sont en grandes difficulté car il manque du matériel pour confectionner les KIT. Qu'en pensez-vous</p>	<p><i>Il peut manquer du matériel surtout sur le matériel très couteux. Le professeur PIRNAY est obligé de gérer le budget.</i> <i>Il faut qu'il y ait toujours quelqu'un dans la zone de lavage et il faut fermer la porte de la distribution pour éviter les disparitions de matériel. Et ce n'est pas fait.</i> <i>Mais surtout il faudrait qu'ils fassent remonter les besoins quand ils sont en stérilisation. Il y a un problème de communication. Si personne ne dit qu'il manque du matériel on ne peut pas le deviner.</i> <i>Il faut également descendre en stérilisation dès le matin à 8H00 pour rattraper rapidement les retards de la veille quand ils ont été débordés. Il y a des personnes plus lentes que d'autres et c'est normal. Et parfois il y a trop de travail pour une seule personne.</i></p>	<p>Traçabilité du matériel : Pour les produits coûteux il y a une traçabilité avec un système de code barre. Par contre la vérification est très longue et chronophage à chaque étape du circuit pour les agents. Y compris pour les plus anciens.</p> <p>En distribution : Pour les autres instruments, l'étudiant a une feuille « de discipline » où chaque instrument réclamé est consigné (validé par l'enseignant). Ces feuilles sont conservées sur un tableau par les agents de la distribution et doivent être redonné à l'étudiant chaque fois qu'il demande un nouveau matériel afin qu'il soit consigné également. L'étudiant apporte ensuite son matériel dans une boîte de trempage prévue à cet effet avec la feuille. L'agent de la pré désinfection doit vérifier en présence de l'étudiant si tout y est. Le matériel reste à tremper pendant 15 mn. La feuille de traçabilité est donnée à la stérilisation et redonnée au reconditionnement pour contrôle. (L'ensemble de ces éléments seront vérifiés à la prochaine journée d'observation)</p> <p>Dysfonctionnements repérés ce jour :</p>

			<p><i>Il y a aussi un gros problème de retard chez certains. Les gens n'arrivent pas tous à l'heure.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les agents ne demandent pas systématiquement aux étudiants de remplir la feuille « de discipline » lorsqu'ils demandent du nouveau matériel - Le temps de trempage n'est pas respecté : l'heure d'arrivée du matériel en pré désinfection n'est pas notée. - L'étudiant n'attend pas forcément le contrôle.
		<p>Comment faites-vous le réassort ?</p>	<p><i>Il y a des dates limites à respecter sur le matériel stérilisé. Il faut mettre le matériel de tel façon que les dates les plus anciennes soient les premières utilisées mais ce n'est pas souvent respecté.</i></p>	<p>Dysfonctionnement (photo prise ce jour le 6/11/19)</p> 
		<p>Vous venez d'arriver sur le poste de logisticienne. Vos missions sont-elles claires pour vous ?</p>	<p><i>Non, pas encore</i></p>	

STERILISATON				
<p>Après la désinfection des Box une AS doit descendre avant 8H00 en stérilisation</p> 	<p>Dans la journée plusieurs charges descendent après le pré-lavage-désinfection</p> <p>La charge de 13H30 sort du lavage en stérilisation à 16H30 puis les agents de l'odontologie se chargent du conditionnement. La charge de 16H00 est disponible au conditionnement à 18H30. Les agents de stérilisation ne restent pas ou rarement après 19H00.</p> <p>Ce qui signifie qu'il reste deux charges à traiter le lendemain matin.</p> <p>Dysfonctionnement : Peu de matériels disponibles en distribution et souvent rupture de stock avant la fin de matinée.</p>	<p>Si je comprends bien vous avez deux charges de la vieille à faire ce matin ? Ce sont des instruments que ne peuvent pas avoir les dentistes ce matin du coup ?</p> <p>A quelle heure devez-vous remonter de la stérilisation ?</p>	<p>Oui. Quand le matériel descend en stérilisation il faut compter 2H00. La charge de 16H00 n'est pas disponible à la recomposition avant 18H00-18H30. Et ensuite elle passe en autoclave : il faut compter 2H00 pour l'autoclave.</p> <p>Mais nous devons remonter vers 19H00/19H30 pour désinfecter les boxes, vider les poubelles, ranger le local de distribution, aider au lavage si ce n'est pas terminé.</p>	<p>Questions à creuser :</p> <p>-Désinfection des boxes soir et matin ? font-il le travail en deux temps ?</p> <p>Ils terminent entre 20H00 et 20H30, pourquoi les agents de la stérilisation remontent-ils ?</p> <p>A quelle heure ferme la stérilisation ?</p> <p>Un temps est prévu entre 7H00 et 8H00 pour le nettoyage des box ensuite ils déjeunent avant de descendre à la stérilisation ? Pourquoi ne pas descendre à la stérilisation dès 7H00 pour avancer le travail ?</p> <p>Les horaires donnés depuis mercredi ne sont pas identiques pour tout le monde.</p> <p>Une analyse des tâches et de la gestion du temps de travail semble nécessaire ainsi qu'une analyse des plannings</p>
<p>Les agents doivent destocker le retour du lavage fait par le service de stérilisation</p>				<p>L'AS a été interrompu dans sa chaîne par les agents de stérilisation pour effectuer le destockage et libérer le chariot</p>
<p>Les agents doivent sécher le matériel en retour de lavage soit avec un appareil soit avec un souffleur</p> 	<p>Le matériel ressort effectivement mouillé du lavage : les gouttes coulent sur ma main(ce qui ne devrait pas être le cas semble-t-il)</p>	<p>Comment faites-vous pour sécher le matériel ?</p>	<p><i>Soit nous mettons les plateaux dans l'appareil prévu pour cela mais c'est long. Souvent on privilégie la souffleuse pour aller plus vite et avoir le matériel rapidement. Parfois on fait les deux.</i></p>	

<p>Les agents de stérilisation doivent recomposer le matériel dans les kits et mettre en sachets avant le passage à l'autoclave</p> 	<p>Dysfonctionnements Certains instruments ne sont pas propres (plâtre, miroirs) Non constaté ce jour</p> <p>Certains instruments sont abimés</p>	<p>Que faites-vous quand vous voyez du matériel qui n'est pas propre. Et comment expliquez-vous qu'il reste du plâtre ?</p> <p>Vous devez contrôler chaque instrument avant la recomposition ?</p>	<p><i>S'il reste du plâtre c'est que ce n'est pas suffisamment brossé.</i> <i>Il faut ouvrir la boîte, mettre du savon doux sur la brosse et instrument par instrument il faut gratter puis rincer.</i> <i>Nous mettons de côté les instruments sales pour les remonter ensuite au lavage : hier j'ai remonté 4 plateaux</i></p> <p><i>Oui mais il faudrait jeter les instruments abimés dès le lavage.</i></p>	 <p>La mise en sachets des objets tranchants nécessite une double manipulation : petit sachet pour la lame et le tout est mis dans un grand sachet qui passe dans la thermocelleuse.</p> 
		<p>C'est le protocole du service ?</p>	<p><i>Je ne sais pas, je viens de Lariboisière et c'était notre protocole.</i></p>	
		<p>Connaissez-vous celui du service ?</p>	<p><i>Non pas du tout</i></p>	
		<p>Je m'adresse à sa collègue. Et vous ? connaissez vous le protocole ?</p>	<p><i>Non, les collègues m'ont formé en arrivant ici.</i></p>	
<p>Certaines boîtes ne sont pas complètes</p> 		<p>Que faites-vous quand les boîtes ne sont pas complètes ?</p>	<p>Nous devons les compléter mais parfois nous n'avons pas le matériel nécessaire alors nous les mettons de côté en attendant. Mais parfois nous devons quand même les faire remonter incomplets car sinon il n'y aura pas suffisamment de matériel à la distribution.</p>	<p>Le Professeur PIRNAY m'explique qu'il n'est pas judicieux de faire remonter des kits et boîtes incomplets car cela oblige à ouvrir plusieurs kit pour avoir l'ensemble du matériel nécessaire</p>

		Que faites-vous pour alerter lorsqu'il manque du matériel ?	<i>On l'inscrit sur une feuille et on la monte en fin de service pour la donner aux logisticiens</i>	Pas de listing préétabli observer pour cocher les besoins
Conditionnement des rotatifs	<p>Je retrouve au niveau du Conditionnement le système de traçabilité des rotatifs (système à code barre)</p> <p>Je constate que pour certains instruments, les agents ont des difficultés à enregistrer le code barre avec la douchette (voir impossible et le matériel est alors mis de côté et ne pourra pas être conditionné) :</p> <p>Les étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -retrouver le rotatif dans la planche d'étiquette des rotatifs. -scanner son nom -scanner le rotatif -mettre dans un 1^{er} sachet -couper le bout du sachet -souder le sachet -mettre le deuxième sachet -mettre le code barre -scanner - souder le deuxième sachet 	Je m'interroge sur le temps nécessaire à l'ensemble de la chaîne (traçabilité et conditionnement) lorsqu'il n'y a pas d'aléas (code barre illisible, pochette trop petite ...)	<p>Je chronomètre environ une minute par rotatif.</p> <p>Il y a une quarantaine de rotatifs dans une boîte. Tous ne sont pas encore dans le circuit de la traçabilité.</p> <p>Lorsque ce sera le cas il faudra compter 40 mn pour une boîte si tout se passe bien et sans aléas ni interruption de tâche.</p>	
Mise en chariot des instruments reconditionnés pour l'autoclave				<p>Ergonomie : Le travail s'effectue en position debout prolongée et piétinement</p> <p>Collectif de travail</p> <p>L'AS en poste est en colère car dit que la collègue de la veille n'a pas fait son travail, qu'elle a laissé les fraises et que certains font ce qu'ils veulent et ne traitent que les instruments faciles à recomposer.</p> <p>Il s'avère qu'au regard de la livraison saisie la situation décrite est fautive et que non seulement l'AS a bien effectué un travail important mais qu'elle a également traité de nombreux kits de fraises.</p>

PRELAVAGE/ DESINFECTION				
	<p>Les étudiants ramènent leurs boîtes qu'ils déposent sur la banque avec leur feuille de traçabilité. Les agents en nettoyage pré désinfection doivent vérifier et compter le matériel ramené. L'étudiant laisse son sac DASRI et désinfecte son chariot de soin.</p>	<p>Comment se déroule la journée?</p> 	<p><i>A partir de 10H 10H30 les premières boîtes arrivent mais c'est vers 11H30 que le plus gros des arrivages se fait.</i></p> <p><i>Le moment le plus difficile c'est entre 17 et 19H00 car il y a tous les arrivages de fin de journée et il faut tout nettoyer pour la charge de 19H30</i></p>	<p>C'est au moment où il y le plus de travail de nettoyage à faire que les boîtes arrivent et génèrent une interruption de tâches pour pouvoir compter le contenu des boîtes qui arrivent. L'AS doit également vider les DASRI qui se remplissent en peu de temps lors de l'arrivée de tous les étudiants. A l'extérieur du local il faut arrêter le lavage pour sortir et vider les DASRI dans le local à déchet : à nouveau interruption de tâches sinon le sac déborde.</p>
<p>Lavage et grattage du matériel</p>				<p>De nombreux petits instruments. Le lavage se fait au savon doux afin que les miroirs soient bien nettoyés.</p> <p>Ergonomie : Le local est exigu et il n'y a qu'un seul évier ce qui ne facilite pas l'entraide. Le travail est inégal dans la journée avec des moments d'attente et des heures de pointe qui nécessiteraient probablement d'être à deux. Le travail s'effectue en position debout prolongée et piétinement.</p>

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX PROFESSIONNELS

QUESTIONNAIRE

1-Quels sont vos compétences : distribution/lavage/stérilisation Logistique

2-Sur quels horaires travaillez-vous (avez-vous des horaires adaptées) ?

-

-

3-Pouvez-vous me décrire les tâches que vous avez à effectuer ?

4-A quelles heures le travail est-il le plus intensif selon les postes de travail ?

Distribution :

Lavage :

Stérilisation :

5-Avec quels outils travaillez-vous ?

6-Avez-vous été formé ? Oui Non

Si oui : comment et par qui ?

7-Pensez-vous que votre formation soit suffisante ? Oui Non

Si non : sur quelles tâches êtes-vous en difficulté ?

8-Quels sont les points positifs dans l'organisation du travail ?

9-Quels sont, à votre avis, les points à améliorer ? Avez-vous des propositions à soumettre ?

ANNEXE 6

DOCUMENT 1 : *chronométrage des tâches*

DOCUMENT 2 : *Besoin en effectif sur la journée*

DOCUMENT 3 : *Matrice de calcul des effectifs nécessaires*

Document 1

Chronométrage des tâches

	désinfection box ouverts+ réassort	désinfection fauteuil+ aspiration	réassort box
	de 7H05 à 8H00	20H-20H30	10H-10H30/15H00-15H30
temps chronométré	8	4	
Nombre de box	36	36	
total	288	144	
Nombre d'agents	4,8	4,8	1

	charge à descendre et remonter	charge à ranger	blouses à ranger	Prélavage à finaliser
	8H-11H-14H-16H-19H30	8H30-11H30-14H30-16H30	8H00	8H00
temps chronométré	20	30	15	25
Nombre d'agents	1	1	1	1

	Distribution	Distribution	Distribution	Rangement local distribution	Mise en sachet cotons et pompons
	8H30-10H30	14H00-16H00	10H30-13H00/16H00-18H30	18H30-19H30	9H00-10H00/15H30-16H30
temps chronométré	245	220			
Nombre d'agents	2,04	1,83	1	1	1

	prélavage	Prélavage	Rangement local
	10H30-13H00	16H30-18H30	18H30-19H30
boîtes	150	125	
compter et ranger	30	30	
DAC	30	30	
déconta	18	18	
Contrôle	30	25	
total	258	228	
Nombre d'agents	1,72	1,9	1

	recomposition /sté	recomposition /sté
	8H00-13H00	13H30-20H00
Nombre d'agents	2	2

Document 3

Matrice de calcul des effectifs nécessaires

AS	Effectif nécessaire	Semaine	Week-end	Nuit			
				0			
	MATIN AS	5	4				
	AM AS	5					
	Logisticiens	1					
		11	4				
	Horaires	07:50	07:50				
	Temps agent nécessaire à l'année	Semaine	19904:30	heures nécessaires			
		Week-end	1441:20	heures nécessaires			
		Total Jour	21345:50	heures nécessaires			
		Nuit	0:00	heures nécessaires			
	Temps de travail annuel d'un agent	Jour	365	jours à l'année			
			104	RH			
			25	CA			
			3	hors période			
			9	fériés			
			1	journée de solidarité			
			0	SU			
			0	RTT			
			0	fête des mères			
				210,00	jours		
			1645:00	heures			
		Nuit	365	jours à l'année			
			104	RH			
			25	CA			
			hors période				
	11		fériés				
	1		journée de solidarité				
		0	repos en plus				
		78,1	RR				
		0	fête des mères				
		146,9	jours				
		0:00	heures				
	Effectif théorique nécessaire à l'année	Jour	12,98	ETP	total		
		Nuit		ETP			

ANNEXE 7

ANALYSE DE PROCESSUS SELON L'HAS

Fiche 25. Analyse de processus et de ses points critiques

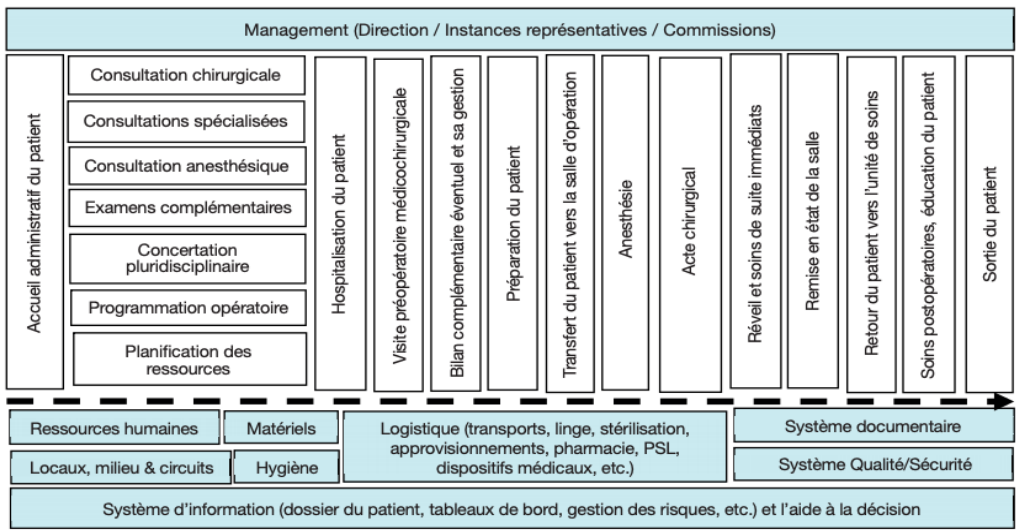
Objectif
 Comprendre les principes d'analyse de processus dans le but de sécuriser les pratiques dans le cadre d'un circuit de prise en charge

1. Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	2. Analyser la situation et identifier les risques	3. Évaluer et hiérarchiser les risques	4. Traiter les risques	5. Suivre les risques et pérenniser les résultats
--	--	--	------------------------	---

Principe

- Le processus est la base de toute activité humaine, de soins en particulier.
- La bonne volonté et le savoir faire implicite des professionnels engagés dans une action commune ne sauraient garantir à eux seuls la qualité, la sécurité et l'efficacité d'un processus de soins.
- L'activité d'un établissement de santé peut être décrite sous la forme de processus essentiels (qu'ils concernent le pilotage, les parcours des patients et les prestations associées ou encore les fonctions dites de soutien).
- Une cartographie des processus constitue une première étape, la conduite des analyses se faisant par champs successifs (au niveau des « briques élémentaires ») privilégiés en fonction des enjeux immédiats.

Cartographie des processus d'une activité chirurgicale



- Un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif. Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux, de contenu et de qualité-sécurité des contributions.

- L'analyse a pour objet, champ par champ, de s'assurer de la pertinence et des modalités de maîtrise d'un processus de prise en charge ainsi que de l'organisation professionnelle associée. Ceci au regard du contexte, des risques associés, des références existantes et des résultats attendus.

Indication

- Analyse systématique d'une pratique existante porteuse d'enjeux, non stabilisée, génératrice de dysfonctionnements réels ou potentiels.
- Pratique nouvelle à sécuriser avant sa mise en œuvre.

Modalités de mise en œuvre

- **Identifier** l'objectif du processus, ses limites (début et fin), les relations dites « clients-fournisseurs » (ou interfaces) entre services, les professionnels impliqués.
- **Décrire le processus de travail réel avec les professionnels directement impliqués** (cadres et opérateurs) en adaptant le niveau de précision aux enjeux identifiés (intérêt d'un tableau « word » et d'un vidéoprojecteur favorisant une analyse partagée).
- **Vérifier la pertinence** (étape, objectif de l'étape, contraintes locales, référentiels concernés, exigences de qualité et de sécurité à satisfaire pour remplir la mission). Cette « déconstruction » conduite collectivement pas à pas permet un état des lieux aussi précis que possible, notamment quant à la nature des pratiques porteuses de dysfonctionnements réels ou potentiels.
- **Identifier les dysfonctionnements et situations à risques associés** à chacune des étapes du processus (dysfonctionnements connus, notifiés ou non, satisfaction des usagers, patients ou professionnels destinataires, etc.).
- **Rechercher et identifier les causes.**
- **Identifier et évaluer les barrières de sécurité existantes** en termes de pertinence, d'efficacité, de suffisance.

NB : Cette démarche de gestion des risques de première intention peut être complétée par d'autres de seconde intention (de type HACCP utilisable en hygiène, ou encore de type AMDE présentée en [fiche technique n° 24](#)).

Temps 1				Temps 2		Temps 3	Temps 4
Description du processus actuel selon ses étapes (1)				Vérification de la pertinence (2)	Identification des situations à risques ou dysfonctionnements associés (3) (4)	Recherche des causes	Identification et évaluation des barrières de sécurité existantes et/ou à mettre en place
N°	Quoi	Qui	Avec quoi				
1							
2							
etc.							

(1) Via la description des pratique réelles (et non celles du travail prescrit ++).

(2) Recherche d'écarts par rapport aux références (réglementation, recommandations de pratique clinique, procédures internes, normes applicables) permettant d'exclure certains risques.

(3) Dysfonctionnements survenus via tour de table, système de notification, enquêtes de satisfaction, plaintes, base de retour d'expérience, etc.

(4) Dysfonctionnements potentiels via dires d'experts et littérature professionnelle disponible.

- Au terme de ce temps de « déconstruction », aborder celui de la reconstruction, formalisée pas à pas avec les acteurs concernés (définition d'une pratique collective optimisée).

N°	Quoi (1)	Qui	Avec qui	Contribution attendue de chacun en cas de processus multi-acteurs (dont le partage d'information entre acteurs)	Points d'attention particuliers Barrières de sécurité Critères d'alerte en cas d'incident
1					
2					
etc.					

(1) Nouveau processus issu de l'analyse critique.



Conseils pratiques

- La présence d'une assistance méthodologique est souvent souhaitable (une expérience suffisante étant nécessaire pour décrire le processus et identifier les situations à risques au niveau de détail adapté).
- Ici comme ailleurs, la diffusion de la méthode doit être effectuée par la mise en situation accompagnée selon un principe de formation-action.
- La vérification de la pertinence peut nécessiter la mise en œuvre de méthodes d'évaluation complémentaires (audit, enquête de pratique).
- La reconstruction d'un processus à risques (ex : transfert d'un enfant au bloc opératoire) doit prendre en compte les points critiques résiduels et définir les contrôles à effectuer. En cas de risque majeur (identité du patient, côté à opérer, etc.), la réflexion doit être systématique quant aux barrières de sécurité successives à mettre en œuvre dans le cadre d'un dispositif de « défense en profondeur » :
 - barrières de prévention destinées à la suppression du risque ou à la prévention d'erreurs en amont (ex : au sein de l'unité de soins),
 - complétées en tant que de besoin de barrières de récupération et d'atténuation d'erreurs en aval (ex : lors de l'entrée au bloc, puis en salle d'opération).
- **Culture de sécurité** (fiche technique n° 7) et **bonnes pratiques de sécurité** (fiches techniques n° 28 et n° 29) jouent ici un rôle essentiel.

ANNEXE 8

Méthodes de communication dans les groupes

Selon J.C. ABRIC (1999)

Méthodes de communication dans les groupes

Selon J.C. ABRIC (1999)

- ⇒ **Reformulation** : pour approfondi

- ⇒ **Questions en retour** : renvoyer la question en retour pour connaître l'idée sous-jacente de celui qui pose la question

- ⇒ **Questions relais** : éviter de centraliser sur l'animateur en renvoyant au groupe dans son ensemble

- ⇒ **Question directe** à un participant destiné à utiliser ses compétences ou lui permettre de parler au moment propice

- ⇒ **Questions d'élucidation** : reformuler au groupe ce qui se passe en son sein pour qu'il prenne conscience

- ⇒ **Synthèse** : ponctue toute la réunion ou faire le point à intervalle régulier pour passer à une autre étape

Master Management des Organisations Soignantes
M2MOS@19-20

TITRE DU DOCUMENT

Accompagner le cadre de santé dans la mise en œuvre d'une organisation apprenante
Un levier managérial dans la prévention des risques psychosociaux

AUTEUR

GARCIA Valérie

MOTS CLÉS : Risques psychosociaux ; organisation apprenante ; collaboration ; compétences collectives ; *Leadership*

KEY WORDS: Psychosocial risks; learning organization; collaboration; collective skills; leadership

RÉSUMÉ

Suite au déménagement sur un nouveau site, le CSRD du groupe hospitalier Henri Mondor, fait face à des dysfonctionnements qui impactent la qualité et la réputation du service. Or, un changement organisationnel « radical » requiert une stratégie de type hiérarchique qui doit s'accompagner d'une communication adaptée afin de donner aux acteurs une vision claire du projet. Dans la mesure où les protagonistes n'ont pas été associés au projet, beaucoup n'ont pu y adhérer, ce qui explique, en grande partie, leur désengagement. Les conséquences se mesurent aujourd'hui sur la qualité du travail rendu, ainsi que dans l'absence de cohésion et de coopération au sein de l'équipe. Confrontés à des résultats qualitatifs et quantitatifs peu satisfaisants, les acteurs n'ont plus la fierté d'un travail bien fait et l'ambiance de travail devient conflictuel. L'ensemble participe alors d'une mauvaise qualité de vie au travail, provoquant ainsi l'émergence de risques psychosociaux. Or, les membres de l'équipe devraient élaborer des règles de travail, en coopération, pour s'adapter à une coordination prescrite. Une délibération peut permettre d'aboutir à un consensus sur ce qu'est un travail efficace et de qualité. Il est alors essentiel de redonner du pouvoir d'agir aux professionnels en instaurant des espaces de dialogues afin qu'ils puissent définir collectivement les actions à mettre en place et s'interroger sur les organisations. L'exigence de dialogue et de collaboration favorise la capacité des acteurs à s'adapter et à répondre rapidement à des changements organisationnels. Initier la mise en place d'une organisation apprenante, propice au développement de l'autonomie, de l'initiative et de la compétence, en s'appuyant sur l'analyse collective des événements, permet de répondre à l'ensemble de ces objectifs. La mise en place d'une organisation apprenante doit répondre à de nombreux paramètres consubstantiels à un *leadership* efficace et éthique, qui donne une vision convaincante des objectifs et laisse à l'équipe, l'espace nécessaire à la créativité et à l'innovation.

ABSTRACT

Following the move to a new site, the Henri Mondor Hospital Group's CSRD is facing dysfunctions that impact the quality and reputation of the service. However, a "radical" organizational change requires a hierarchical strategy that must be accompanied by appropriate communication in order to give those involved a clear vision of the project. Since the protagonists were not involved in the project, many were unable to join it, which largely explains their disengagement. The consequences can now be seen in the quality of the work delivered and in the lack of cohesion and cooperation within the team. Confronted with unsatisfactory qualitative and quantitative results, the coworkers no longer have pride in a job well done and the work atmosphere becomes conflictual. The whole situation then contributes to a poor quality of life at work, leading to the emergence of psychosocial risks. However, Team members should develop work rules, in cooperation, to adapt themselves to prescribed coordination. Deliberation can lead to a consensus on what constitutes an effective and quality work. It is then essential to empower professionals by creating spaces for dialogue so that they can collectively define the actions to be implemented and question organizations. The requirement for dialogue and collaboration promotes the ability of actors to adapt and respond quickly to organizational changes. Initiating the implementation of a learning organization, conducive to the development of autonomy, initiative and competence, based on the collective analysis of events, makes it possible to meet all of these objectives. The implementation of a learning organization must meet many parameters that are consubstantial to effective and ethical managerial support, which gives a convincing vision of the objectives, and leaves the team the necessary space for creativity and innovation.