



FACULTÉ
DE SANTÉ



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

Rendre les infirmiers et les aides-soignants acteurs de
leur exercice professionnel pour le bien-être et la
fidélisation au travail

ECUE 7.2
Abdenour KHELIL

Rachel DESFONTAINES
Année 2023/2024

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne



Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master 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.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance envers M. KHELIL et M. FARNAULT, mes référents mémoire, pour leur guidance précieuse, leur expertise complémentaire et leurs conseils avisés.

Je souhaite également adresser mes remerciements à M. DELÉPINE, coordinateur général des soins du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, pour m'avoir confié ce projet enrichissant.

À toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce projet, je leur adresse toute ma gratitude.

Je suis profondément reconnaissant envers mes proches et ma famille pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements constants.

Enfin, je tiens à exprimer un immense merci à mon époux pour son soutien inconditionnel et ses encouragements constants.

Table des matières

Abréviations.....	3
Introduction	4
1 Contexte institutionnel	5
1.1 Le Centre Hospitalier de Créteil	5
1.1.1 Présentation de l'établissement	5
1.2 Le projet stratégique du GHT.....	7
1.2.1 Le projet social du CHIC 2024-2028	9
1.2.2 La politique d'attractivité de la direction des soins	10
1.2.3 La politique qualité et gestion des risques du CHIC.....	11
2 Le pôle UMISP.....	13
2.1 Présentation du pôle.....	13
2.1.1 Les unités du pôle.....	13
2.1.2 Les données d'activités	13
2.1.3 La gestion des ressources humaines	14
2.1.4 Le bilan social du pôle	16
2.2 Les services de gériatrie.....	19
2.2.1 La filière de soins gériatriques – Définitions.....	19
2.2.2 Les services de gériatrie	22
3 Éclairage conceptuel du projet.....	25
3.1 Les différentes approches sociologiques de l'identité	25
3.1.1 L'identité au travail selon Renaud SAINSAULIEU	25
3.1.2 L'identité professionnelle de Claude DUBAR.....	26
3.1.3 L'identité de métier de Florence OSTY.....	27
3.2 Psychodynamique du collectif du travail.....	27
3.3 Le management lean.....	28
3.3.1 Qu'est-ce que le management Lean ?.....	28
3.3.2 Les méthodes en management lean.....	29
3.4 Bien-être au travail, qualité de vie au travail et risques psychosociaux.....	30
3.4.1 Le bien-être au travail	30
3.4.2 La qualité de vie au travail.....	33
3.4.3 Les risques psychosociaux.....	34
3.5 La fidélisation.....	35
3.6 La marque employeur.....	36
4 Les premiers pas du projet au contexte d'émergence	37
4.1 Qu'est-ce qu'un projet ?.....	37
4.2 La commande du projet.....	37
4.3 Le contexte d'émergence du projet.....	38
4.3.1 Pression des ressources humaines à l'échelle national et en milieu professionnel.....	38
4.3.2 Description des ressources humaines infirmiers du CHIC	40

4.3.3	Le pôle UMISP	42
4.4	Les objectifs du projet.....	45
4.4.1	Un objectif essentiel, la prise en charge des irritants du quotidien au travail	45
4.4.2	Des objectifs secondaires, du bien-être au travail à la qualité des soins	45
4.5	Les acteurs du projet	47
5	Infirmiers et aides-soignants acteurs de leur exercice professionnel au sein des services de gériatrie	48
5.1	Le diagnostic avant le projet de changement.....	48
5.1.1	La matrice de SWOT	48
5.1.2	Les indicateurs de départ relevant des ressources humaines, de la qualité des soins et de l'expérience patient.....	50
5.2	Conduire le changement	53
5.2.1	La communication, un outil managérial.....	53
5.2.2	La planification du projet.....	54
5.2.3	L'enquête qualité de vie et des conditions de travail.....	55
5.2.4	Cartographier les irritants du quotidien au travail.....	58
5.2.5	Méthodologie de co-construction des organisations soignantes.....	59
5.2.6	Les coûts du projet.....	65
5.2.7	Analyse des freins culturels	65
5.3	L'évaluation du projet.....	66
5.3.1	Les indicateurs de suivi des actions	66
5.3.2	L'analyse du projet et de sa conduite.....	67
5.3.3	Les perspectives du projet.....	67
	Conclusion.....	68
	Bibliographie.....	69
	Table des annexes	

Abréviations

AP : Auxiliaire de Puériculture

AS : Aide-Soignant

ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CAE : Contrat d'Allocation d'Études

CPP : Cadre Paramédical de Pôle

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

CHIV : Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Lucie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DSP : Direction des Soins Paramédicaux

ETP : Équivalent Temps Plein

EpiCov : Épidémiologie et Conditions de vie

FHF : Fédération Hospitalière de France

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmiers Diplômés d'État

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'État

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVCT : Qualité de Vie et des Conditions de Travail

RPS : Risque Psychosociaux

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

UMISP : Urgences-Réanimation-Médecine-Imagerie-Santé Publique

UGA : Unité de Gériatrie Aiguë

Introduction

Les établissements de santé sont au cœur des préoccupations sociétales et politiques, en raison de leur rôle essentiel dans la prise en charge des besoins de santé de la population. Le système de santé est confronté à une hausse continue de la demande de soins, en grande partie à cause du vieillissement démographique et des progrès incessants des connaissances et technologies médicales.

Cependant, les structures de santé font face à de nombreux défis, notamment en ce qui concerne la gestion de leurs ressources humaines. En effet, les tensions en ressources humaines sont devenues un enjeu majeur pour les établissements de santé, avec des répercussions sur la qualité des soins, les conditions de travail des professionnels et la pérennité des structures. La récente pandémie de COVID-19 les a exacerbés mettant en lumière les défis auxquels sont confrontés les gestionnaires des établissements de santé.

Actuellement, les métiers de la santé peinent à attirer des candidats, notamment à cause de la charge de travail importante ressentie et des conditions de travail jugées difficiles par les professionnels. Les taux de turn over sont élevés chez les nouveaux professionnels dont le quotidien au travail n'est pas porteur de sens.

Depuis 2022, j'exerce des missions de cadre supérieur au sein d'un pôle comprenant des secteurs de médecine, de santé publique et d'imagerie médicale. Le pôle a dû faire face à un nombre important de postes vacants infirmiers et de manipulateurs en électroradiologie médicale. De nombreux recrutements pour ces deux professions en tension ont été réalisés au sein de l'établissement. Les cadres supérieurs de santé sont donc amenés à interroger le bien-être au travail pour contribuer à la fidélisation au travail des professionnels de santé.

En 2023 un an après ma prise de poste, j'ai débuté le Master 2 « Management des Organisations Soignantes » dont le projet pédagogique mène à l'élaboration d'un projet managérial.

La conduite du changement fait partie des missions du cadre supérieur qui a un rôle stratégique dans les organisations de soins. Il pilote des projets qui répondent à des objectifs de qualité et de sécurité des soins et du parcours des patients. Le cadre supérieur de santé développe l'attractivité des services et en détermine des leviers de fidélisation des professionnels de santé.

Dans le cadre du Master 2, j'ai conduit le projet de : « Rendre les infirmiers et les aides-soignants, acteurs de leur exercice professionnel pour le bien-être et la fidélisation au travail. »

Dans ce travail de recherche, je suivrai les différentes étapes successives.

Dans une première partie, je vous présenterai le contexte institutionnel puis celui du pôle et, plus précisément, les unités de soins dans lesquels il s'inscrit.

Dans une seconde partie, j'apporterai un éclairage par des concepts qui étayent le projet managérial.

Dans une troisième partie, les premiers pas du projet managérial et son contexte d'émergence seront décrits.

La dernière partie sera consacrée à la mise en place du projet et à son déroulement.

1 Contexte institutionnel

1.1 Le Centre Hospitalier de Créteil

1.1.1 Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Créteil (CHIC) date de 1937. Il a été créé par la collaboration de quatre villes : Créteil, Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés et Bonneuil-sur-Marne. À l'origine, le CHIC est un hôpital généraliste qui a élargi ses missions par l'ouverture du service de gynécologie et d'un plateau technique. Puis des bâtiments dédiés à la pédiatrie et à la pneumologie sont venus répondre aux besoins en santé de la population.

Depuis 2016, le CHIC fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Hôpitaux Confluence, avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges Lucie (CHIV). L'implantation de longue date du CHIC et du CHIV dans les départements du Val-de-Marne et de l'Essonne montre leur engagement sur le territoire au bénéfice des populations locales. Ces deux établissements partagent l'ambition de « développer une offre de soins toujours plus quantitative au service d'une même vocation de proximité, d'expertise et d'innovation¹ ».

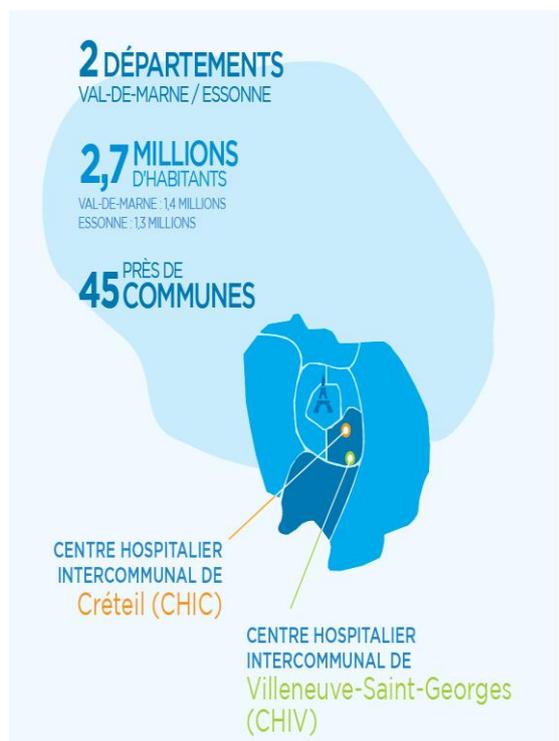


Schéma n° 1 : Le CHIC au sein du territoire²

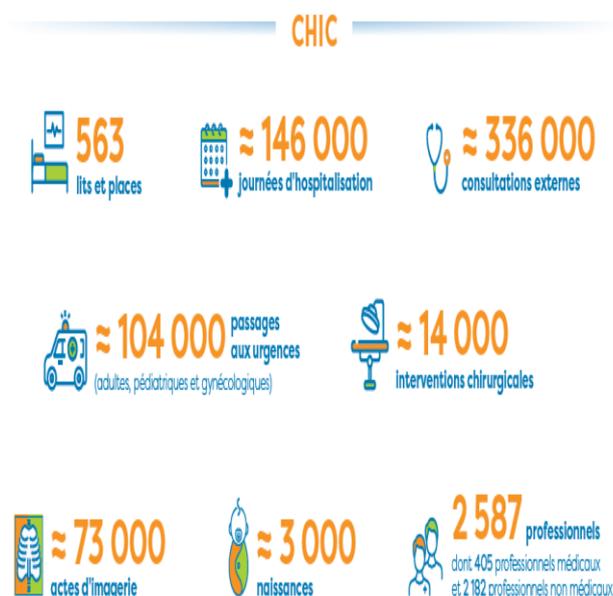


Schéma n° 2 : Activité 2022³

¹ Projet stratégique 2022-2026. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.p.8. [Consulté le 27/02/24].

Disponible :

https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/02/HC_ProjetStrategique_2022_210x297mm_CHIC_12.01.23.pdf

<https://www.chicreteil.fr/wp->

² Rapport d'activité 2022. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.p.8. [Consulté le 01/02/23].

Disponible :

https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/08/Hopitaux-confluence_Rapport-activite_2022_pap_08.2023.pdf

[https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/08/Hopitaux-confluence_Rapport-](https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/08/Hopitaux-confluence_Rapport-activite_2022_pap_08.2023.pdf)

³ Ibid.p.9.

Le CHIC est l'établissement support du GHT Hôpitaux Confluence. Il assure des missions de proximité avec un service d'urgences adultes, pédiatriques, gynéco-obstétricales qui comprend 104 000 passages en moyenne par an. Il compte 563 lits et places, environ 146000 journées d'hospitalisation, 3000 naissances. L'offre de soins du CHIC comprend des filières spécialisées dont le pôle cancérologie, la filière gériatrique, une filière bariatrique et une prise en charge complète du couple, de la femme et de l'enfant. Neuf disciplines universitaires complètent l'offre de soins : ORL, ophtalmologie, obstétrique, gynécologie, néonatalogie, pédiatrie, pédopsychiatrie, pneumologie et pathologies professionnelles.

Comprenant cinq pôles d'activité, la gouvernance du CHIC est assurée par un trio comprenant : un chef de pôle (médical), un directeur délégué de pôle (direction administrative), et un cadre supérieur de pôle (paramédical). Ils assurent la coordination des projets des unités de soins de leurs pôles et déclinent le projet d'établissement sur un plan opérationnel.

Le Pôle **P**érinatalité **F**emme **E**nfant **A**dolescent (PFEA) est un pôle qui offre une prise en charge intégrale de la femme, du couple et de l'enfant. La maternité universitaire de type III, avec une capacité de gestion de près de 3700 accouchements, dispose de services de réanimation et de néonatalogie. Il englobe également des unités spécialisées dans le diagnostic anténatal, d'assistance médicale à la procréation et l'orthogénie. Le pôle comprend également des services de pédiatrie générale, de chirurgie pédiatrique et de pédopsychiatrie.

Le Pôle **S**pécialités **C**ancer (Spé-cancer) assure un parcours patient où l'accent est mis sur la cancérologie médicale et chirurgicale.

Le Pôle **A**cuité **V**ision **D**ynamique **A**mbulatoire (AVDA) intègre des unités dédiées à la médecine et à la chirurgie ambulatoire, les blocs opératoires, des consultations spécialisées dont le service universitaire d'ophtalmologie.

Le Pôle **M**édico-**T**echnique est un pôle qui englobe la réalisation des examens par ses services de biologie, d'anatomo-pathologie, de cytologie. Il comprend aussi un service de stérilisation, une pharmacie et une équipe opérationnelle dédiée à l'hygiène.

Le Pôle **U**rgences-**R**éanimation-**M**édecine-**I**magerie-**S**anté **P**ublique (UMISP) est structuré pour répondre aux missions de proximité du CHIC. Nous allons le détailler dans la partie 1.2.

Après avoir présenté l'établissement, il me semble nécessaire de décrire le projet stratégique du GHT.

1.2 Le projet stratégique du GHT

Le projet stratégique du GHT hôpitaux Confluence a été élaboré pendant la crise sanitaire COVID-19 anticipant l'après-crise avec l'objectif commun de satisfaire les demandes en matière de santé de la région.

Le projet stratégique comprend 6 axes⁴ :



Schéma n° 3 : les 6 axes du projet stratégique 2022-2026⁵

⁴ Projet stratégique 2022-2026. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.p15. [Consulté le 27/02/24]

Disponible :

[content/uploads/2023/02/HC_ProjetStrategique_2022_210x297mm_CHIC_12.01.23.pdf](https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/02/HC_ProjetStrategique_2022_210x297mm_CHIC_12.01.23.pdf)

⁵ Ibid.p.16-17.

- **Rayonner :**

Il s'agit de mettre en avant les compétences liées à l'expertise dans les domaines de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, des soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de la psychiatrie auprès des professionnels de santé et des patients de la région par une communication forte et dynamique.

- **Organiser :**

Il s'agit de poursuivre la construction et l'organisation des filières et des parcours programmés et non programmés en collaboration avec les autres acteurs du territoire : les professionnels libéraux de la ville, les établissements médico-sociaux avec l'appui des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

- **Innover :**

La qualité et la sécurité des soins et des patients impliquent de se situer dans une démarche de « *veille permanente autour de l'évolution des progrès thérapeutiques et technologiques à intégrer dans les organisations, pratiques et comportements*⁶ ».

- **Moderniser :**

Cet axe du projet stratégique vise à garantir aux professionnels des moyens de travailler efficacement au service des patients. L'expérience patient et la qualité de vie au travail sont priorités dans un objectif « *d'éco-responsabilité*⁷ ».

- **Fidéliser et attirer :**

L'objectif principal est d'assurer la stabilité des équipes pour fidéliser durablement les compétences en créant des perspectives attrayantes. Le métier du soin est au centre de cet objectif avec le concept de collectif de travail afin de dynamiser les équipes. Le cadre professionnel comprend également la qualité de vie au travail pour donner un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle. Les processus de recrutement, d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels arrivants dans l'établissement sont revisités et une priorité est donnée à la gestion des carrières de manière individualisée.

- **Produire et transmettre nos savoirs :**

Il est question de consacrer du temps dédié aux activités de recherche et d'enseignement, de développer les périodes de stage sur un mode apprenant avec des moyens pédagogiques et d'évaluation.

Le projet stratégique ayant été décrit, le projet social du CHIC 2024-2028 prend appui sur la stratégie de l'établissement.

⁶ Ibid.p.24.

⁷ Ibid.p23.

1.2.1 Le projet social du CHIC 2024-2028

Le projet social du CHIC a été élaboré par la direction des ressources humaines dans les suites du précédent projet 2018-2022. Il s'inscrit dans l'axe « fidéliser et attirer » du projet stratégique 2022-2026 du GHT.

Il comporte 5 axes⁸ :

- ***Axe 1 : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences***

Cet axe comprend notamment de mettre à jour les maquettes organisationnelles et les effectifs cibles pour rendre le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) plus fiables en se basant sur les métiers exercés et non sur les grades. L'effectif sécuritaire par service est également défini dans les maquettes.

- ***Axe 2 : Accompagnement des hospitaliers tout au long de la vie***

Il s'agit d'accompagner les professionnels qui entrent dans un dispositif CGIP, de les reclasser en cas d'invalidité déclarée définitive à l'exercice de leurs fonctions. La préparation au départ à la retraite et le suivi de la santé des professionnels font également partie de cet axe.

- ***Axe 3 : Qualité de vie au travail***

Cet axe a pour finalité de mettre en place un réseau de correspondants handicap-prévention au sein des pôles, une commission d'analyse et de prévention des risques professionnels, et de restituer aux pôles l'enquête qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) réalisée sur l'ensemble de l'établissement en 2023. Pour les professionnels exerçant de nuit, une prise en compte des besoins réels est exprimée par le biais d'actions comme des rencontres sur les horaires de nuit par les membres du pôle qualité de vie au travail et d'un groupe de réflexion. Un soutien au bien-être est favorisé par l'accès à une salle de sport, une application NAP&UP pour réaliser des micro-siestes et à des séances d'ostéopathie. Des actions visant à faciliter l'accessibilité et la disponibilité à des logements sont planifiées dans le projet social.

- ***Axe 4 : Moderniser les ressources humaines***

Le but est de moderniser le processus de recrutement, les outils de gestion du temps de travail. Des visites périodiques de la direction des ressources humaines sont mises en place depuis l'année dernière au sein des différents services de l'établissement afin de faciliter la communication entre la direction et les agents.

- ***Axe 5 : Rénover les relations sociales***

Cet axe implique la représentation des organisations sociales au sein de l'établissement, les négociations collectives et la base de données sociales.

En parallèle du projet social du CHIC, la direction des soins (DSP) pilote une politique de renforcement de l'attractivité paramédicale.

⁸ Annexe 1 : Projet social 2024-2028 : Index des actions

1.2.2 La politique d'attractivité de la direction des soins

La DSP a développé une politique d'attractivité envers les étudiants et les nouveaux professionnels qui vise à mettre l'accent sur les métiers en tensions.

Cette approche comprend plusieurs aspects tels que :

L'offre de stage a été augmentée et, en parallèle, la mise en place de contrats d'allocations d'études (CAE) a été déployée dans le but de recruter les étudiants dès qu'ils sont diplômés.

Une commission d'étudiants a été créée. Elle se réunit une fois par mois. Elle est animée par le cadre supérieur en charge des étudiants et elle est composée de cadres de santé, de cadres supérieurs de santé et d'infirmiers. Des parcours d'apprentissage apprenants sont lancés pour les étudiants en soins infirmiers pour leur permettre de développer des compétences cliniques, théoriques et techniques. En outre, des parcours professionnalisants sont également construits au sein des pôles ou inter pôles dans une démarche de développement progressif des compétences des infirmiers (IDE) sous la base d'une rotation de six mois par services.

La DSP a pour stratégie de faire progresser les professionnels vers de nouvelles professions, des postes spécialisés ou à responsabilité comme infirmier, aide-soignant, infirmier anesthésiste, infirmier de pratique avancée (IPA), infirmier de bloc opératoire, cadre de santé.

Afin de faciliter l'adaptation des nouveaux arrivants, une période d'intégration de trois à cinq jours selon les professions est proposée aux nouveaux professionnels de l'établissement abordant des thématiques sur la gestion du temps de travail, l'hygiène, le circuit du médicament, les droits du patient, la qualité des soins et la gestion des risques. Une journée dédiée à la transfusion sanguine est proposée aux IDE lors de la dernière journée du séminaire d'intégration. Un livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants avec des organigrammes pour leur permettre de repérer les différents interlocuteurs de l'établissement.

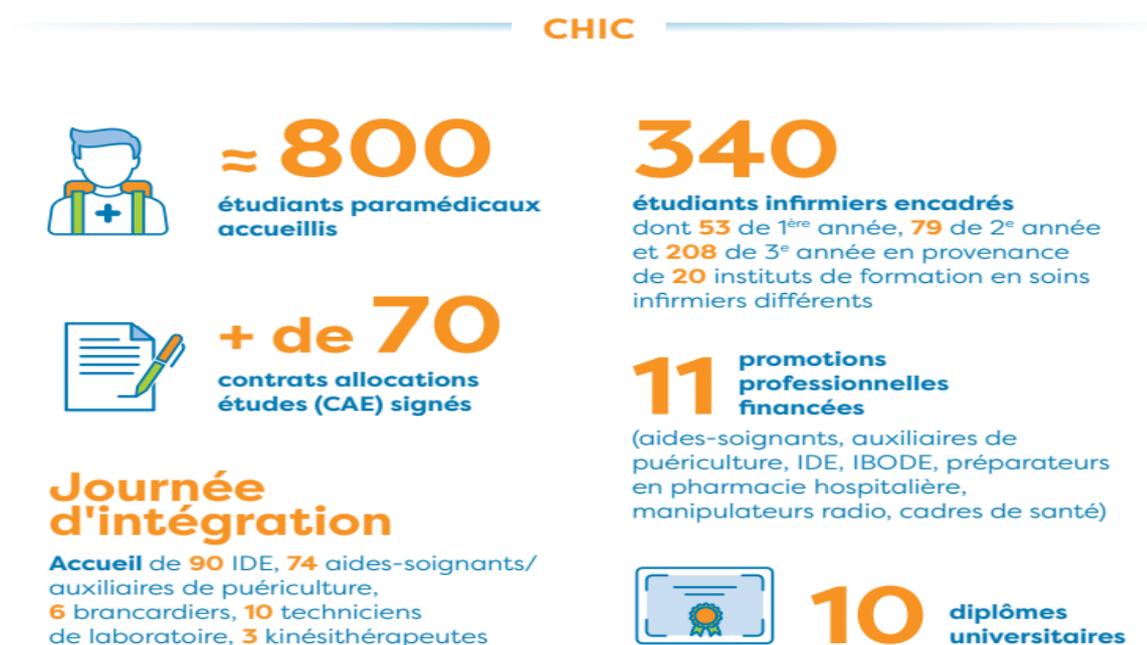


Schéma n° 4 : quelques chiffres clés de l'activité de la DSP – Année 2022⁹

⁹ Rapport d'activité 2022. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne, p.49. [Consulté le 01/02/23].

Disponible :

https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/08/Hopitaux-confluence_Rapport-activite_2022_pap_08.2023.pdf

Une application « connect'Soins » a été développée pour les professionnels paramédicaux pour rendre accessible l'obtention d'informations pratiques et institutionnelles, tant à leur arrivée qu'au cours de leurs missions quotidiennes. Les professionnels ont accès à l'annuaire de l'établissement, à des informations sur la prise de poste, à des moyens professionnels (échelle de Norton, règle de la douleur, « À chaque plaie son pansement », etc.), aux formations continues, aux comités et groupes du CHIC, aux pratiques professionnelles et aux services proposés au quotidien (salle de sport, self, ect.).

Le CHIC disposant depuis 2012 d'un Centre de recherche clinique, la DSP s'engage simultanément dans la promotion et la recherche paramédicale. En 2022, la commission recherche en soins a été créée, se nommant « CoReSO ». Elle est destinée aux équipes paramédicales qui recherchent un accompagnement, des conseils et une assistance méthodologique en vue de se lancer dans la rédaction d'articles, d'études ou de recherches. Elle se compose de professions paramédicales diverses : cadre supérieure coordinatrice de recherche en soins, cadres de santé, IDE, IPA, psychomotricienne, diététicienne et orthoptiste.

L'établissement est investi dans une politique qualité dans la prise en charge des usagers.

1.2.3 La politique qualité et gestion des risques du CHIC

Afin de répondre à la satisfaction des usagers tant sur le plan de l'accueil que dans la prise en charge et de se conformer à des normes dans la gestion des risques, le GHT a établi dans le projet stratégique 2022-2026, six axes de la politique qualité¹⁰ :

- **Axe 1** : Le patient, acteur de sa prise en charge, participe à la sécurité et à la qualité des prises en charge.
- **Axe 2** : L'ensemble des professionnels de l'hôpital (soignants et non-soignants) se coordonnent en vue d'assurer un service de qualité et la sécurité de la prise en charge ainsi que la satisfaction des usagers.
- **Axe 3** : Le dossier informatisé : élément incontournable de la qualité et de la sécurisation des prises en charge.
- **Axe 4** : S'engager dans une meilleure prise en compte des vulnérabilités.
- **Axe 5** : Améliorer la prise en charge médicamenteuse.
- **Axe 6** : Améliorer les conditions hôtelières et la sécurité.

L'établissement a été certifié en 2022. En effet, la visite de certification du CHC a eu lieu du 14 au 17 juin 2022¹¹.

La moyenne du chapitre 1 portant sur le patient a été de 98/100. Le patient et ses proches sont au centre de la prise en charge et ses droits sont respectés tels que : droits à l'information, respect du patient, implication dans sa prise en charge et dans son projet de soins, prise en compte des conditions de vie...

La moyenne du chapitre 2 portant sur les équipes de soins a été de 92/100 et a montré la collaboration et la coordination pluriprofessionnelle pour une prise en charge de qualité et sécurisée du patient.

¹⁰ Projet stratégique 2022-2026. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.p57. [Consulté le 27/02/24]

Disponible : https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/02/HC_ProjetStrategique_2022_210x297mm_CHIC_12.01.23.pdf

¹¹ Haute Autorité de la santé (HAS). Rapport de certification du CHIC. [Consulté le 07/01/24]

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/rapport_de_certification_court_-_30129.pdf

La moyenne du chapitre 3 portant sur l'établissement a été de 94/100. Les résultats ont montré l'engagement de la gouvernance dans la dynamique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques associés aux soins.

Le travail en équipe est favorisé avec une démarche de qualité de vie au travail encourageant l'épanouissement professionnel.

La visite de certification est venue confirmer les axes du projet stratégique.

J'ai examiné les aspects du contexte institutionnel. Je vais spécifier le pôle UMISP et les services de gériatrie.

2 Le pôle UMISP

2.1 Présentation du pôle

2.1.1 Les unités du pôle

Le pôle UMISP répond aux missions de proximité de l'établissement et comprend :

Le service des urgences adultes réalise environ 38314 passages par an dont le taux d'hospitalisation est de 20 %. Le service des urgences est divisé en quatre zones : accueil et trio IOA, une salle de déchocage de quatre places, douze boxes de consultation et une unité d'hospitalisation de courte durée de 12 lits.

Le service de médecine intensive et de réanimation dont le capacitaire est de 14 lits.

L'aval des urgences est assuré par le service de médecine polyvalente de 24 lits, le service de médecine interne de 24 lits et de l'unité de gériatrie aiguë (UGA) de 24 lits. Le service de gériatrie comprend également un service de soins médicaux et de réadaptation de gériatrie (SMR) de 30 lits.

Des prestations de soins de proximité sont proposées par le service de prévention et médecine communautaire qui regroupe le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), une permanence d'accès aux soins (PASS) et un centre de vaccination internationale (CVI).

L'unité médico-judiciaire dont l'activité est continue 24h/24 et 7 jours/7 assure sur réquisition judiciaire les constats et les examens médicaux des victimes de violences.

Le plateau d'imagerie médicale et l'unité d'explorations fonctionnelles cardiaques et neurologiques font également partie du pôle UMISP.

2.1.2 Les données d'activités

L'activité globale du pôle se décline en 2023, pour la période allant de janvier à fin septembre, par un nombre de résumé d'unité médicale (RUM) qui a augmenté de 341 séjours soit + 4,72 % par rapport à l'année 2022. Ce chiffre s'explique par l'ouverture de quatre lits supplémentaires en UGA ainsi qu'en médecine polyvalente.

Le prix moyen des cas traités (PMCT) s'élève à 2071 euros. Il est en augmentation par rapport à l'année 2022 (+ 0,23 %).

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 8,51 jours. Elle demeure stable par rapport à l'année 2022.

Données à fin septembre	Source	2019	2021	2022	2023	Écart 2023/2022	% 2023/2022	
Nombre de RUM		6 175	7 270	7 230	7 571	+341	+4,72%	↗
Journées brutes		21 761	24 967	24 130	25 398	+1268	+5,25%	↗
Valorisation des RUM	PMSPilot	13 234 K€	16 202 K€	14 943 K€	15 683 K€	740 K€	+4,95%	↗
PMCT 100% T2A		2 143 €	2 229 €	2 067 €	2 071 €	5 €	+0,23%	↗
RMJ		608 €	649 €	619 €	617 €	-2 €	-0,29%	↘
DMS (sans SMR)	PMSPilot	8,09	8,02	8,51	8,51	0,00	+0,13%	↗

Schéma n° 5 : Activité globale du pôle UMISP. Données de janvier à septembre

2.1.3 La gestion des ressources humaines

Les effectifs du pôle UMISP comptent :

- 95 ETP séniors médicaux
- 329 ETP non médicaux qui se déclinent de la façon suivante :

Pôle UMISP						
Services	Nombre de lits	ETP non médicaux				
		Cadres	IDE	AS	MER	Autres
Urgences adultes et UHCD	12	2	28	24		10
Médecine intensive et réanimation	14	1	29	18		3
Médecine interne - HC	24	1	14	13		3
Médecine polyvalente - HC	24	1	14	13		2
SSR - HC	30	2	10	16		5
UGA - HC	24	1	12	20		2
Équipe mobile de gériatrie			1			
Équipe mobile de diabétologie			1 IPA			
UMJ		1	3	6		2
CLAT			8			5
PASS						3
CEGIDD/CVI			1	1		
Imagerie médicale		2		11	28	7
EFC/EFN			3	2		1

Schéma n° 6 : ETP non médicaux du pôle UMISP

Le tableau ci-dessous présente le taux d'absentéisme du pôle UMISP et de l'établissement, ainsi que les dépenses liées au remplacement des absences et des postes vacants pour les années 2022 et 2023 :

	IDE/IADE/IBODE		MER		AS/AP	
Taux absentéisme						
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Pôle UMISP	8,91 %	9,49 %	1,91 %	1,53 %	10,80 %	10,03 %
Établissement	9,23 %	7,69 %			10,96 %	9,26 %
Volume heures supplémentaires						
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Pôle UMISP	9325	7307	2482	2726	9605	6300
Établissement	26 193	24 029			24 000	14 642
Heures supplémentaires payées						
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Pôle UMISP	528 111 €	265 928 €	3 064,00 €	5 480,00 €	333 683 €	195 009 €
Établissement	1 672 581 €	1 005 149 €			1 066 540 €	759 258 €
Intérim payés						
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Pôle UMISP						
Établissement	2 200 000 €	2 000 000 €				
Vacataires payés						
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Pôle UMISP	12 550 €	30 547 €	39 375 €	89 786 €		
Établissement	893 930 €	954 639 €				

Schéma n° 7 : Taux d'absentéisme et dépenses en remplacement IDE-AS-MER- Années 2022-2023

Le taux d'absentéisme établissement IDE/IADE/IBODE est passé de l'année 2022 à l'année 2023 de 9,23% à 7,69% tandis que celui du pôle UMISP a augmenté de 8,91% à 9,49%.

En 2022, le taux d'absentéisme AS du pôle UMISP se situe dans la moyenne de l'établissement soit à 10,80% pour 10,96%.

En 2023, le taux d'absentéisme AS établissement a régressé à 9,26%, tandis que celui du pôle UMISP se situe à 10,03% des effectifs AS total du pôle.

Les dépenses de remplacement, qui incluent les heures supplémentaires rémunérées, le recours à des intérimaires et l'emploi de vacataires, sont passées de 4 766 511 en 2022 à 3 954 788 en 2023, marquant ainsi une baisse d'environ 17.03%

Maintenant, je vais vous présenter le bilan social du pôle UMISP en utilisant les résultats de l'enquête QVTC qui a été menée en 2023.

2.1.4 Le bilan social du pôle

Dans le cadre de l'élaboration du projet social de l'établissement, une enquête qualité de vie au travail a été déployée au CHIC sur la période du 6 janvier au 10 février 2023.

Le nombre de participation au sein du pôle UMISP, professions médicales et paramédicales comprises, a été de 120 réponses pour un effectif de 425 ETP.

La répartition professionnelle des réponses est la suivante :

La filière non médicale à savoir : soignante, médico-technique/rééducative, éducative/sociale, encadrement, logistique totalise 83% des réponses.

• Répartition par filière professionnelle

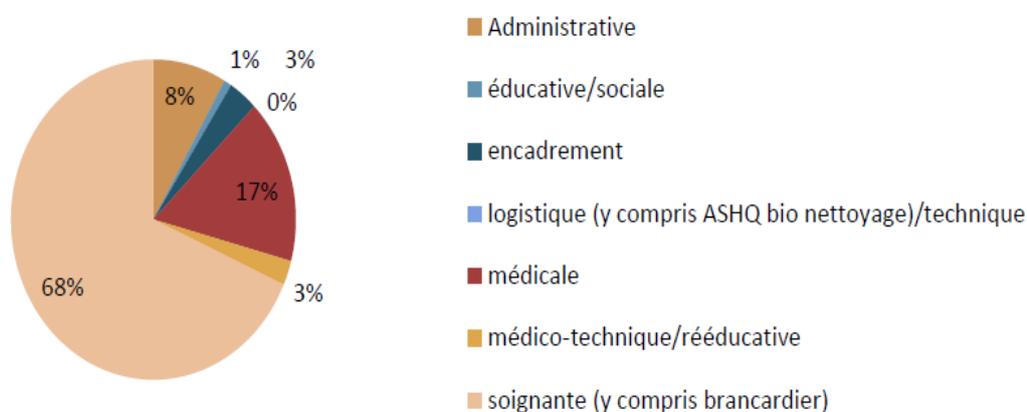
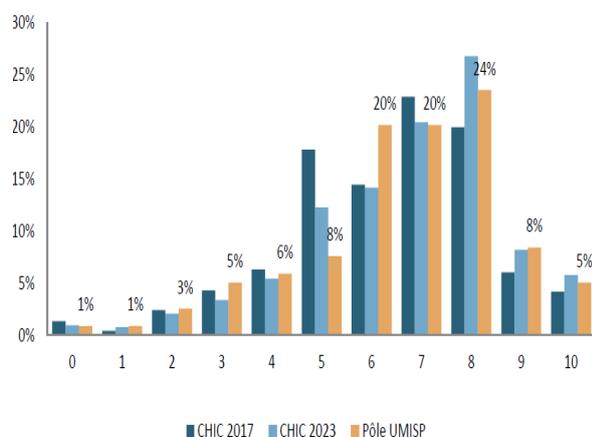


Schéma n° 8 : Répartition professionnelle – Enquête QVCT 2023

Le taux de satisfaction global évalué par l'enquête QVCT 2023, présente les résultats suivants :



	Pôle UMISP	CHIC 2023	CHIC 2017	CHIC 2014
Nombre de répondants à la question	119	539	738	543
Médiane	7	7	7	7
Moyenne	6.6	6.7	6.4	6.7
% des répondants ont attribué une note de 1 à 5	23%	25%	31.6%	16.9%
% des répondants ont attribué une note de 6 à 10	77%	75%	68.4%	83.1%

Schéma n° 9 : Enquête QVCT 2023 – Taux de satisfaction global établissement et pôle UMISP

Le taux de satisfaction global qui renvoie à la question : « est-ce que je suis satisfaite du poste que j'occupe actuellement ? », montre que la moyenne est de 6,6 pour le pôle UMISP sur une échelle entre 0 et 10, comparativement, à 6,7 sur l'ensemble de l'établissement.

23 % des répondants ont attribué une note de 1 à 5 pour le pôle UMISP contre 25 % pour l'ensemble des professionnels du CHIC.

77 % des répondants du pôle UMISP ont attribué une note de 6 à 10 versus 75% pour l'ensemble du CHIC.

Les résultats de satisfaction global du pôle UMISP se situent dans la moyenne des résultats de l'établissement.

L'enquête QVCT a comporté quatre thématiques :

- Intensité et complexité du travail : 17 items
- Exigences émotionnelles : 8 items
- Autonomie au travail : 10 items
- Rapport sociaux : 25 items

J'ai classé comme suit les réponses de l'enquête QVCT du pôle UMISP. Pour les analyser, j'ai regroupé les réponses des participants qui ont indiqué « pas du tout d'accord » et « pas d'accord » ensemble, de même que j'ai combiné les réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord » :

- Bonne qualité de vie au travail
- Changements souhaitables
- Domaines critiques

Bonne qualité de vie au travail	Résultats	Niveau de priorisation
Gestion des congés et de repos	>80 %	
Conciliation vie professionnelle et vie personnelle	>80 %	
Planning prévisionnel respecté	>85 %	
Je peux organiser et réaliser mon travail	>80 %	
Suffisamment d'informations pour assurer correctement son travail	>80 %	
Satisfaction des relations avec les personnes avec qui je travaille	>85 %	
Entraide entre collègues présente	>85 %	
Encadrement prend en compte les propositions de l'équipe	>80 %	
Sentiment d'accomplissement personnel dans son travail	>75 %	

Changements souhaitables	Résultats	Niveau de priorisation
Moyens et ressources à disposition pour la réalisation du travail	60 %	Élevé
Effectif suffisant	60 %	Élevé
Tensions avec le public	60 %	Élevé
Manque de temps pour être à l'écoute d'une personne en détresse	63 %	Élevé
Culture identique à celle des collègues	65 %	Élevé
Travail apprécié, reconnu et respecté	65 %	Élevé

Domaines critiques	Résultats	Niveau de priorisation
Organisation du travail dans le service	50 %	Très élevé
Interruption du travail par des tâches imprévues	51 %	Très élevé
La charge de travail est adaptée	50 %	Très élevé
Surmenage professionnel	70 %	Très élevé
Disposer du temps nécessaire pour réaliser son travail	50 %	Très élevé
Information des changements organisationnels	50 %	Très élevé
Exposition aux agressions physiques	60 %	Très élevé

Schéma n° 10 : Résultats QVCT 2023- Pôle UMISP

Sur le plan de l'intensité et de la complexité du travail, l'organisation dans les services est critique tout en laissant la possibilité aux professionnels de concilier la vie professionnelle et la vie personnelle.

La charge de travail est élevée avec des tâches imprévues qui interrompent le travail. Un effectif suffisant dans les services est validé par 60 % des répondants mais en même temps les participants ont signalé que le temps manque pour réaliser son travail.

L'autonomie dans le travail est déclarée comme positive par 80 % des répondants. Les informations circulent parmi les professionnels pour permettre d'assurer correctement le travail mais les changements organisationnels ne sont pas transmis et font partie des domaines à travailler au sein du pôle UMISP. L'entraide avec une bonne ambiance dans les services sont des facteurs qui contribuent à la satisfaction au travail. L'instauration d'une culture identique est, cependant, l'un des changements à mettre en place.

Au cours de leur travail, les soignants sont exposés à un risque important d'agressions physiques.

Je vous ai exposé le pôle UMISP à travers les différentes unités de soins qui le compose, ainsi que la gestion des ressources humaines avec un bilan social. Je vais maintenant vous présenter les services de gériatrie dans lesquels se déroule le projet managérial.

2.2 Les services de gériatrie

Avant d'explorer en détail l'organisation des ressources humaines et les activités de soins des services de gériatrie, il est essentiel de poser les bases en définissant la filière gériatrique à partir des textes législatifs.

2.2.1 La filière de soins gériatriques – Définitions

Le système hospitalier doit pourvoir faire face au vieillissement de la population notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans et répondre aux besoins spécifiques de la personne âgée qui est souvent polyathologique et fragile. L'enjeu de la gériatrie n'est pas de guérir les maladies chroniques, mais de prévenir et repérer les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale à l'hôpital pour permettre à la personne âgée de vivre de la façon la plus autonome possible avec la meilleure qualité de vie possible et cela malgré les multiples pathologies. La trajectoire de soins à l'hôpital de la personne âgée doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique.

Des textes législatifs récents la déterminent :

La circulaire DHOS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques¹² structure le champ sanitaire et médico-social. Elle décrit les voies d'amélioration de cette filière de soins par les trois orientations suivantes :

- Ouvrir des unités de court séjour gériatrique au sein des établissements de santé possédant un service d'accueil des urgences (SAU). La prise en charge des patients sera réalisée par des professionnels qui sont formés à la gériatrie ;
- Privilégier les admissions directes dans les services de court séjour gériatrique pour réduire les passages aux urgences ;
- Déployer des équipes mobiles de gériatrie qui proposent des consultations gériatriques aux patients hospitalisés des urgences et des services d'hospitalisation ;
- Développer la sortie des patients par l'hospitalisation à domicile (HAD) ;
- Accroître des unités de soins de suite et de réadaptation prenant en charge des personnes gériatriques dans le but de maintenir l'autonomie du patient par des soins adaptés. Ces unités doivent répondre à un cahier des charges bien défini dans ses modes de fonctionnement et ses missions.

Le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 du 27 juin 2006¹³, a été élaboré en raison de l'allongement de l'espérance de vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées dont les personnes de plus de 75 ans. Il met l'accent sur l'organisation, sur chaque territoire de santé, d'une filière gériatrique qui comprend toutes les unités nécessaires à la prise en charge de la personne âgée dans les hôpitaux.

La réforme comprend 5 grands axes :

- Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elle ;
- Innover dans des maisons de retraite médicalisée ;
- Développer la filière gériatrique dans les hôpitaux. En parallèle, créer des réseaux et des partenariats entre les médecins libéraux, les services de soins à domicile et les maisons de retraite ;
- Réfléchir à d'autres financements qui font appel à la solidarité ;
- Lancer des programmes de prévention et de recherche dédiés aux pathologies du vieillissement.

¹² Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. [Consulté le 15/10/23]

Disponible : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2dgssd-5-d-n-2002-157-du-18-mars-2002-relative-a-lamelioration-de-la-filiere-de-soins-geriatrique/>

¹³ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité-Grand-âge. [Consulté le 15/10/23]

Disponible : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

La circulaire DHOS du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques¹⁴ se situe dans les dispositions du Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 et vient renforcer la circulaire du 18 mars 2002. Elle précise que « *seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance*¹⁵ ». Il est réaffirmé que la filière de soins gériatrique doit permettre à chaque personne âgée de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, quel que soit son lieu de résidence, répondant ainsi aux besoins de proximité et au recours à un plateau technique. La circulaire précise la définition de filière de soins gériatriques : « *Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée*¹⁶. »

Des annexes qui constituent un référentiel d'organisation des soins détaillent les différents éléments de la filière :

- Annexe 1 : Filière de soins gériatriques
- Annexe 2 : Court séjour gériatrique
- Annexe 3 : Équipe mobile gériatrique
- Annexe 4 : Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique
- Annexe 5 : Soins de suite et réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques)
- Annexe 6 : Convention type

La loi Ma Santé 2022¹⁷ a été lancée par le gouvernement en février 2018 dans un objectif de transformation du système de santé. Celui-ci est, en effet, confronté au vieillissement de la population, à l'augmentation des pathologies chroniques et à une inégalité d'accès aux soins selon les territoires. La loi Ma Santé 2022 vise à assurer une meilleure qualité de vie et à répondre aux besoins de santé de la population. Le maintien des personnes âgées au domicile et la coopération du médecin traitant et des médecins spécialistes autour des pathologies chroniques sont des objectifs prioritaires. Ce plan a vocation à décloisonner les financements, améliorer l'accessibilité aux soins, promouvoir la prévention et moderniser les infrastructures médicales.

La réforme comprend 10 principales mesures qui s'articulent autour de trois axes de transformation du système de santé¹⁸ :

- 1- Préparer les futurs soignants aux besoins du système de santé de demain.
- 2- Créer, dans tous les territoires, un collectif de soins au service des patients. Il s'agit d'associer des professionnels variés dont les hôpitaux, les libéraux (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute, travailleurs sociaux...) à collaborer et à coordonner les soins pour garantir une prise en charge complète, efficace et l'amélioration de la qualité des soins. Cet objectif est confié à des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Un rôle crucial est donné aux hôpitaux de proximité dans l'offre hospitalière territoriale.
- 3- Faire du numérique un atout pour le partage de l'information en santé et l'évolution des pratiques.

¹⁴ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. DHOS. Circulaire N°DHOS/02/2017/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. [Consulté le 15/10/2023].

Disponible : https://sfgg.org/media/2020/07/circulaire_filiere_geriatrique_28_03_07.pdf

¹⁵ Ibid. p.2.

¹⁶ Ibid. p.3.

¹⁷ Santé. Gouv. Ma Santé 2022 un engagement collectif. Dossier de presse 18/09/2018. [Consulté le 15/01/2024].

Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf

¹⁸ Agence Régionale de Santé (ARS). Ma Santé 2022. Trois grands axes de transformation. [Consulté le 25/02/2024].

Disponible : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-07/2019-07-10-Masante2022-adoption-PJL.pdf>

Le décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation et le décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins médicaux et de réadaptation portant réforme des autorisations des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) viennent entériner l'appellation de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

La réforme des SMR mise en place le 1^{er} juin 2023, est l'une des initiatives majeures du programme "Ma santé 2022". Elle établit un cadre de référence visant à optimiser la qualité des soins pour mieux répondre aux besoins de l'organisation territoriale des soins.

Le nom de l'activité des SSR est modifié pour correspondre aux changements dans les profils des patients pris en charge. « *L'activité de soins médicaux et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales*¹⁹. »

Les mentions et les modalités sont les suivantes²⁰ :

- 1- Mention polyvalent ;
- 2- Mention gériatrie ;
- 3- Mention locomoteur ;
- 4- Mention système nerveux ;
- 5- Mention cardio-vasculaire ;
- 6- Mention pneumologie ;
- 7- Mention système digestif, endocrinologie ; diabétologie ; nutrition ;
- 8- Mention brûlés ;
- 9- Mention conduites addictives ;
- 10- Modalité pédiatrie incluant les mentions suivantes :
 - a) Mention enfants et adolescents ;
 - b) Mention jeunes enfants, enfants et adolescents.
- 11- Modalité cancers incluant les mentions suivantes :
 - a) Mention oncologie ;
 - b) Mention oncologie et hématologie.

L'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation « *précise les modalités de mise en œuvre de la réforme de l'activité des soins médicaux et de réadaptation et détaille les orientations à retenir pour la rédaction des schémas régionaux de santé dans leur versant relatif aux soins médicaux et de réadaptation en vue de la délivrance des autorisations d'activité de soins*²¹. »

L'instruction énonce cinq missions essentielles dont « *les points communs sont leur caractère multidimensionnel, pluridisciplinaire et personnalisé aux besoins et projet de vie du patient*²²» :

- La mention de soins médicaux ;
- La mention de réadaptation ;
- La mission de prévention ;
- La mission de transition ;
- La mission de coordination.

Les filières de soins intègrent les structures SMR.

¹⁹ Décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation. [Consulté le 19/01/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044947210>

²⁰ Ibid.

²¹ Instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation. [Consulté le 19/01/2024].

Disponible : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2024-01/Instruction_Reforme_Autorisation_SMR_28_09_2022.pdf

²² Ibid.

L'instruction comprend un ensemble de fiches décrivant les prises en charge par mention de soins médicaux et de réadaptation. La fiche numéro 2 détaille la prise en charge en SMR autorisé à la mention « gériatrie ». Les objectifs sont « *de favoriser la récupération ou l'entretien de capacités fonctionnelles, physiques, psychiques et cognitives des patients âgés de plus de 75 ans*²³. »

Le projet régional de santé (PRS) Île-de-France 2023-2028²⁴ a été publié le 31 octobre 2023. Le diagnostic de santé présenté montre une accélération du vieillissement dans les trente prochaines années. En effet, « *la population francilienne de plus de 75 ans passerait de 839 000 en 2020 (6,9 %) à 1 142 000 en 2030 (8,9 %), soit une hausse de 36 %* »²⁵ en sachant que le taux d'hospitalisation de la population augmente avec l'âge.

Au regard de l'analyse de la population de santé, trois objectifs stratégiques sont fixés :

- 1- Organiser la généralisation des admissions directes pour éviter les admissions via les services des urgences.
- 2- Améliorer l'efficacité de la filière gériatrique et des parcours de soins.
- 3- Optimiser dans les Ehpad les soins et les services médicaux

2.2.2 Les services de gériatrie

Les services de gériatrie du CHIC, intégré au sein du pôle UMISP, comprennent :

- Une unité de gériatrie aiguë (UGA) de 24 lits.
- Un service de soins médicaux et de réadaptation gériatrique (SMR) de 30 lits.
- Une équipe mobile de gériatrie (EMG) qui comprend une IDE et une IPA.

Les IDE et les AS sont polyvalentes sur l'UGA et le SMR gériatrique. L'ensemble de l'effectif non médical se décompose comme suit :

UGA	SMR gériatrique	Total
Cheffe de service		
1		
IDE		
12 ETP	10 ETP	22 ETP
AS		
20 ETP	16 ETP	36 ETP
Équipe de rééducateurs		
1 ETP psychomotricienne 1 ETP ergothérapeute 1 ETP orthophoniste 1 ETP enseignant en activité physique adaptée		
Assistante sociale		
0,75 ETP		
Assistants médico-administratifs		
1	1	2

Schéma n°11 : Répartition des ETP non médicaux

²³ Ibid.

²⁴ Agence Régionale de Santé (ARS). Le projet régional de santé 2023-2028.

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>

²⁵ Agence Régionale de Santé (ARS). Agir pour la santé des Franciliens. Plan d'action 2023-2028.

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116122/download?inline>

La mission de ce service consiste à satisfaire les besoins du territoire, marquée par une population vieillissante. Cela se traduit par une augmentation du nombre de passages aux services d'urgence et par une part croissante de patients âgés dans les divers services hospitaliers.

Les patients âgés ont des besoins particuliers qui exigent une prise en charge globale englobant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux, dans un environnement adapté et proche de leur domicile. Le service de gériatrie du CHIC satisfait ces besoins grâce à une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les spécificités de la gériatrie. Cette équipe veille à minimiser les risques iatrogènes liés à l'hospitalisation et s'efforce d'inclure le patient et ses proches dans le processus de prise en charge.

L'expertise gériatrique couvre un large éventail de domaines des pathologies de la personne âgée, y compris les polyopathologies, les fragilités associées au vieillissement, les chutes, les troubles neurocognitifs, la perte d'autonomie, les plaies, la gestion de la douleur et les soins palliatifs. L'UGA privilégie les admissions directes depuis la ville et agit principalement en tant qu'aval des services d'urgence adultes et de la réanimation du CHIC. Le SMR reçoit principalement les patients des services médico-chirurgicaux du CHIC.

Le service de gériatrie propose un parcours de soins complet comprenant une UGA, un SMR, une EMG et des consultations gériatriques, le tout sur un seul site. L'accès au plateau médico-techniques de l'hôpital permet de prendre en charge des patients complexes, parfois instables, nécessitant l'expertise ou le suivi des différentes spécialités médico-chirurgicales du CHIC.

Le service vise à fournir un parcours patient harmonieux et efficace, à optimiser la fluidité des soins, à réduire les passages non essentiels aux urgences et à raccourcir les durées de séjour en UHCD. Les transferts vers le SMR sont simplifiés depuis l'UGA, notamment lorsqu'une rééducation ou une réautonomisation est nécessaire, grâce à la présence d'une équipe médicale et paramédicale polyvalente. L'équipe pluridisciplinaire élabore le projet de vie avec le patient et, si besoin, ses proches dès que possible pendant l'hospitalisation, afin de déterminer les objectifs du séjour et l'ensemble des professionnels nécessaires à la prise en charge du patient.

Le projet stratégique 2022-2026 du CHIC du service de gériatrie concerne le développement de l'activité par une augmentation du capacitaire de l'UGA à 24 lits en réduisant le capacitaire le SMR à 30 lits afin de répondre aux besoins d'aval des urgences adultes du CHIC.

Le capacitaire du SMR est à 30 lits depuis la fin de l'année 2019 à la suite de l'ouverture de 12 lits en UGA.

En 2023, l'UGA a ouvert 16 lits. Depuis le 1^{er} janvier 2024, 24 lits sont ouverts à l'UGA.

▪ Activité 2023 de l'UGA

Les quinze groupes homogènes des patients de l'UGA de l'année 2023 sont représentés par :

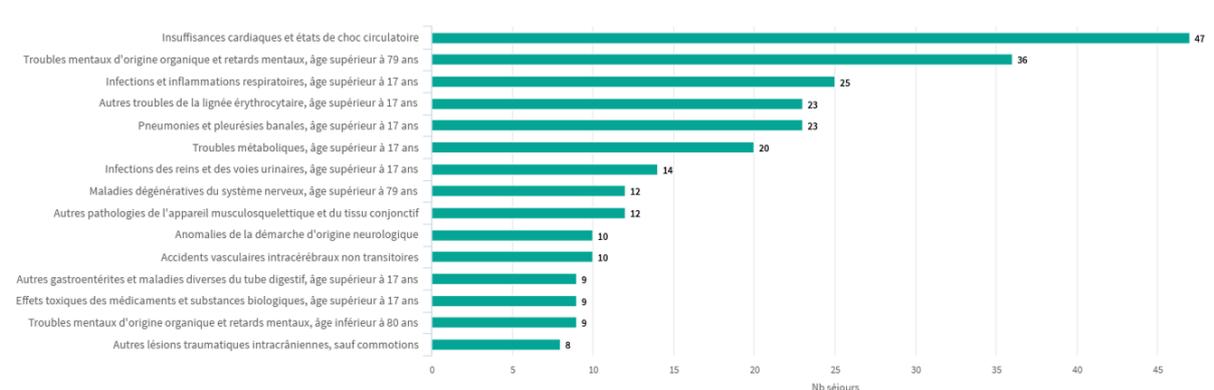


Schéma n° 12 : TOP 15 UGA - Groupes homogènes de patients (GHM). Année 2023

Le mode d'entrée principal est le service des urgences. L'âge moyen des patients à l'admission dans le service est de 87,9 ans. 97% des patients ont plus de 75 ans.

501 séjours ont été réalisés en 2023. La DMS est 11,86 jours et le PMCT s'élève à 5335 euros. La DMS est stable par rapport à l'année 2022 et le PMCT est en augmentation. En effet, il s'élevait à 4995 euros en 2022.

Les modes de sortie des patients hospitalisés à l'UGA sont répartis comme suit :

- 53 % des patients rentrent à leur domicile ou dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- 26% sont transférés en SMR gériatrique du CHIC
- 2 % dans un SMR autre que le CHIC
- 2% sont transférés en MCO
- 17 % des patients décèdent.

▪ Activité du SMR gériatrique

Les modes d'admission et de sortie des patients du SMR gériatrique se déclinent ainsi pour l'année 2023 :

Mode d'admission + Vis			Mode de sortie + Vis		
	Effectif	%		Effectif	%
Mutation MCO (61)	256	76,42 %	Domicile (8)	167	51,38 %
Transfert MCO (71)	58	17,31 %	Domicile Structure d'hébergement médico-social (87)	87	26,77 %
Domicile (8)	12	3,58 %	Décès (9)	34	10,46 %
Mutation interne SSR (62)	4	1,19 %	Transfert MCO (71)	16	4,92 %
Domicile Structure d'hébergement médico-social (87)	2	0,60 %	Transfert SSR (72)	5	1,54 %
Transfert SSR (72)	1	0,30 %	Transfert SLD (73)	5	1,54 %
Transfert SLD (73)	1	0,30 %	Transfert HAD (76)	5	1,54 %
Domicile En provenance des urgences d'un autre établissement (8U)	1	0,30 %	Mutation MCO (61)	4	1,23 %
Total	335	100,00 %	Transfert PSY (74)	2	0,62 %
			Total	325	100,00 %

Schéma n° 13 : Modes d'admission et de sortie des patients du SMR gériatrique

- La file active des patients est de : 335
- L'âge moyen des patients à l'admission est de : 85 ans
- Le taux de décès est de : 10,46 %
- Le classement des séjours dans un groupe de lourdeur de prise en charge représente à 44 % la catégorie C. Le niveau C représente la catégorie la plus lourde. La détermination du niveau de lourdeur est basée sur : l'âge, la dépendance physique, la dépendance cognitive, le statut post-chirurgical. La catégorie B représente 34 % et la catégorie A regroupe 22 % des patients
- Le niveau de sévérité 2 concerne 67 % des patients
- Le groupe réadaptation globale importante concerne 56 % des patients.

Pour étoffer ma réflexion de la conduite du projet managérial, je vais désormais introduire le cadre conceptuel qui servira de socle théorique à ma recherche.

3 Éclairage conceptuel du projet

Dans cette partie, nous aborderons une série de concepts clés qui sont intrinsèquement liés à notre projet. Ces concepts sont essentiels pour comprendre les fondements théoriques et pratiques sur lesquels repose notre travail. En examinant ces idées en détail, nous montrerons comment elles étayent et soutiennent notre projet. En outre, l'analyse de ces concepts nous permettra d'identifier les aspects les plus pertinents et significatifs du projet.

Ces concepts incluent les différentes approches sociologiques de l'identité, la psychodynamique du collectif de travail, le management lean, le bien-être, la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux (RPS).

Tout d'abord, nous examinerons les diverses approches sociologiques de l'identité, qui mettent en lumière leur rôle dans la compréhension des dynamiques sociales et organisationnelles de notre projet. Ensuite, nous aborderons la psychodynamique du collectif de travail, afin de comprendre les relations interpersonnelles et les dynamiques de groupe qui influencent le travail en équipe. Le management lean sera également analysé pour sa contribution à l'optimisation des processus de travail, tout en maintenant une approche centrée sur les individus. Nous passerons ensuite au bien-être et à la qualité de vie au travail, des thèmes de plus en plus cruciaux dans le contexte professionnel actuel. Puis, nous aborderons les risques psychosociaux (RPS), qui peuvent affecter la santé et la performance des employés. Nous concluons avec une discussion sur la fidélisation au travail et la marque employeur.

3.1 Les différentes approches sociologiques de l'identité

Plusieurs auteurs de sociologie traitent la notion d'identité. Nous nous attacherons dans cette partie à développer la notion d'identité dans le champ social du travail avec trois sociologues francophones que sont Renaud SAINSAULIEU, Claude DUBAR et Florence OSTY.

3.1.1 L'identité au travail selon Renaud SAINSAULIEU

Renaud SAINSAULIEU définit l'identité au travail comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise²⁶* ».

Renaud SAINSAULIEU décrit **trois indicateurs de la dimension identitaire au travail** :

- Le champ de l'investissement de l'acteur ou l'accès au pouvoir.
- Les normes du comportement relationnel : individualisme, unanimité, solidarité, rivalité, séparatisme, soumission et intégration.
- Les valeurs issues du travail.

A partir de ces indicateurs, Renaud SAINSAULIEU distingue **quatre types d'identité au travail** :

- **L'identité fusionnelle** : c'est un groupe qui possède des techniques de travail, des gestes de métier avec ses valeurs et ses normes où les relations avec les collègues et l'investissement au travail sont développés. L'identité collective constituée apporte une marge de manœuvre dans le jeu social car le pouvoir individuel est faible. On trouve ce premier type chez les employés de bureau et chez les ouvriers d'usine.

- **L'identité négociatoire** : l'individualité est forte. L'individu est en capacité de négocier individuellement avec l'organisation le contenu et les modalités de leurs activités. Il s'agit de travailleurs hautement qualifiés qui sont attachés à l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

²⁶ Perrenoud M, Sainsaulieu I. Pour ne pas en finir avec l'identité au travail. Sociologies. 2018. [Consulté le 28/12/2023].

Disponible : <https://journals.openedition.org/sociologies/8750>

- **L'identité affinitaire** : les individus ont des objectifs de carrière avec une volonté d'ascension sociale. Ils ont un réseau développé en dehors de l'organisation de travail. Il s'agit aussi de travailleurs plutôt qualifiés mais qui ne sont pas attachés à leur entreprise.

- **L'identité de retrait** : c'est un groupe où les investissements se font à l'extérieur de la sphère professionnelle. L'individu n'est ni mobilisé ni impliqué dans son travail et l'identité professionnelle ne se crée pas. Le groupe est passif. Il s'agit d'individus non qualifiés voir déclassés pour qui l'activité professionnelle est le moyen de subvenir à leurs besoins personnels.

3.1.2 L'identité professionnelle de Claude DUBAR

En complément des notions développées par Renaud SAINSAULIEU, Claude DUBAR utilise le terme d'identité professionnelle qu'il définit comme « *le résultat stable et provisoire, individuel et collectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions*²⁷ ». Dans le champ professionnel, les visions croisées de soi par les autres et des autres par soi constituent le processus d'identification. Elles permettent de se définir et de s'identifier face aux autres.

En effet, selon Claude DUBAR, l'identité professionnelle se construit autour de deux processus hétérogènes que sont l'identité pour soi ou processus identitaire autobiographique et l'identité pour autrui ou processus identitaire relationnel.

L'identité pour soi fait appel au processus biographique et commence dès l'enfance à partir du milieu socioculturel, religieux, ethnique, politique et professionnel des parents. Puis, la première expérience sociale se fait avec les partenaires de l'école à savoir les professeurs et les copains d'école. La construction identitaire est ici « *conférée par les institutions et les proches* ». La sortie du système scolaire et la confrontation au marché de l'emploi sont des moments importants dans la construction identitaire. La trajectoire scolaire choisie représente déjà un choix du futur statut dans la société et le choix d'une discipline de formation avec une spécialisation constitue l'identité virtuelle. La première expérience professionnelle façonne la construction identitaire professionnelle de base ou identité au travail qui se construit à partir de l'identification par autrui des compétences. La première identité professionnelle pour soi est évolutive car elle est remise en cause par les évolutions techniques, technologiques, organisationnelles et la gestion de l'emploi de l'entreprise.

Le processus identitaire biographique interfère avec le processus identitaire relationnel ou identité pour autrui. En effet, pour poursuivre la construction biographique d'une identité professionnelle, l'individu participe aux actions collectives et aux jeux d'acteurs d'une organisation qui lui permettent de faire reconnaître sa légitimité à partir des moyens et des objectifs de l'institution. La construction de l'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe de professionnels et de concevoir son métier pris dans un contexte de travail et de devenir un acteur à part entière de l'organisation.

Claude DUBAR propose quatre notions d'identité professionnelle en complément de celles développées par Renaud SAUSAULIEU dans l'identité au travail :

- **L'identité d'exclusion** : l'individu au travail se désinvestit car il se sent rejeté par l'organisation.

- **L'identité bloquée** : les possibilités d'évolutions professionnelles sont réduites dans l'entreprise car la personne ne possède pas le diplôme ou la qualification nécessaire pour occuper le poste.

- **L'identité de négociation individualisée** : l'individu se saisit des opportunités professionnelles pour faire évoluer sa propre carrière à travers la formation continue et les responsabilités qu'il prend. Il négocie directement son évolution professionnelle avec sa hiérarchie.

- **L'identité affinitaire** : des stratégies individualistes sont mises en place par l'utilisation d'un réseau extérieur quand la personne n'est pas satisfaite de ses fonctions actuelles. Celles-ci ont pour but de changer de poste, d'organisation voir de métier.

Par ailleurs, Claude DUBAR en tant qu'interactionniste développe la notion de « carrière ». En fonction des événements, l'individu modifie sa trajectoire professionnelle en se réorientant. La construction de l'identité professionnelle se fait tout au long de la vie professionnelle

²⁷ Dubar C. La socialisation. Paris : Armand Colin ; 2014.p.105

3.1.3 L'identité de métier de Florence OSTY

Chez Florence OSTY, l'identité est une identité de métier. Dans son ouvrage, *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, la sociologue nous engage à adopter de nouvelles postures de reconnaissance des identités au travail. *Le désir de métier* souligne le besoin identitaire des individus qui demandent une reconnaissance en tant qu'acteurs des transformations du travail. Elle fait appel à l'utilisation des compétences des individus qui s'ajustent face aux événements imprévisibles des situations de travail et qui proposent de modifier les organisations de travail. Le travail devient alors autonome et il est régulé par une hiérarchie qui cadre l'ordre social de l'entreprise, il est source de valorisation pour l'individu. Dans la construction identitaire, l'organisation reconnaît les aptitudes des salariés à trouver des réponses aux situations nouvelles et des modes d'adaptation. La reconnaissance se fait par l'habilitation des pairs et la confiance collective. « *Le collectif d'appartenance se définit par des comportements, des valeurs, des modes de socialisation caractéristiques d'une culture de métier qui assure la cohésion du groupe* »²⁸.

L'identité est pour l'individu la recherche d'une intégration sociale par des normes collectives (gestes communs) dans un but de reconnaissance de soi.

3.2 Psychodynamique du collectif du travail

Pour mobiliser le concept de collectif de travail comme levier d'action dans le projet managérial, il me semble important de le décrire :

Le concept de collectif de travail a d'abord été défini en psychodynamique de travail par les travaux de Damien CRU sur les tailleurs de pierre.

« Il y a collectif lorsque plusieurs travailleurs concourent à une œuvre commune dans le respect des règles »²⁹.

Damien CRU ajoute : « *Pour qu'il y ait collectif, il faut donc trouver simultanément :*

- *Plusieurs travailleurs : (encore qu'un homme de métier, même isolé, n'est jamais seul face à son travail.)*

- *Une œuvre commune : des gens réunis dans un même endroit, mais qui feraient chacun leur travail à eux, dans leur coin, ne formeraient sûrement pas un collectif [...]*

- *Une ou plusieurs règles : chez les tailleurs de pierre, le métier, qui est autre chose que le collectif de travail, fournit les règles.*

- *Le respect durable des règles par chacun, ce qui suppose un cheminement individuel, de la connaissance des règles à l'intériorisation des règles* »³⁰. Dans une organisation, tous les individus ne sont pas toujours au même niveau d'intégration des règles de fonctionnement car il y a ceux qui viennent d'arriver et ceux qui ne veulent pas la respecter mais le principal est que la règle existe.

Par ailleurs, selon Damien CRU, un collectif fonctionne mieux lorsque tous les individus qui le composent ont intégré les règles. Il est capable d'assurer toutes ces missions dont l'œuvre commune ainsi que les éléments nécessaires à sa construction, son développement et son adaptation. En parallèle, le collectif défend des règles contre des menaces internes et externes. Les menaces extérieures les amènent à s'adapter à l'évolution du travail. Dans les menaces internes, la cohésion entre les individus est la règle. Un petit groupe ne peut ériger sa loi même le chef.

Un collectif de travail se définit par le « genre professionnel » qui s'inscrit dans le champ de la clinique de l'activité développé par Yves CLOT. Ce concept signifie que le métier est investi par les sujets pour le faire évoluer et le transformer. « *Ce sont des règles de vie et de métier pour réussir ce qui est à faire, des façons de faire avec les autres, de sentir et de dire, des gestes possibles et impossibles dirigés à la fois vers les autres et sur l'objet*³¹ ». Les échanges entre les personnes et l'utilisation des objets ne font pas l'objet de règles écrites. La reconnaissance des compétences et la confiance entre pairs sont installés dans l'équipe.

²⁸ Osty F. *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Revue française de sociologie. Vol.45, N°4 (oct. Dec. ;2004), p. 778-780. [Consulté le 26/12/23].

Disponible : <https://www.jstor.org/stable/3323074>

²⁹ Cru D. Collectif et travail de métier : sur la notion de collectif de travail. Revue Travailler. 2016/1 (N°35) ; p 53-59. [Consulté le 27/12/23].

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-travailler-2016-1-page-53.htm>

³⁰ Ibid.

³¹ Caroly S, Clot Y. Du travail collectif au collectif de travail : développer des stratégies d'expérience. Formation Emploi. N°88 ; 2004, p.43-55. [Consulté le 26/12/23].

Disponible : https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2004_num_88_1_1737

Lorsque les individus au travail ne forment pas un collectif, la santé en milieu professionnelle se dégrade. En effet, un collectif de travail permet l'engagement de soi dans l'activité et est une ressource au contraire de l'absence de collectif qui devient une contrainte délétère pour le sujet.

3.3 Le management lean

Le concept de management lean a émergé au Japon dans les années 1950 et 1960 grâce aux travaux novateurs de Taiichi Ohno et Shigeo Shingo chez Toyota. Le terme "lean" vient de la traduction anglaise du mot japonais "muda", qui signifie gaspillage. Le système de production de Toyota met l'accent sur l'élimination de tous les types de gaspillages, y compris le gaspillage de temps, de matériaux et de mouvement.

De nombreuses entreprises ont adopté des principes et des pratiques du management lean pour améliorer leurs organisations et il est devenu une méthode de management. Nous allons le décrire pour comprendre sa philosophie et connaître les méthodes et outils qu'il englobe.

3.3.1 Qu'est-ce que le management Lean ?

Le management lean est une méthode de gestion qui a pour objectif de renforcer l'autonomie des employés dans leur travail en les incitant à trouver des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent par eux-mêmes. Cette approche met également l'accent sur la compréhension des problèmes avant de chercher à les résoudre, plutôt que d'appliquer des solutions toutes faites.

« Dans le lean, le rôle du management n'est plus de prendre de grandes décisions et de les imposer, mais de passer du temps sur le terrain avec les équipes pour parfaire la compréhension des problèmes types, discuter avec elles et les encourager à trouver leurs solutions. La confrontation et la mise en cohérence de ces solutions locales permettent de changer les procédures de l'entreprise et d'aboutir à de nouvelles méthodes coconstruites avec le terrain, plus adaptées et donc plus facilement accueillies. Ainsi, le lean management permet de mener de front la satisfaction des clients et la satisfaction des employés³² ».

Le management lean est basé sur trois piliers clés : satisfaire les clients pour les fidéliser, optimiser les processus grâce à la participation et à la contribution créative de chaque employé et , enfin, maximiser la performance de l'entreprise par « *une meilleure collaboration entre les silos fonctionnels (grâce au juste à temps) tout en développant l'expertise métier (grâce au jidoka)*³³ ».

Il participe à la confiance en soi car il fait appel à l'initiative de chacun. Il est aussi vecteur de qualité car il favorise la satisfaction du client.

Il passe par la construction du *Kaizen* qui sur un plan pratique consiste en une amélioration progressive et continue du travail par les professionnels eux-mêmes et non par la mise en place d'organisations performantes imposées où les travailleurs ne trouvent pas leur place. L'objectif principal de l'évolution des compétences des employés est de renforcer leur indépendance, c'est-à-dire leur aptitude à accomplir leur travail avec efficacité dans diverses situations et contextes en constante évolution.

Le développement de l'autonomie au travail et de la collaboration au sein des équipes est encouragé, car il incite les individus à travailler ensemble.

³² Ballé M, Beauvallet G. Le management Lean. 2^e édition. Montreuil : Pearson ; 2020. p.XIX

³³ Ibid.p.XIX

Pour gérer une équipe efficacement, une connaissance approfondie du terrain est essentielle. Le gemba est un concept lean qui représente les lieux où le travail est effectué et donc le réel du métier. Pour utiliser cet outil lean, trois paramètres sont pris en compte à savoir : apprendre à voir, apprendre à apprendre, apprendre à innover.

Le premier : « *apprendre à voir*³⁴ ». Pour que l'observation du terrain soit pertinente, le manager doit y consacrer suffisamment de temps et la renouveler régulièrement. Cette démarche invite les managers à compléter les indicateurs en se rendant sur le terrain afin de se construire leur propre jugement.

Le second : « *apprendre à apprendre*³⁵ ». Les interactions régulières entre collègues au sujet de l'activité contribuent à son évolution. « *Discuter pour mettre les gens d'accord sur les termes d'un problème est une pratique du gemba*³⁶ ». La solution proposée est donc le fruit d'un consensus. Les managers qui favorisent la collaboration entre les employés génèrent un sentiment de satisfaction et de motivation au sein de leur équipe. En effet, en encourageant les échanges et le travail en commun, ils permettent à chacun de se sentir valorisé et impliqué dans les projets de l'entreprise. De plus, cette approche participative permet souvent de trouver des solutions plus innovantes et efficaces aux problèmes rencontrés.

Dans le management Lean, la formation des employés est un élément clé pour garantir l'efficacité et la performance de l'entreprise. Le manager a un rôle central à jouer dans ce processus en assurant la formation individuelle de chaque agent sur son poste de travail. Cette formation se fait par le biais d'un découpage des tâches en différentes séquences, ce qui permet à l'agent de comprendre les missions qui lui sont confiées et d'acquérir les compétences nécessaires pour les réaliser de manière efficace. Le management lean vise à renforcer l'autonomie et la capacité de résolution de problèmes des employés. Cette approche encourage les collaborateurs à analyser les situations de travail, à identifier les obstacles et les freins, et à trouver des solutions adaptées. Le management lean fait appel aux compétences et aux connaissances de chacun, en valorisant les savoir-faire et les expériences des employés. Il « *consiste à faire réfléchir les employés en profondeur et à enrichir leur expertise technique*³⁷ ». L'instauration d'ateliers Kaizen fait partie du processus de formation et d'amélioration des process.

Le troisième est « *apprendre à innover*³⁸ ». Le management lean vise à créer un environnement de travail qui favorise la créativité et l'innovation des employés. En encourageant la recherche de nouvelles idées et solutions, cette approche permet à chaque collaborateur de contribuer activement à l'amélioration continue de l'entreprise. Le management lean valorise également la prise d'initiative et la responsabilisation des employés, en leur donnant les moyens d'agir et de prendre des décisions.

3.3.2 Les méthodes en management lean

Il existe plusieurs méthodes pour résoudre les problèmes et améliorer les processus dans le cadre du management lean. Parmi les méthodes les plus couramment utilisées, on peut citer :

La méthode des 4 M est une approche pour identifier les causes racines d'un problème à partir de quatre catégories :

- Main d'œuvre : les problèmes liés aux compétences, à la formation.
- Machines : les problèmes liés aux équipements, aux machines.
- Matériaux : les problèmes liés à la disponibilité des matières premières, aux fournitures et à l'environnement de travail.
- Méthode : les problèmes liés aux procédures et à leur pertinence, aux méthodes de travail.

La méthode des « 5 pourquoi » consiste à poser la question « pourquoi ? » cinq fois de suite pour repérer la cause racine d'un problème.

³⁴ Ibid. p18

³⁵ Ibid.p.21

³⁶ Ibid.p.21

³⁷ Ibid.p.55

³⁸ Ibid.p.28

Les 5 S est une méthode qui vise à optimiser les organisations et les espaces de travail à partir de cinq étapes.

Les 5 S sont des termes japonais : Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke.

- 1- Trier (Seiri) : cette étape consiste à identifier et éliminer les objets inutiles dans une zone de travail. Cela permet de réduire l'encombrement, de faciliter l'accès aux équipements et de rendre le nettoyage plus facile et donc plus efficace. Supprimer les objets non nécessaires permet de réduire le risque d'erreurs dans les processus.
- 2- Ranger (Seiton) : il s'agit d'organiser les objets, éléments restants et essentiels de manière logique, efficace.
- 3- Nettoyer (Seiso) : cette étape implique de maintenir les équipements propres et bien entretenus en les nettoyant régulièrement. Cela permet de les inspecter visuellement pour s'assurer qu'ils sont en bon état de fonctionnement et de prévenir les pannes éventuelles.
- 4- Standardiser (Seiketsu) : cette étape intègre les pratiques des trois premières étapes au quotidien et vise à prendre des habitudes régulières et durables pour la rendre naturelle et automatique pour les employés.
- 5- Suivre (Shitsuke) : il s'agit pour les managers de mettre en place un suivi régulier et rigoureux des règles établies dans les étapes précédentes pour garantir la pérennité du système 5S et de continuer à améliorer l'environnement de travail.

En somme, la méthode des 5S peut contribuer à améliorer le bien-être au travail en créant un environnement de travail plus propre, plus sûr, plus organisé et plus efficace.

Les « stand up meetings », ou réunions debout, sont des réunions collectives courtes et régulières qui durent entre quinze et vingt minutes. Ces réunions sont conçues pour être rapides, efficaces. Elles sont un moyen d'informations descendantes, de repérer les problèmes éventuels rencontrés par l'équipe pour les résoudre rapidement et les prochains objectifs à atteindre. Les réunions telles que les stand-up meetings jouent un rôle essentiel dans la création d'une atmosphère de travail collaborative et dans le renforcement des relations au sein de l'équipe.

3.4 Bien-être au travail, qualité de vie au travail et risques psychosociaux

L'origine étymologique du mot « travail » vient du latin « tripalium » qui signifie instrument de torture ou « machine à trois pieux ».

Quel est le sens que l'individu donne à son travail ? Est-il partagé de la même façon par les individus qui composent une équipe ?

Bien-être au travail et qualité de vie au travail sont deux notions distinctes mais la qualité de vie au travail fait référence aux facteurs partagés qui favorisent le bien-être au travail.

Le risque psychosocial renvoie aux troubles psychosociaux qui peuvent se développer en raison de l'environnement professionnel.

3.4.1 Le bien-être au travail

Le concept de bien-être est ancien et a été influencé par diverses disciplines au fil du temps.

Les premières recherches mentionnant le bien-être ont été menées par les penseurs de la Grèce antique qui ont étudié le rôle du bonheur dans la vie humaine. Deux écoles de pensée ont construit des points de vue opposés à savoir l'hédonisme et l'eudémonisme.

L'hédonisme a été principalement développé par PLATON et ÉPICURE et met l'accent sur la recherche du plaisir et la satisfaction des désirs. Cette approche se concentre sur les émotions agréables procurées à partir de l'obtention de ce que l'on désire.

L'eudémonisme, issu des philosophes grecs tels qu'ARISTOTE, met l'accent sur la recherche du bonheur et de la réalisation personnelle comme but de la vie humaine. Le bonheur véritable et durable découle de la réalisation de son potentiel et de la volonté de se réaliser.

Le domaine de la psychologie a un impact sur le concept de bien-être par la théorie psychologique des émotions, l'approche humaniste développée par Abraham MASLOW et la théorie des besoins, la psychologie positive.

Les neurosciences cognitives ont apporté la notion d'intelligence émotionnelle tout d'abord par MAYER et SALOVEY en 1990. Daniel GOLEMAN, psychologue américain, l'a théorisée, à partir de 1995, en la définissant par la capacité à reconnaître, comprendre et gérer nos propres émotions ainsi que celle des autres.

Les quatre domaines de compétences³⁹ qui ont été construites sont la conscience de soi (conscience de ses émotions et auto-évaluation), l'autogestion (maîtrise de soi et adaptabilité), la conscience sociale (capacité d'empathie), et la gestion des relations (capacité à travailler en équipe, à gérer les conflits).

Le bien-être au travail se distingue du bien-être général. Plusieurs auteurs ont décrit des modèles de bien-être au travail.

Le modèle de bien-être au travail de WARR (1990) est basé sur trois axes : heureux-mécontent, content-inquiet, enthousiaste-déprimé. Ce modèle est élaboré de manière à être pertinent à la fois pour le bien-être général et pour le bien-être spécifique au milieu professionnel.

DANIELS (2000) a repris les travaux de WARR et a déterminé cinq couples : anxiété-confort, dépression-plaisir, ennui-enthousiasme, fatigue-vigueur, colère-placidité. Ce modèle incorpore des éléments positifs et négatifs, ce qui le place plus en accord avec le concept de santé psychologique au travail plutôt qu'avec celui du bien-être professionnel.

D'après DANNA et GRIFFIN (1999), le bien-être au travail se concentre principalement sur la santé et la satisfaction et il englobe à la fois des signes médicaux physiques et psychologiques, les expériences générales de vie et les expériences liées à l'emploi.

ROBERT (2007) a fondé une approche novatrice du bien-être au travail, car il établit une différenciation entre le bien-être de l'individu sur son lieu de travail et le bien-être de l'employé ou du salarié dans l'exercice de ses fonctions. Le bien-être de l'individu fait référence à l'hygiène, à la sécurité et à l'amélioration de l'environnement du travail. Le bien-être de l'employé est lié à des éléments relevant au domaine de l'organisation, de la gestion et du management en entreprise. Il se réfère à la disponibilité des moyens et des conditions appropriées pour accomplir son travail. Cela implique de ne pas être entravé dans l'exécution de ses tâches et de disposer d'objectifs alignés sur ses propres valeurs.

DAGENAIS-DESMARAIS (2006) a caractérisé le bien-être au travail à partir de six dimensions sous les angles projectif et introjectif :

- Le bien-être au travail individuel-projectif se réfère à la réalisation de soi ou au sentiment d'efficacité personnelle.
- Le bien-être au travail relationnel-projectif est synonyme de relations interpersonnelles positives et épanouissantes que l'on entretient avec ses collègues de travail.
- Le bien-être au travail organisationnel-projectif fait référence au sentiment d'engagement et d'implication du salarié au sein de l'organisation.

- Le bien-être au travail individuel-introjectif est relié à la satisfaction personnelle et au sentiment d'accomplissement que l'on éprouve lorsque l'on accomplit ses tâches et atteint ses objectifs.
- Le bien-être au travail relationnel-introjectif représente la reconnaissance sociale et la valorisation que l'on reçoit des autres dans le cadre professionnel par les collègues de travail.
- Le bien-être au travail organisationnel-introjectif est représenté par la correspondance entre les valeurs, la culture, les objectifs de la personne et celles de l'organisation.

³⁹Sfetcu N. Émotions et intelligence émotionnelle dans les organisations. Essays, 2020. 114 p. [Consulté le 06/04/24]

Disponible :

https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=PrfcDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA2&dq=concepts+d%27intelligence+%C3%A9motionnelle+selon+goleman&ots=Yn1q1yKt8E&sig=5MD8vP-Wu-X7sw16t6Yk5d4qtR8&redir_esc=y#v=onepage&q=concepts%20d'intelligence%20%C3%A9motionnelle%20selon%20goleman&f=false

DAGENAIS-DESMARAIS définit le bien-être psychologique au travail « *comme une expérience subjective positive où l'on tend à exprimer le meilleur de soi et qui se construit à travers soi, à travers ses relations sociales au travail et dans les interactions avec son organisation. Le bien-être psychologique au travail n'est pas déterminé principalement par des circonstances de vie objectives (par exemple, un statut d'emploi ou un salaire), mais beaucoup plus par le point de vue de la personne qui le ressent. Il n'est pas non plus l'absence de maladie, mais bien la présence de caractéristiques positives chez le travailleur*⁴⁰. »

En 2010, allant plus loin dans sa théorisation du bien-être au travail, DAGENAIS-DESMARAIS a développé cinq éléments indissociables du bien-être au travail qui se caractérisent par : l'adéquation interpersonnelle au travail, l'épanouissement au travail, le sentiment de compétence au travail, la reconnaissance au travail et la volonté d'engagement au travail.

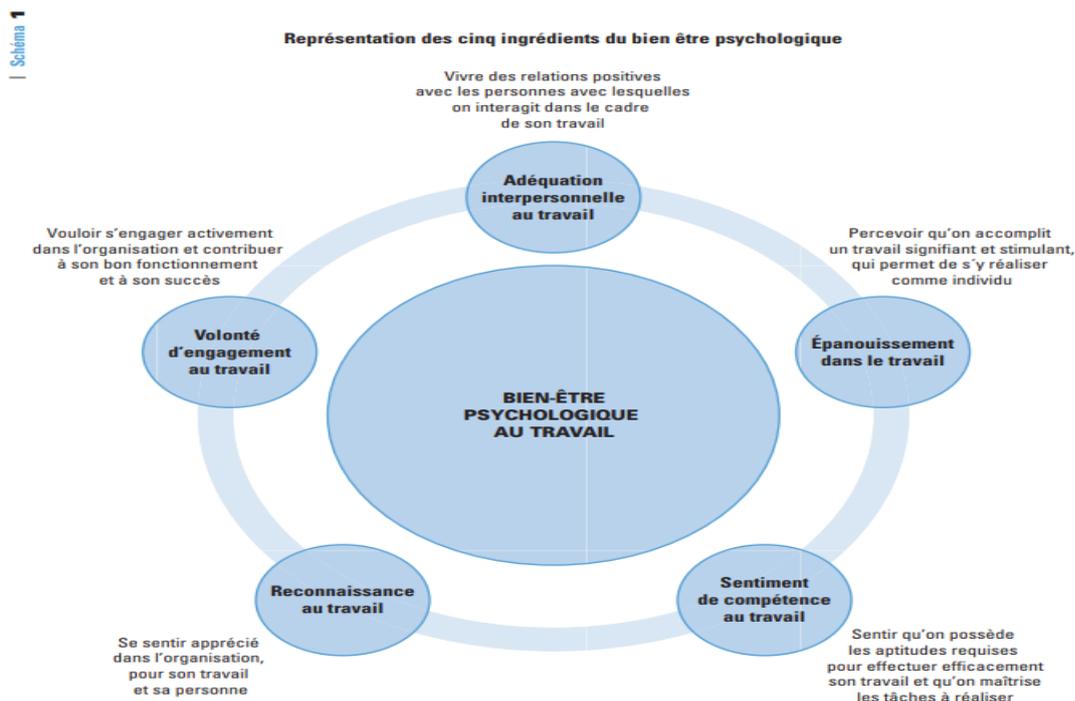


Schéma n° 14 : Représentation des cinq ingrédients du bien-être psychologique- DAGENAIS-DESMARAIS (2010)⁴¹

⁴⁰ Dagenais-Desmarais V, Privé C. Comment améliorer le bien-être psychologique au travail. Revue Gestions.2010/3 Vol.35, p.69-77. [Consulté le 07/04/24]

Disponible : <https://cerf.radiologie.fr/sites/cerf.radiologie.fr/files/Enseignement/DES/Modules-Base/Dagenais-Desmarais%20%26%20Priv%C3%A9%2C%202010.%20Bien%20%26%20A%20tre%20au%20travail.pdf>

⁴¹ Ibid.

3.4.2 La qualité de vie au travail

Le concept de qualité de vie au travail (QVT) a émergé dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons. Il englobe les aspects du travail qui impactent positivement la motivation, la performance et la satisfaction des employés.

L'accord national interprofessionnel (ANI) dresse en 2013 un cadre de référence avec une définition et des indicateurs de la QVT : « Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué⁴². »

Le concept de qualité de vie et des conditions de travail (QVTC) est adopté dans les nouveaux accords de l'ANI sur la santé au travail du 9 décembre 2020⁴³. La loi du 2 août 2021⁴⁴ sur le renforcement de la prévention en santé au travail entérine cet accord de l'ANI de 2020, la QVTC est intégrée au Code du travail. Le terme de QVTC est ajouté au Code du travail le 31 mars 2022, remplaçant ainsi celui de QVT.

Le passage du terme QVT à QVTC reflète une approche plus complète de l'environnement professionnel. En effet, le nouveau terme englobe non seulement la qualité de vie au travail, mais aussi les conditions de travail, en mettant l'accent sur tous les aspects susceptibles d'influencer le bien-être des travailleurs. Cette évolution reconnaît l'importance d'une vision holistique qui inclut à la fois les aspects psychologiques, physiques et organisationnels du travail, afin d'améliorer la satisfaction, la motivation et la performance au sein des entreprises.

En juillet 2023, l'ANACT a publié le référentiel QVTC⁴⁵ qui fournit une structure globale avec des repères pour accompagner et aider les employeurs.

La démarche QVTC repose sur trois objectifs principaux :

- « Concilier amélioration de la santé des salariés et performance globale de l'entreprise
- Donner à chacune et chacun du pouvoir d'agir sur son travail
- Améliorer le travail d'aujourd'hui et de demain⁴⁶. »

Une démarche QVTC soutenue permet de traiter six volets interdépendants :

- « Organisation, contenu et réalisation du travail ;
- Compétences et parcours professionnels ;
- Égalité au travail ;
- Projet d'entreprise et management ;
- Dialogue social et professionnel ;
- Santé au travail et prévention. »⁴⁷

⁴² Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle. Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle. [Consulté le 19/04/24].

<https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>

⁴³ Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail. [Consulté le 19/07/2024].

Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000043561903/

⁴⁴ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail. [Consulté le 19/07/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

⁴⁵ Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Référentiel qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). [Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://www.anact.fr/referentiel-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail>

⁴⁶ Ibid.p.6.

⁴⁷ Ibid.p.7.

3.4.3 Les risques psychosociaux

Le ministère du travail, de la santé et des solidarités définit les risques psychosociaux comme : « *un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail. Ils peuvent concerner toutes les entreprises quel que soient leur taille et leur secteur d'activité*⁴⁸. »

Le Code du travail par les articles L4121-1 à 5⁴⁹ prévoit des dispositions pour protéger les salariés contre les RPS. En particulier, il impose aux employeurs de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs dans tous les aspects liés au travail.

Les employeurs sont tenus d'évaluer les risques professionnels dans l'entreprise, y compris les risques psychosociaux, et de mettre en œuvre des actions de prévention pour réduire ou éliminer ces risques.

Cela peut inclure des actions telles que :

- L'amélioration des conditions de travail ;
- La promotion d'une communication ouverte et respectueuse ;
- La mise en place de dispositifs de soutien psychologique ;
- La formation des employés et des managers à la gestion du stress et aux techniques de gestion des conflits.

Les RPS sont généralement associés à plusieurs facteurs dans l'environnement professionnel. Les six principaux facteurs de risques psychosociaux sont les suivants⁵⁰ :

- **Les exigences au travail** : elles incluent des objectifs de performance élevés, des délais serrés, des horaires de travail irréguliers, une charge de travail élevée, etc. Ces exigences peuvent entraîner une pression accrue sur les employés, ce qui peut conduire à un stress chronique, à l'épuisement professionnel et à d'autres problèmes de santé mentale.

- **Les exigences émotionnelles** : certaines professions ou situations professionnelles peuvent exiger une charge émotionnelle importante, par exemple en matière de relations avec des clients difficiles ou dans le domaine de l'accompagnement de personnes en détresse. Les défis émotionnels peuvent être donc de l'ordre d'interactions complexes avec divers interlocuteurs. Il peut également s'agir de dissimuler ses véritables émotions et de faire face à des agressions physiques ou verbales.

- **Le manque d'autonomie** : l'autonomie au travail se réfère à la capacité d'agir et de prendre des décisions dans son rôle professionnel. Elle englobe la possibilité de s'auto-organiser dans ses tâches, mais aussi de contribuer aux décisions liées à son activité, tout en exploitant et développant ses compétences.

- **Les relations de travail et rapports sociaux** : des relations interpersonnelles conflictuelles, un manque de soutien social, de reconnaissance du travail réalisé et d'animation de l'équipe par l'encadrement.

- **Les conflits de valeurs** : « *ils renvoient à l'ensemble des conflits intrapsychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé au travail et les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles des salariés*⁵¹ ». Par exemple, cela peut se manifester par le fait d'exécuter un travail que l'on juge inutile, de ne pas pouvoir réaliser un travail de qualité dont on serait fier.

⁴⁸ Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Risques psychosociaux. [Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

⁴⁹ Code du travail. Chapitre 1^{er} : Obligations de l'employeur. (Articles L4124-1 à L4125-5). [Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006178066>

⁵⁰ Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Risques psychosociaux. [Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

⁵¹ Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Risques psychosociaux(RPS).[Consulté le 30/04/24].

Disponible : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

- **L'insécurité de l'emploi** : il englobe à la fois l'insécurité socio-économique (crainte de perdre son emploi, instabilité salariale, emploi précaire) et le risque de changements imprévus dans les tâches et conditions de travail (réorganisations, incertitude quant à l'avenir de sa profession, etc.)⁵².

3.5 La fidélisation

La fidélisation dans les ressources humaines fait référence aux stratégies et actions mises en place par une entreprise pour maintenir et renforcer l'engagement des employés envers l'organisation.

La fidélisation des employés est importante pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle permet de réduire le turnover et les coûts associés au recrutement et à la formation de nouveaux employés. De plus, les collaborateurs fidèles ont tendance à être plus motivés et impliqués dans leur travail, ce qui peut contribuer à améliorer la performance et la compétitivité de l'entreprise.

D'après Jean-Marie PERETTI (1999), « *un salarié fidèle a une très faible propension à chercher et à examiner les offres d'emploi externes et, d'une façon générale, a un sentiment d'appartenance fort*⁵³. ». Les employés ne sondent pas activement le marché de l'emploi à la recherche d'autres opportunités et se montrent peu réceptifs aux propositions extérieures.

Pascal PAILLÉ⁵⁴ conceptualise la fidélité au travail selon trois dimensions : réelle, conditionnelle et de façade.

- La fidélité réelle se caractérise par une combinaison de satisfaction globale et d'implication affective, qui ensemble forment une relation profonde et durable entre l'employé et l'organisation. « *Les salariés adoptent alors des « comportements de citoyenneté organisationnelle » qui améliorent le climat de travail et accroissent l'efficacité*⁵⁵. »
- La fidélité conditionnelle repose sur un équilibre perçu entre ce que l'employé apporte à l'organisation (contributions telles que le travail accompli, les compétences, les efforts) et ce qu'il reçoit en retour (rétributions telles que la rémunération, les avantages, les opportunités de développement). Si cet équilibre est maintenu, l'employé est plus susceptible de rester fidèle à son organisation. « *Le salarié reste fidèle à son organisation tant que l'équilibre entre les contributions et les rétributions est maintenu, ce qui ne génère pas nécessairement des comportements positifs au travail*⁵⁶. »
- La fidélité de façade décrit une situation où les employés demeurent dans leur entreprise non pas par choix personnel, mais par un sentiment d'obligation ou de contrainte. Cette forme de fidélité est souvent motivée par la peur des conséquences négatives associées à la perte des avantages liés au poste actuel. De plus, le choix de partir ou de rester dépend également de la perception qu'a l'employé des opportunités disponibles sur le marché du travail.

Le turnover ne constitue pas l'unique indicateur de la fidélisation au sein d'une entreprise. La dimension affective joue un rôle crucial dans la fidélisation au travail, se référant aux émotions, sentiments et attitudes des individus envers leur travail, leur organisation et leurs collègues. Les enquêtes sur la QVCT sont ainsi une source d'évaluation du bien-être lié à la fidélisation.

⁵² Ibid.

⁵³ Cerdin J-L, Peretti J-M. La fidélisation des salariés par l'entreprise à la carte. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*. 2005. P.3.[Consulté le 29/03/2024]
Disponible : https://www.researchgate.net/publication/278806555_La_fidelisation_des_salaries_par_l'entreprise_a_la_carte

⁵⁴ Couteret, P. La représentation par les salariés de TPE des déterminants de la fidélité. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*. 2018/58, Vol.XXIV, 215-252.
[Consulté le 29/03/2024]
Disponible : <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychosociologie-de-gestion-des-comportements-organisationnels-2018-58-page-215.htm>

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

3.6 La marque employeur

Issue du marketing et de sa communication, la marque employeur est une stratégie qui vise à positionner l'entreprise en tant qu'employeur attractif sur le marché du travail. Sa raison d'être est de façonner et de promouvoir une image attrayante et authentique de l'entreprise en tant qu'employeur de choix.

D'après Tim AMBLER et Simon BARROW⁵⁷, la marque employeur s'appuie sur trois dimensions qui sont les aspects fonctionnels, économiques et psychologiques en lien avec l'entreprise.

- Les avantages fonctionnels font référence à l'utilité et à l'intérêt que le travail offre aux employés, ainsi qu'aux opportunités de développement professionnel qu'il propose. Ces avantages incluent la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences et d'évoluer dans sa carrière.
- Les avantages économiques, financiers et matériels sont basés sur les rétributions tangibles offertes aux employés en échange de leur travail, comme le salaire, les avantages sociaux, les primes et les opportunités d'avancement professionnel. Une fidélisation renforcée des collaborateurs en offrant un environnement de travail épanouissant qui correspond aux attentes et aux valeurs de ces derniers est également pris en compte.
- Les avantages psychologiques englobent les aspects émotionnels et relationnels du travail, tels que le sentiment d'appartenance à une communauté, la reconnaissance et le soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques, ainsi que le sentiment de contrôle sur son travail et son environnement.

La description du cadre conceptuel nous amène aux premiers pas du projet au contexte d'émergence.

⁵⁷ Charbonnier-Voirin, A, Vignolles, A. Marque employeur interne et externe : Un état de l'art et un agenda de recherche. Revue française de gestion. 2015/1 (N°246) ; p.63-82. [Consulté le 29/03/2024]
Disponible : <https://www.cairn.info/revue--2015-1-page-63.htm>.

4 Les premiers pas du projet au contexte d'émergence

Dans les parties à suivre, je vais explorer la commande du projet, le contexte d'émergence jusqu'à la définition des objectifs, puis je terminerai par les acteurs du projet.

4.1 Qu'est-ce qu'un projet ?

La notion de projet s'appréhende à partir de plusieurs éléments qui la définissent.

Hugues MARCHAT définit le projet de la manière suivante : « *C'est avant tout une façon particulière de traiter un problème. Cette façon repose sur une grande anticipation. En effet, il va falloir au début du projet, imaginer tout ce que va être l'« histoire du projet » et raconter cette histoire avant qu'elle n'arrive ; c'est le principe du scénario*⁵⁸ ». Un projet est donc réfléchi, élaboré, préparé du début à sa fin.

Dans son cours dédié au projet managérial, Patrick FARNAULT décrit le projet comme un « *processus qui consiste à un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que les contraintes de délais de coûts et de ressources. (Norme Iso 10 006 système de management de la qualité)*⁵⁹ ». Le projet est donc un processus dans lequel les activités qui le composent sont coordonnées. Il est délimité par des objectifs définis et précis pour répondre à une commande. Le fonctionnement du projet nécessite d'organiser les ressources nécessaires à son bon déroulement dont les ressources humaines, financières, matérielles et temporelles.

4.2 La commande du projet

Dans tout projet, il y a systématiquement un commanditaire et un chef de projet.

Le commanditaire est l'individu qui est à l'initiation du projet, il est le « *maître d'ouvrage*⁶⁰ ». Il passe la commande auprès d'un chef de projet qui est en charge de le piloter, de le conduire.

Il en découle que le chef de projet est « *celui qui va s'engager à organiser et fédérer les ressources (humaines, matérielles, financières, temporelles...) afin d'atteindre les objectifs*⁶¹ ».

Le chef de projet agit comme organisateur, facilitateur. S'il n'est pas essentiel qu'il possède toutes les expertises, il s'entoure d'experts afin de tirer parti de leurs compétences spécialisées pour atteindre les objectifs du projet et de combiner les compétences nécessaires à la réalisation du projet.

Dans le contexte de l'ECUE 7.2 du Master 2 « Management des organisations, soignantes », le coordinateur général des soins (CGS) remplit le rôle de commanditaire du projet managérial, jouant un rôle essentiel dans sa conception et sa validation institutionnelle. Je suis dé

La commande initiale du CSG est que je conduise, en tant que chef de projet, la mission de développer une politique de lutte contre les irritants du quotidien afin de favoriser le bien-être et la fidélisation au travail des professionnels paramédicaux au sein de l'établissement. En octobre 2023, au démarrage du Master 2, il a affiné le projet managérial qui est devenu le suivant :

Rendre acteurs de leur exercice professionnel les infirmiers et les aides-soignants pour favoriser le bien-être et la fidélisation au travail.

L'objectif est de mettre en place une politique de lutte contre les irritants du quotidien au travail.

Le CSG et moi-même avons choisi de déployer le projet managérial au sein du pôle UMISP, plus précisément en gériatrie, et qu'il fasse l'objet d'une unité pilote au sein de ce pôle.

⁵⁸Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. p.9

⁵⁹ Farnault P. Le projet managérial. ECUE 7.2 ; 2/10/2023

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. p.12

J'ai donc élaboré dans un premier temps la lettre de mission qui décrit les missions du responsable du projet, sa durée, les moyens alloués et les modalités de reporting. C'est un document formel qui a été signé par le commanditaire et moi-même faisant office de contrat.

Des rendez-vous mensuels entre le CSG et moi-même sont fixés pour rendre compte de l'avancement du projet.

La lettre de mission signée (annexe 2), j'ai rédigé la fiche de projet ou note de cadrage afin de passer d'une commande spécifique à une vision plus globale et structurée qui détermine un contexte d'émergence, des objectifs qui sont planifiés, exécutés et surveillés dans une période définie.

La fidélisation est un élément central d'un des axes du projet stratégique. Dans la suite, je vais examiner en détail les éléments de contexte, aussi bien au niveau national que spécifiquement au sein de l'établissement, qui ont conduit le directeur des soins à me confier la mission de piloter le projet managérial.

4.3 Le contexte d'émergence du projet

4.3.1 Pression des ressources humaines à l'échelle national et en milieu professionnel

Les ressources humaines sont dans un contexte de tension dans les établissements de santé et une vigilance est à apporter sur les conditions de travail qui ont été fortement touchées par la crise sanitaire Covid 19.

L'enquête menée par la FHF au printemps 2022⁶² dresse un bilan des établissements publics de santé et médico-sociaux. Elle révèle une situation critique en ce qui concerne les ressources humaines non médicales, avec des difficultés de recrutement variant selon la taille des établissements et une stabilisation de l'absentéisme à un niveau élevé, malgré une augmentation globale des effectifs.

L'enquête de la FHF met en lumière une stabilisation de l'absentéisme à un niveau plus élevé qu'avant la crise sanitaire dans les établissements de santé et médico-sociaux. En 2021, le taux moyen d'absentéisme s'élève à 9,9%, soit 1 point de plus qu'en 2019, où il était de 7,4% en 2012. Cette augmentation marque une rupture avec les taux précédents, mais le taux d'absentéisme reste globalement stable par rapport à 2020. Les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui avaient été moins touchés en 2020, voient toutefois une hausse de l'absentéisme en 2021, les alignant plus étroitement avec les autres établissements.

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont connu une augmentation moyenne de 3% de leurs effectifs entre 2019 et 2021. Le nombre de postes vacants est resté stable dans les CHU, mais la situation s'est nettement détériorée pour les infirmiers et infirmières, avec une hausse de 3,6% portant le taux à 6,6%. Des difficultés de recrutement sont particulièrement notées dans les secteurs de la gériatrie et pour les postes de travail de nuit.

Les contraintes au travail sont plus élevées chez les professionnels de santé que sur l'ensemble des salariés du territoire. Une étude réalisée en 2019 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁶³ décrit la pénibilité au travail des professionnels de santé. 65% des infirmiers et sages-femmes et 63 % des aides-soignants vivent au quotidien une charge de travail excessive contre 57 % pour l'ensemble du secteur. Le niveau d'exposition à des risques psychosociaux augmente par le fait de disposer de moins de temps pour réaliser correctement son travail. Le recul dans la disponibilité en matériel dans les services, les tensions entre les collègues et avec la hiérarchie, la diminution de la reconnaissance au travail contribuent au sentiment de mal-être au travail. Dans ce contexte d'insatisfaction, les professionnels de la santé ont déclaré en 2019 ne pas souhaiter et ne pas se sentir capables de travailler (38% chez les infirmiers et sages-femmes) à l'hôpital jusqu'à leur retraite.

⁶² Fédération Hospitalière de France (FHF). Enquête FHF – Avril/mai 2022. Situation RH. [Consulté le 15/01/24]. Disponible : https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-06/Enquete%20RH%202022%20synth%C3%A8se_2006.pdf

⁶³ Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N°1215. Novembre_2021.L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs. [Consulté le 15/01/24].

Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/ER1215_0.pdf

TABLEAU 3

Soutenabilité à long terme de l'emploi dans le secteur hospitalier

En %

Indicateur	Année	Ensemble des salariés	Secteur hospitalier									
			Ensemble	Hôpitaux publics	Établissements privés	Agents d'entretien	Aides-soignants	Infirmiers et sages-femmes	Médecins	Professions paramédicales	Professions administratives	Autres professions
Souhaiter effectuer le même travail jusqu'à la retraite	2013	54	61	61	62	55	62	57	72	63	66	61
	2016	54	64	65	63	56	69	60	77	58	65	71
	2019	53	56	58	48	57	59	49	62	51	60	62
S'en sentir capable	2013	60	54	54	53	49	48	44	75	58	75	55
	2016	56	54	55	52	48	46	42	79	56	71	70
	2019	57	48	49	44	51	42	38	62	51	63	53

Note • La classification en famille professionnelle provient de la classification FAP 2009 de la Dares.

Lecture • En 2013, 54 % de l'ensemble des salariés souhaite effectuer le même travail jusqu'à la retraite.

Champ • Ensemble des salariés de France métropolitaine, dont les salariés du secteur hospitalier (hôpitaux publics, établissements privés à but lucratif ou non lucratif).

Sources • Dares, DREES, DGAFP, Insee - Enquêtes Conditions de travail 2013, Conditions de travail - Risques psychosociaux 2016, Conditions de travail 2019⁶⁴.

Schéma n°15 : Soutenabilité à long terme de l'emploi dans le secteur hospitalier- Sources : Dares, DRESS, DGAFP, Insee- Enquêtes Conditions de travail 2013, Conditions de travail – Risques psychosociaux 2016, Conditions de travail 2019⁶⁴

Une étude de la DRESS publiée en juillet 2022⁶⁵ sur les conditions de travail durant la période de la crise sanitaire de mars 2020 à l'été 2021 fait le constat que deux personnes sur trois ont traversé des périodes de travail intense au-dessus de ce qui relève de l'habituel, associées à une charge émotionnelle importante. La reconnaissance au travail n'a pas augmenté alors que les soignants ont fait preuve durant la crise sanitaire d'adaptabilité dans leurs horaires de travail, en déplaçant leurs congés qui étaient initialement planifiés et validés. Ils sont également venus travailler alors qu'ils étaient porteurs symptomatiques ou asymptomatiques du virus du Covid 19.

Par ailleurs, l'enquête nationale Épidémiologie et Conditions de vie (EpiCov)⁶⁶ réalisée de juin à août 2021 démontre que les personnels hospitaliers ont des manifestations d'anxiété et de dépression plus importantes que la population nationale et ceci en lien avec les conditions de travail. Ces personnes font appel à un professionnel pour une prise en charge psychologique. En outre, la part des risques psychosociaux dans les professions occupées par des femmes est systématiquement plus élevée que dans les professions réalisées par les hommes eux-mêmes touchés par les risques physiques. Le genre influence fortement les indicateurs de santé mentale, avec une prévalence plus élevée d'anxiété et de dépression chez les femmes. De plus, l'enquête EpiCov explique que la santé mentale des soignants est mise à mal lors des périodes intenses de travail. Une charge émotionnelle importante qui se répercute sur la vie personnelle accentue le sentiment de mal-être. Ne pas pouvoir concilier la vie personnelle et professionnelle est un premier vecteur de souffrance au travail car les professionnels sont coupés par un conflit entre la valeur qu'ils accordent à leur vie au travail et à leur vie à l'extérieur. Les conflits avec les collègues majoraient les symptômes de dépression alors que, à contrario le travail en équipe est source d'épanouissement car les professionnels de la santé y trouvent solidarité dans le travail et soutien mutuel. Cependant, lorsqu'ils sont amenés à réaliser des tâches qui ne sont pas partie de leurs missions, leur réticence à les faire provoque une détérioration des conditions de travail et du sentiment de bien-être au travail.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N1235. Juillet 2022. [Consulté le 15/01/24]. Crise sanitaire : à l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles.

Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1235_0.pdf

⁶⁶ Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N°1270. Juillet 2023. [Consulté le 15/01/24]. À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail.

Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1270.pdf>

Graphique 3 Contributions à la différence entre le score moyen de dépression du personnel hospitalier et celui de l'ensemble des personnes en emploi

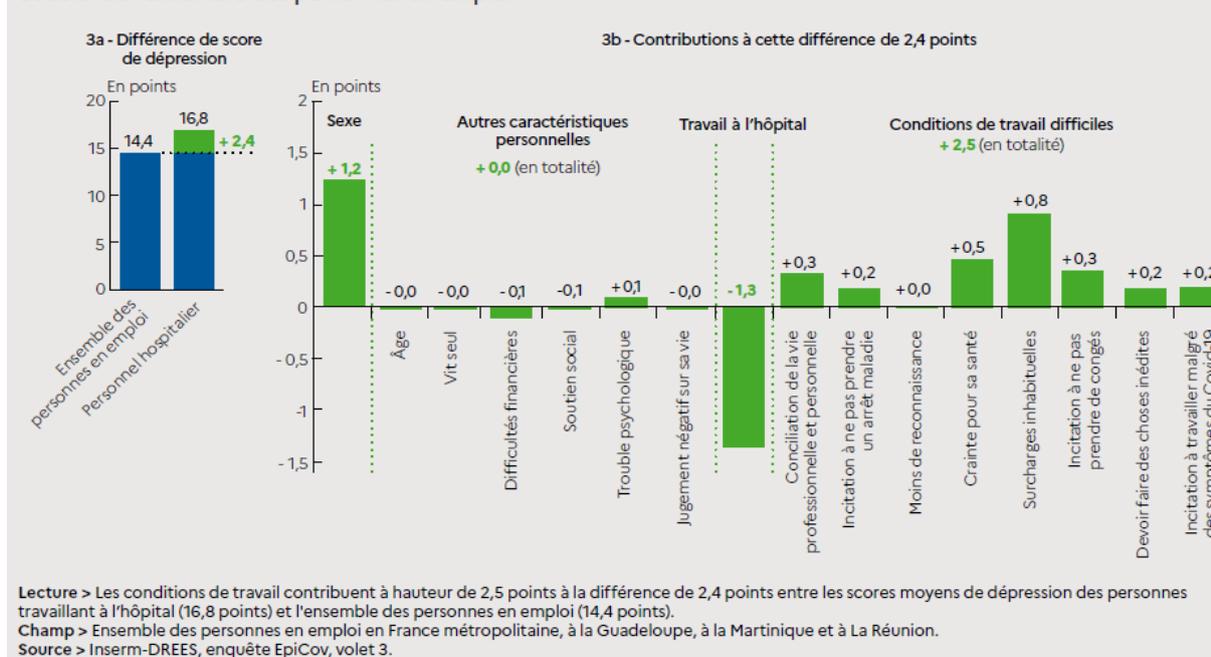


Schéma n°16 : Contributions à la différence entre le score moyen de dépression du personnel hospitalier et celui de l'ensemble des personnes en emploi- Source : Inserm-DRESS, enquête Epicov, volet 3 – Du 24/06 au 06/08/21⁶⁷

4.3.2 Description des ressources humaines infirmiers du CHIC

Sur le plan institutionnel, les ressources humaines infirmiers au CHIC sont considérées comme en situation de tension à partir du mois de mars 2022. Une augmentation progressive du nombre de postes vacants (nombre de postes budgétés et non pourvus) s'instaure sur l'ensemble de l'année. Le taux de recrutement ne les absorbe pas.

En effet, en mars 2022, les effectifs des infirmiers et des infirmières diplômés d'État, infirmiers et infirmières de bloc opératoire (IBODE), infirmiers et infirmières anesthésistes diplômés d'État (IADE), infirmier et infirmière en pratique avancé (IPA) qui comprend 640 équivalent temps plein (ETP), comptabilise 63 postes IDE vacants. Le taux de recrutement qui est calculé en divisant le nombre de postes vacants par le nombre d'embauches par mois est de 29%.

Sur la période de juillet à septembre 2022, l'allocation de diplômes aux étudiants en soins infirmiers de la session de juillet 2022 permet de recruter 102 IDE. Deux tiers des recrutements sont réalisés à partir de financement par l'agence régionale de santé (ARS) de contrat d'allocation d'études (CAE). Cependant, il reste 55 postes à pourvoir au 31 décembre 2022.

Le dispositif de CAE est mis en place depuis 2020 par l'ARS Ile-de-France dans le cadre de son plan « Ressources Humaines en Santé »⁶⁸. Une somme forfaitaire est versée en dernière année d'études aux étudiants des instituts de formation en santé dont les métiers sont en tension. Le contrat dont 60 % de son financement est pris en charge par l'ARS, a pour objectif d'attirer, de recruter dans les établissements de santé et médicaux-sociaux de l'Ile-de-France. Il comprend un engagement par l'étudiant à travailler durant les 18 mois qui suivent la prise de poste dans l'établissement avec lequel le contrat a été signé.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France. Dispositif de Contrat d'Allocation d'Études. Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositif-de-contrat-dallocation-detudes>

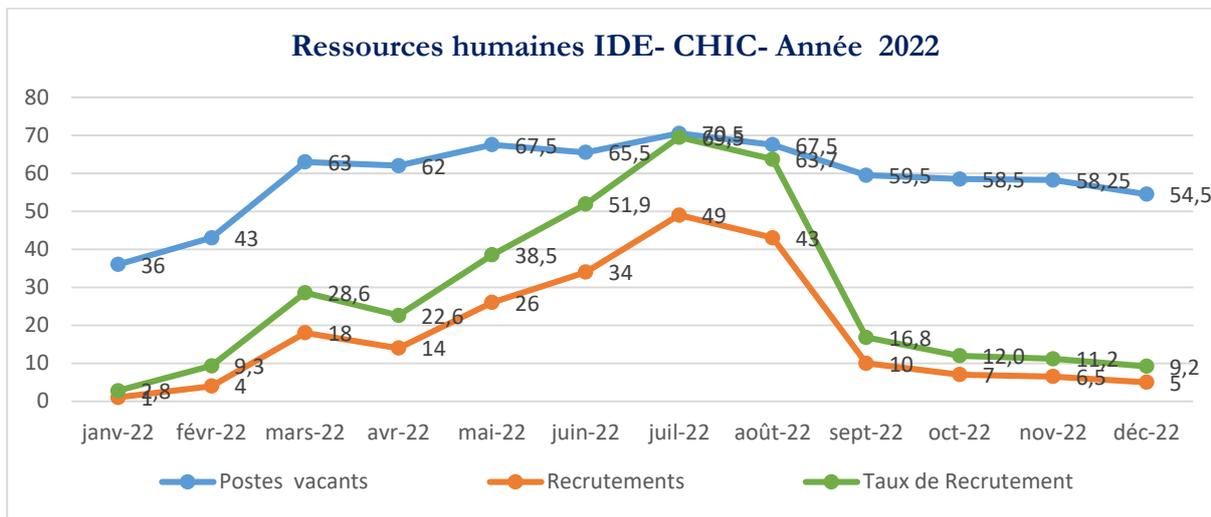


Schéma n° 17 : Année 2022. Nombre de postes vacants, nombre de recrutements et taux de recrutement IDE sur l'ensemble du CHIC

En 2023, au mois de janvier, le nombre de départs IDE de l'établissement se poursuit, l'établissement compte 75 postes vacants IDE, le taux de recrutement est seulement de 8%. En juin 2023, les ressources humaines IDE du CHIC atteignent 84 postes vacants. L'établissement qui a contractualisé 69 CAE avec des étudiants IDE qui ont réalisé leur formation de septembre 2020 à juillet 2023, permet un taux de recrutement qui monte à 111 % en août 2023. 48 postes IDE restent à pourvoir au 31 décembre 2023.

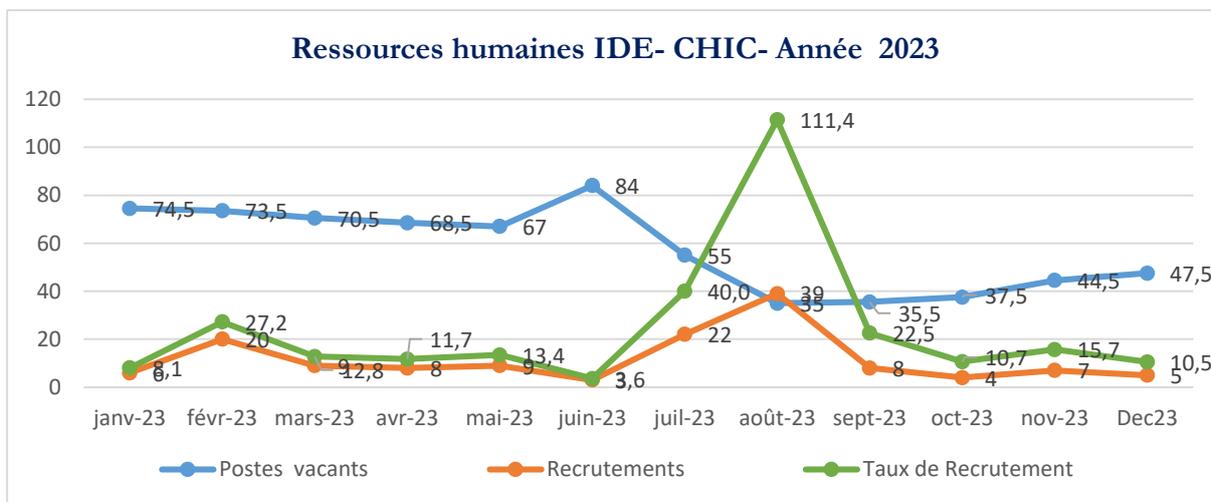


Schéma n°18 : Année 2023. Nombre de postes vacants, nombre de recrutements et taux de recrutement IDE sur l'ensemble du CHIC

Le turn over a des conséquences sur le plan financier qui correspond au coût de remplacement en heures supplémentaires et en missions d'intérim tant que le départ du salarié n'est pas remplacé. La période d'intégration du nouveau professionnel nécessite également des moyens de remplacement pour assurer un temps de formation suffisant au sein du service.

Par ailleurs, la pénurie d'IDE a obligé certains services à fermer des lits car les départs n'ont pas pu être remplacés générant une perte financière pour l'établissement. Agir sur le bien-être et la fidélisation pour diminuer le turn over est un levier d'action pour maintenir l'équilibre financier d'un établissement.

Un turn over important dans une unité de soins diminue le nombre de professionnels expérimentés qui possèdent les compétences des soins liés à la prise en charge des patients. Il génère un retentissement sur le plan organisationnel qui peut engendrer une diminution de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, un sous-effectif qui se maintient dans le temps augmente la charge de travail de l'équipe présente qui se fatigue et qui décide de partir à leur tour. Le renouvellement d'une équipe est donc un cercle vicieux.

L'objectif du directeur des soins et de la direction des ressources humaines est de fidéliser les nouveaux professionnels IDE dont les IDE qui ont bénéficié d'un CAE durant leur troisième année de formation afin qu'ils continuent à travailler sur l'établissement après la période des 18 mois. Celle-ci correspond à la fin de la durée du contrat d'engagement entre l'infirmier et l'établissement mis en place par le CAE.

Le pôle UMISP est impacté par un nombre important d'ETP IDE non pourvu dont les services de gériatrie que nous allons expliquer.

4.3.3 Le pôle UMISP

En mars 2022, le pôle UMISP qui comprend 106 ETP IDE est confronté à une recrudescence du nombre de postes vacants qui s'élève à 24 % de la somme des ETP IDE totaux du pôle. Ce chiffre se maintient jusqu'à la fin de l'année alors que 47 recrutements sont réalisés par des CAE amenant à un taux de recrutement de 100% de juin à septembre 2022. Les services de gériatrie UGA et SMR sont concernés.

Sur toute l'année 2022, 35 % des postes IDE demeurent vacants à l'UGA/SMR par manque d'attractivité de ce secteur. Effectivement, les professionnels non médicaux ont une image négative des services de gériatrie liée au degré de dépendance des patients, des syndromes démentiels qu'ils présentent et aux peurs que génèrent vieillesse et handicap. Le capacitaire de ce service demeure ouvert à 12 lits sur 24 autorisés engendrant une perte financière pour l'établissement.

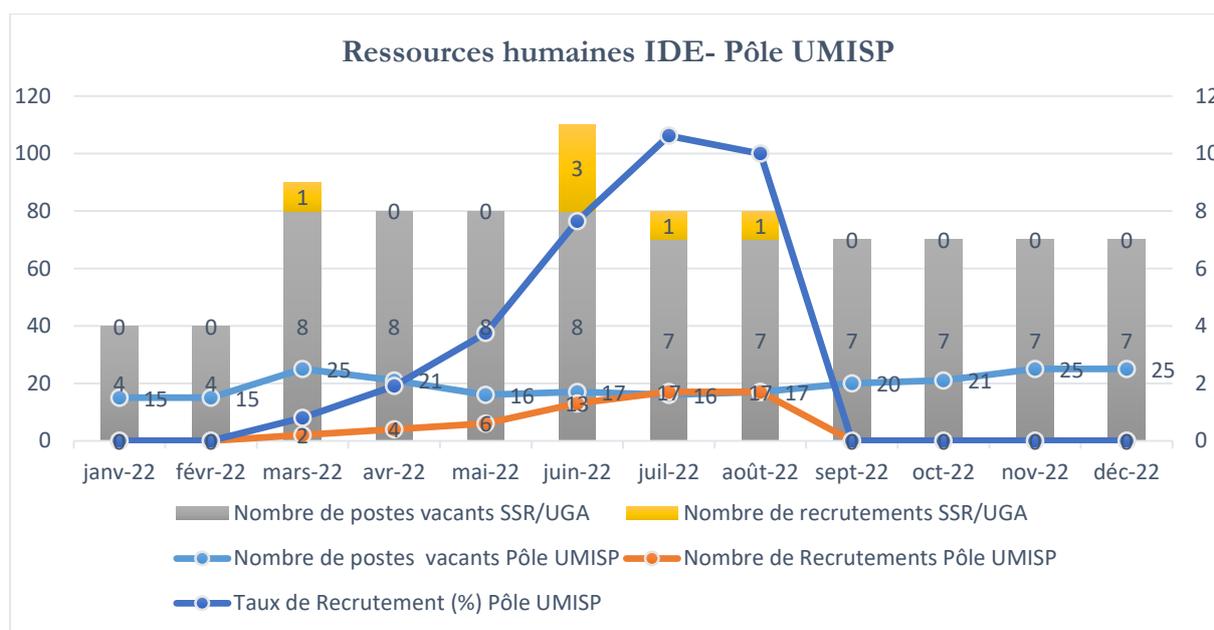


Schéma n° 19 : Année 2022. Nombre de postes vacants, nombre de recrutements et taux de recrutement IDE du pôle UMISP et des services de gériatrie

En mars 2022, dans le cadre du développement de l'activité de gériatrie aigüe, 12 lits supplémentaires sont à ouvrir à l'UGA pour permettre au capacitaire de cette unité d'être à 24 lits ouverts comme défini dans le plan stratégique 2022-2026. La population est vieillissante dans le bassin du Val de Marne et la part de la population âgée consultant aux urgences du CHIC à hospitaliser à l'UGA a augmenté de 9 points par rapport à 2019. Les patients des plus de 75 ans représentent près de 14% des passages aux urgences adultes et ils sont hospitalisés dans plus d'un cas sur deux (53 %). Les patients qui se présentent aux urgences sont de plus en plus sévères. Le besoin en lits pour la personne âgée est une priorité de l'institution pour répondre à l'aval des urgences.

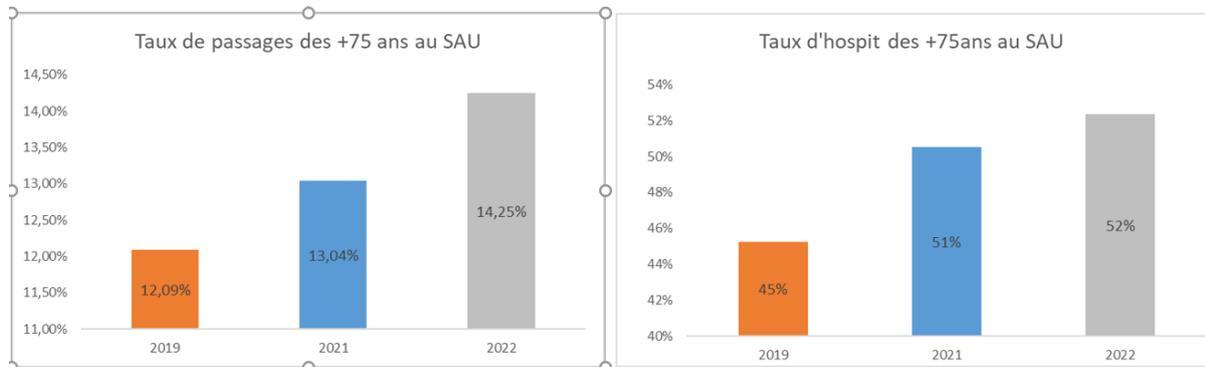


Schéma n° 20 : Activité du service des urgences adultes- Année 2022- Focus des patients de plus de 75 ans

Sur le premier semestre 2023, le turn over se stabilise sur le pôle UMISP autour de 25 postes vacants. Pour développer l'attractivité auprès des étudiants infirmiers et permettre de recruter parmi les étudiants diplômés au mois de juillet 2023, j'ai augmenté le nombre de places de stage aux étudiants de 1^{re}, 2^e et 3^e année.

24 recrutements IDE sont effectués sur la période de juillet à septembre 2023 dont 7 recrutements sur les secteurs d'UGA/SMR dont des futurs professionnels infirmiers qui ont contractualisé un CAE avec le CHIC.

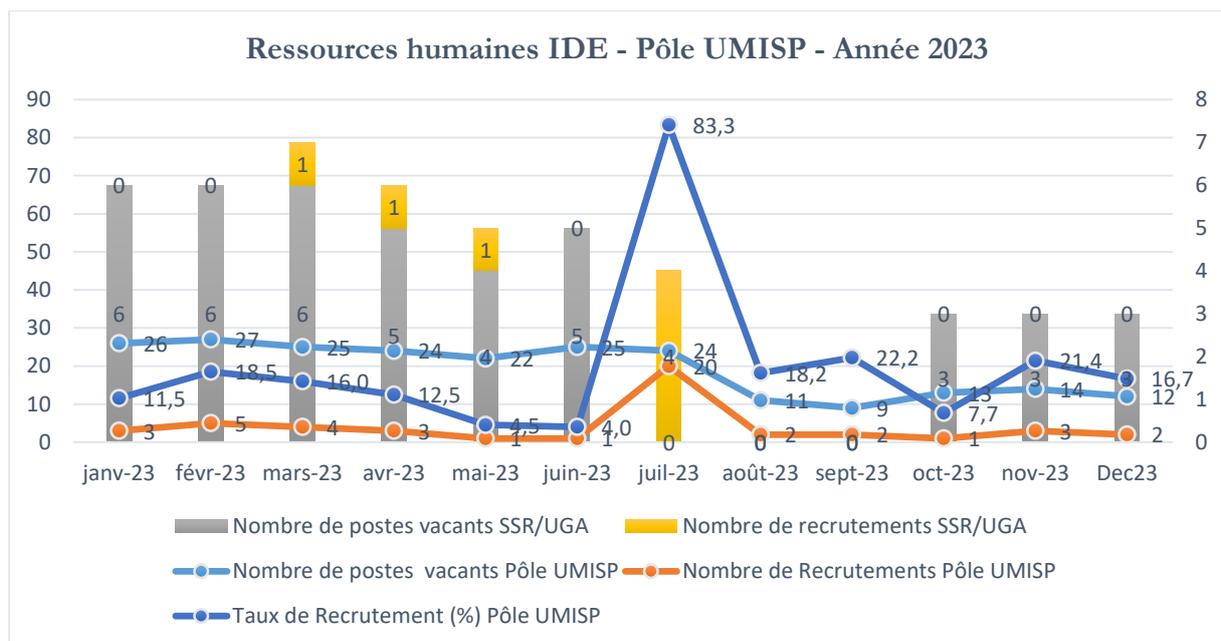


Schéma n° 21 : Année 2023. Nombre de postes vacants, nombre de recrutements et taux de recrutement IDE du pôle UMISP et des services de gériatrie

Par ailleurs en janvier 2022, un mois avant ma prise de poste en tant que cadre supérieur de pôle (CSP), l'équipe paramédicale du service des urgences adultes et pédiatriques du CHIC a fait l'objet d'une crise importante sur le plan des ressources humaines avec le départ de 29% de l'effectif total infirmier. L'équipe paramédicale qui est polyvalente sur les deux secteurs a interpellé le directeur des soins et le directeur des ressources humaines sur des « irritants » du quotidien nuisant au bon déroulement de leurs conditions de travail.

Les irritants mentionnés sont :

- Le déficit de management paramédical par l'encadrement de jour et de nuit qui se traduit par un manque d'écoute des difficultés individuelles et collectives rencontrées, des réunions d'équipe irrégulière. Des groupes de travail sont constitués avec un investissement de l'équipe paramédicale mais ils ne sont pas suivis dans le temps.
- La gestion de l'aval des urgences dont le nombre de patients sur des brancards augmente en période hivernale alors que les délais de transfert des patients vers les services de médecine s'allongent.
- Le management médical et la gestion du circuit court du patient.
- Le manque récurrent d'équipements en pousse-seringues, pompes volumétriques, linges pour le patient, pieds à perfusion, fauteuils patients, brancards...
- La connexion wifi difficile sur les chariots de soins ralentit l'accès à la prescription médicale et augmente la charge de travail.
- L'agressivité verbale rencontrée au quotidien par les patients et les accompagnants tant au niveau de la zone d'accueil et d'attente des patients qu'en box générant un sentiment d'insécurité.
- L'absence de politique de gestion des compétences. En effet, la polyvalence entre les deux secteurs est rendue difficile par le manque de formation des nouveaux professionnels à la prise en charge pédiatrique. Les délais d'accès à la formation d'accueil et d'orientation (IOA) sont longs alors que les infirmiers sont positionnés à ce poste. La période d'intégration des nouveaux professionnels n'est pas formalisée.
- La gestion du temps de travail : deux ans auparavant des cycles de travail ont été mis en place mais ceux-ci ne sont pas respectés. De plus, la construction des plannings en équipe et en contre équipe ne favorise pas un collectif de travail.

Dans les suites des revendications des soignants des urgences dont la demande porte sur le traitement des irritants rencontrés au travail générant un sentiment d'insatisfaction, un plan d'actions piloté par les cadres paramédicaux de pôle a été déployé. Des groupes de travail institutionnels et au sein du service faisant participer les soignants a permis d'arrêter le turn over des infirmiers et des aides-soignants. La fidélisation au travail a été enclenchée.

Après avoir décrit les débuts du projet et son contexte, je vais maintenant vous présenter les objectifs du projet.

4.4 Les objectifs du projet

Dans la conduite d'un projet, définir ses objectifs est une étape indispensable, de même que mesurer ses résultats et sa réussite. Ces éléments sont définis en début de projet et servent de guide tout le long de son déroulement.

Un objectif se doit être SMART, c'est-à-dire : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini.

Les divers aspects du projet managérial font ressortir un objectif principal ainsi que des objectifs secondaires qui en découlent.

4.4.1 Un objectif essentiel, la prise en charge des irritants du quotidien au travail

L'objectif principal du projet est de mettre en place une politique de lutte contre les irritants du quotidien au sein des services de gériatrie.

Selon le dictionnaire Larousse, un irritant est « *ce qui met en colère, qui cause une irritation⁶⁹* ». Ce terme signifie aussi : « *dont on ne peut venir à bout et qui provoque de l'impatience⁷⁰* ». L'adjectif irritant décrit un état d'inconfort, un état dérangeant qui génère des comportements et des situations où se manifestent de la frustration, du mécontentement.

Dans l'ouvrage la boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation, les auteurs définissent un irritant comme « *un élément organisationnel vis-à-vis duquel les collaborateurs manifestent un mécontentement. Cela peut être une pratique, un processus, un mode de rémunération, des processus de promotion, ect. L'irritant peut avoir différents niveaux de mécontentement comme la gêne, le désaccord, la critique, la contestation, le conflit. Un irritant naît d'une modification de pratiques pouvant remettre en cause un avantage acquis et/ou une routine. L'irritant peut également résulter de la manière de faire sans qu'il y ait de projet de changement⁷¹* ». Un irritant organisationnel est un élément dans une organisation qui provoque au sein des équipes de l'insatisfaction au travail. Les sources peuvent être diverses et le niveau de mécontentement variable. Au niveau des organisations, une gestion efficace des irritants demande de maintenir une attention particulière à la participation des salariés, à la communication et de prendre en considération les besoins des individus. Le traitement des irritants est synonyme d'amélioration de l'efficacité et de la qualité du travail.

De l'objectif principal de traiter les irritants en découle les objectifs secondaires qui relèvent du bien-être au travail ainsi de la qualité et de la sécurité des soins.

4.4.2 Des objectifs secondaires, du bien-être au travail à la qualité des soins

Les objectifs du projet sont multiples et complémentaires.

Le bien-être au travail est une entité à part entière et il ne doit pas être considéré comme une extension du bien-être en général. Le concept a été développé plus longuement à la partie 2.4. Il se réfère à la mesure de la satisfaction au travail.

Les risques psychosociaux au travail englobent le stress (surcharge de travail, manque d'autonomie...); les violences internes au sein du travail (conflits interpersonnels, harcèlement...) et les violences externes (agressions, insultes...). L'absence de risques psychosociaux contribue au bien-être et à une meilleure qualité de vie.

⁶⁹ Larousse. Dictionnaires. [Consulté le 29/02/24]

Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/irritant/44359#:~:text=1.,une%20irritation%20%3A%20Des%20discussions%20irritantes.&text=2.,impatience%20%3A%20Un%20probl%C3%A8me%20irritant.>

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Autissier D, Moutot J.M, Johnson K.J, et al. La boîte à outils de la conduite de changement et de la transformation. Malakoff : Dunod ; 2022. p.64

La fidélisation se traduit par le peu d'inclination des individus au travail à entreprendre activement des recherches d'alternatives professionnelles en dehors de l'organisation dans laquelle ils exercent. Elle se mesure certes à partir de l'évaluation du taux de rotation ou turn over mais il est essentiel de saisir les motivations à partir au lieu de se limiter à la simple analyse des départs réels.

La qualité et la sécurité des soins est une préoccupation majeure des établissements de santé et des autorités de santé.

L'Organisation de la Santé (OMS) en donne la définition suivante : « *La qualité des soins est la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle dépend de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle*⁷² ». La définition de l'OMS introduit la notion d'efficience.

L'HAS définit la qualité en santé à partir de cette définition : « *La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficaces que possible*⁷³ ».

D'après les définitions de l'OMS et de l'HAS, la qualité des soins se réfère à la notion d'efficience, d'accessibilité, à la pertinence des soins, et à la sécurité et de la satisfaction des patients.

L'HAS dans son rapport portant sur les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé de novembre 2022 fixe quatre familles de déterminant qui sont⁷⁴ :

- 1- Les ressources matérielles : comprennent l'architecture, équipements, plateaux techniques de l'établissement ainsi que les systèmes d'information
- 2- Les ressources humaines : englobent la charge de travail et les effectifs, les compétences par le savoir-faire et le savoir-être au travail, la continuité et la permanence des soins et des équipes stables.
- 3- Organisation des équipes de soins : la gouvernance et la culture de la sécurité des soins sont des déterminants considérés comme cruciaux. Le patient, placé au centre de la prise en charge, est inclus activement dans le processus décisionnel des soins qui le concerne. La satisfaction du patient est au centre de la prise en charge. Le bien-être, la satisfaction au travail et le travail en équipe sont priorisés pour promouvoir la qualité des soins.
- 4- La coopération des équipes de soins : impliquent la collaboration au sein de l'établissement et sur le plan territorial comprenant des parcours de soins structurés.

Après avoir clairement défini les objectifs, il est essentiel de comprendre les différents acteurs impliqués dans le projet.

⁷² Organisation mondiale de la Santé (OMS). [Consulté le 29/02/24]

Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

⁷³ Haute Autorité de santé (HAS). La lettre d'information de la Haute Autorité de santé. Numéro spécial Juillet/août 2008. P3. [Consulté le 29/02/24]

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/lettre_has_edition_speciale.pdf

⁷⁴ Haute Autorité de la santé (HAS). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. [Consulté le 29/02/24]

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf

4.5 Les acteurs du projet

Tout d'abord, le CSG et le chef de projet forment le COPIL. Mon rôle en tant que chef de projet est de le piloter afin d'atteindre les objectifs préalablement définis, comprenant l'objectif principal ainsi que les objectifs secondaires.

Deux groupes d'acteurs sont identifiés pour conduire le projet c'est-à-dire les acteurs concernés et les acteurs impliqués.

- **Les acteurs concernés par l'essence même du projet sont :**

L'équipe infirmiers et aides-soignants des services travaillant sur les horaires de jour et de nuit et les cadres de santé de l'UGA et du SMR gériatrique.

- **Les acteurs impliqués qui vont intervenir autour du projet en fonction de leur fonction sont :**

Le CGS a le rôle de commanditaire. En effet, il m'a attribué la mission de construire le projet de « rendre les infirmiers et les aides-soignants acteurs de leur exercice professionnel pour le bien-être et la fidélisation au travail. »

Le directeur des ressources humaines (DRH) : je lui ai présenté le projet lors d'un rendez-vous en présence du CGS. Il a validé la mise en place d'une enquête de satisfaction au travail et m'a proposé d'utiliser l'enquête qualité de vie au travail qui s'est déroulée en 2023 sur l'ensemble de l'établissement.

L'adjoint du DRH contribue à extraire les données relevant du suivi des ressources humaines et les dépenses de remplacement en heures supplémentaires et en intérim.

Les deux psychologues du travail du CHIC sont impliqués dans la conception, mise en place et analyse de l'enquête QVCT.

J'ai soumis le projet à la validation du chef de pôle et au directeur délégué du pôle.

La cheffe de service et l'équipe médicale de l'UGA et du SMR gériatrique ont bénéficié d'une présentation du projet. Ils réaliseront des cours à l'équipe.

L'ingénieur qualité du pôle UMISP apporte son expertise pour réunir les résultats et l'analyse des indicateurs qualité. Elle dispensera une formation à l'équipe soignante afin de leur apprendre à effectuer les déclarations d'événements indésirables.

La responsable du service des relations avec les usagers réalise les réponses et le suivi des réclamations des patients et de leurs proches. Elle proposera une formation portant sur les droits des patients.

Le médecin du département d'informations médicales pour les données des activités des services de gériatrie dont les résultats du taux d'escarres.

L'équipe opérationnelle d'hygiène réalise l'extraction du taux de suivi des indicateurs des infections nosocomiales acquises.

Le projet a été présenté aux représentants du personnel en raison d'un second déploiement de l'enquête QVCT.

L'infirmier référent de la réanimation adulte contribuera à des actions de formation.

Le conseiller en prévention des risques intégrera le groupe de travail traitant de la logistique des services de gériatrie.

Après avoir décrit les premiers pas du projet ainsi que son contexte d'émergence, je vais maintenant explorer les étapes du projet.

5 Infirmiers et aides-soignants acteurs de leur exercice professionnel au sein des services de gériatrie

Pour mener à bien un projet, Hugues MARCHAT⁷⁵ décrit trois phases dans sa conduite.

La première phase, la préparation, consiste à déterminer les objectifs, les acteurs impliqués, le diagnostic avant le changement, ainsi que l'établissement du planning.

La deuxième phase, le pilotage, implique la mise en œuvre des actions du changement, avec une mise à jour éventuelle du planning.

Enfin, la dernière phase, la progression, correspond à l'évaluation finale du projet.

Après avoir défini les objectifs et identifié les acteurs impliqués dans la partie précédente, nous aborderons désormais les étapes clés de la conduite du projet. Ce processus comprendra tout d'abord la réalisation d'une analyse SWOT, suivie de la mise en place d'une enquête QVCT, puis de la cartographie des irritants quotidiens rencontrés par les IDE et les AS en gériatrie sur leur lieu de travail. À partir de cette cartographie des irritants, des axes de travail émergeront, guidant ainsi la suite du projet.

5.1 Le diagnostic avant le projet de changement

Le processus de diagnostic pour mener à bien un projet de changement revêt une importance capitale, tant pour la gestion que pour la réussite du processus de transformation organisationnelle. Cette phase essentielle permet d'explorer divers aspects :

Tout d'abord, elle vise à évaluer la nature et l'ampleur du changement envisagé. Il s'agit d'étudier des aspects spécifiques dans le projet, d'identifier les domaines qui nécessitent une modification et de déterminer comment ces changements vont influencer l'ensemble de l'organisation.

Ensuite, le diagnostic s'attache à identifier les facteurs organisationnels existants. Cela implique une analyse des structures existantes, des processus en place, mettant ainsi en évidence les forces et les faiblesses de l'organisation, afin de mettre en œuvre des actions appropriées.

Enfin, l'analyse des facteurs sociaux inclut une analyse culturelle pour comprendre les dynamiques sociales au sein de l'organisation. Cela demande d'évaluer les relations au sein de l'équipe, la communication faite au sein de celle-ci, d'étudier les attitudes face au changement.

5.1.1 La matrice de SWOT

J'ai démarré le projet par un SWOT. Le SWOT est un acronyme anglais pour Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités) et Threats (Menaces). C'est un outil d'analyse stratégique utilisé dans la conduite de projet pour évaluer les facteurs internes et externes qui peuvent avoir un impact sur les conditions de réussite du projet.

Cette analyse permet de comprendre l'environnement interne et externe du projet.

⁷⁵ Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. p.24

	Forces	Faiblesses
Diagnostic interne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet soutenu par le CSG, le DRH, le chef de pôle et le directeur délégué ▪ Démarche QVCT de l'établissement ▪ Fidélisation inscrite au plan stratégique du GHT ▪ Accompagnement personnalisé des professionnels par les psychologues du travail ▪ Équipe QVCT vient à la rencontre des équipes de nuit ▪ Séminaire d'intégration des nouveaux professionnels ▪ Période d'intégration de trois semaines formalisée ▪ Offres en formation : Congrès, diplôme universitaire, IPA ▪ Plan de formation interne : plaies et cicatrisation, simulation du vieillissement, les troubles de la déglutition ▪ Ateliers d'écriture narrative proposés par la DSP ▪ Prise en charge pluridisciplinaire du patient par des staffs multi disciplinaires autour de l'intensité des soins ▪ Équipements disponibles pour répondre aux besoins spécifiques du patient âgé ▪ Cours sur les pathologies proposées par l'équipe médicale ▪ Management participatif ▪ Accès à des revues « soins » en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques psychosociaux élevés par les exigences physiques et émotionnelles ▪ Stéréotypes négatifs du vieillissement ▪ Prestige et reconnaissance professionnelle réduits de la filière gériatrique ▪ Pénurie de spécialistes formés à la gériatrie ▪ Absence de réunions d'équipe et de service ▪ Management par des faisant fonction de cadres
	Opportunités	Menaces
Diagnostic externe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet de la DSP et du pôle : bien-être, fidélisation des soignants ▪ Projet DSP : attractivité des soignants ▪ Nouveau métier du soin : 1 IPA en transversal sur les secteurs de gériatrie ▪ Dynamique de recherche en soins sur l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concurrence avec d'autres spécialités médicales considérées comme plus prestigieuses ▪ Manque d'attractivité de la gériatrie : soignants et médecins ▪ Difficultés de recrutement IDE et cadres de santé

Schéma n° 22 : Analyse SWOT

Suite à l'analyse SWOT, ce projet bénéficie du soutien du CSG, du DRH, du chef de pôle et du directeur délégué du pôle, ce qui représente un point fort significatif.

Les menaces sont principalement liées au manque d'attrait de la gériatrie pour les professionnels de la santé, tant au niveau des soignants que des équipes médicales. De plus, les filières infirmières et les cadres de santé font face à des tensions, exacerbées par une pénurie de cadres de santé disponibles au sein de l'établissement.

5.1.2 Les indicateurs de départ relevant des ressources humaines, de la qualité des soins et de l'expérience patient

5.1.2.1 Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments qui reflète la condition ou le changement d'un système. Il est un outil d'évaluation qui permet d'analyser des paramètres et de mesurer des écarts. Il est sélectionné en fonction des moyens d'action qui serviront à mettre en place des mesures correctives potentielles, et donc en fonction des décisions futures à prendre.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a, en 2002, dans un document dédié à la construction des indicateurs dans le domaine de la santé, définit un indicateur comme « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a pas d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre*⁷⁶ ».

Selon l'ANES, la construction d'un indicateur de qualité doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- « *Simple et acceptable*⁷⁷ » : il doit être simple, fonctionnel, facile à concevoir, à calculer, accessible et interprétable de manière uniforme par tout le monde.
- « *Validé et pertinent*⁷⁸ » : la validité d'un indicateur se réfère à sa capacité à être fidèle à ce qu'il mesure, à représenter avec exactitude le phénomène sous-jacent. Cela implique que l'indicateur soit cohérent avec les variations du phénomène qu'il évalue. Sa pertinence se manifeste par sa capacité à détecter clairement les problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction peuvent être efficacement entreprises.
- « *Fiable (c'est-à-dire apte à une mesure précise et reproductible)*⁷⁹ » : la reproductibilité se caractérise par la capacité à obtenir de manière cohérente le même résultat lorsqu'une mesure est répétée dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments, à différents moments dans le temps.
- « *Sensible et spécifique*⁸⁰ » : la sensibilité se manifeste par la capacité à réagir de manière significative et rapide aux variations du phénomène étudié. Un indicateur est qualifié de spécifique lorsqu'il ne présente de variations que lorsque le phénomène étudié subit une modification.

Au commencement du projet, je prends en compte les indicateurs qui relèvent de la gestion des ressources humaines et de la qualité des soins et de l'expérience patient. Ces indicateurs permettront d'assurer son suivi et son évaluation.

5.1.2.2 Les indicateurs de gestion des ressources humaines

Les indicateurs de mesure de la gestion des ressources humaines par domaine sont le taux d'absentéisme et le turnover, que je suivrai pour les infirmiers et les aides-soignants des services de gériatrie.

Le taux d'absentéisme inclut les absences pour des raisons telles que la maladie ordinaire, l'accident de travail, la maladie professionnelle, le congé pour enfant malade, le congé pour événement familial, le congé maternité, le congé paternité et l'absence injustifiée.

Pour ce projet, j'assurerai le suivi du taux d'absentéisme total dont les accidents du travail, les maladies professionnelles, la maladie ordinaire, le congé pour enfant malade, le congé maternité et les absences injustifiées.

⁷⁶ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux. [Consulté le 15/04/24].

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf

⁷⁷ Ibid.p27.

⁷⁸ Ibid.p28.

⁷⁹ Ibid.p29.

⁸⁰ Ibid.p29.

Le taux de rotation des personnels ou turn over est un indicateur qui mesure le flux de départ et d'arrivée des employés au sein d'une organisation sur une période donnée. Cet indicateur offre une évaluation de la stabilité des effectifs, ainsi que du niveau de renouvellement des équipes. Un faible taux de rotation du personnel reflète une fidélisation élevée du personnel. Un taux élevé indique un renouvellement plus significatif des équipes au cours de l'année. Il peut être le reflet de mauvaises conditions de travail, des difficultés à équilibrer la vie personnelle et la vie professionnelle, et à trouver un équilibre dans les gestions émotionnelles liées aux situations de travail.

▪ **Profession IDE**

Taux d'absentéisme IDE	2022	2023
UGA/SMR	6%	14,95%
Pôle UMISP	8,91%	9,49%
Établissement	9,21%	7,69%
Turn over IDE	2022	2023
UGA/SMR	19%	47%

Schéma n° 23 : Taux d'absentéisme et turn over IDE

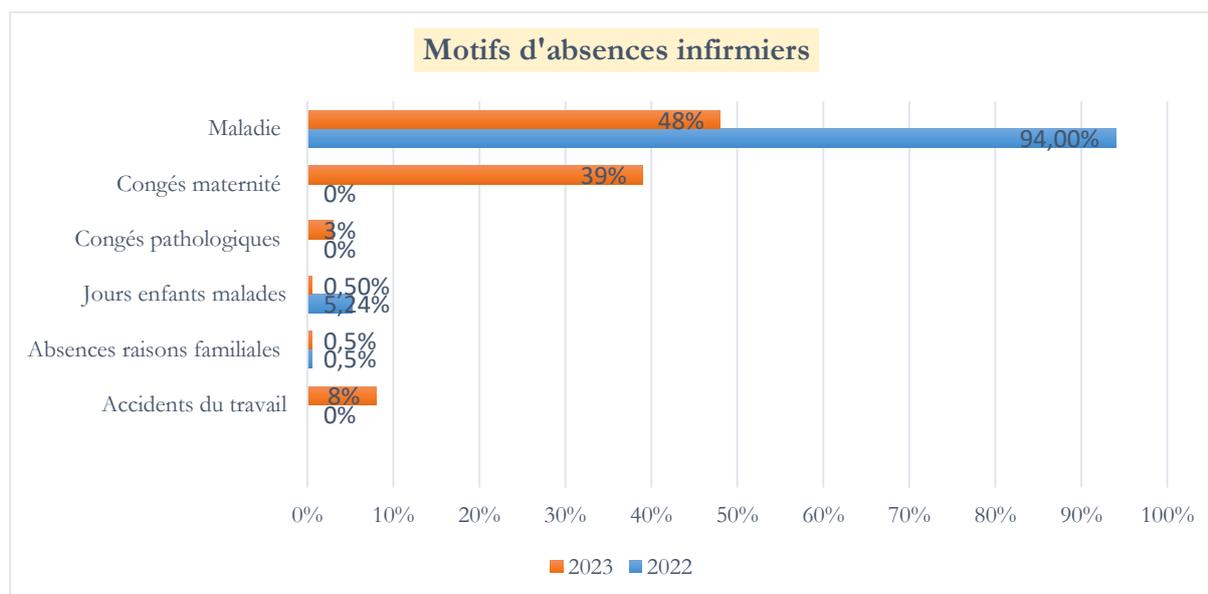


Schéma n° 24 : Motifs d'absences IDE

Le taux d'absentéisme IDE a augmenté de manière significative de 2022 à 2023 passant de 6 % à 15 %.

La principale raison est un accident du travail impliquant une IDE, dont la lombalgie représente 8 % de l'ensemble des motifs d'absence.

Le taux de rotation du personnel de 47 % indique un niveau élevé de mouvement pour l'année 2023. Il correspond au recrutement de treize IDE et de sept départs IDE pour un effectif total de trente-six ETP IDE.

En 2022, celui-ci était de 19 % avec trois recrutements IDE et quatre départs.

▪ Profession AS

Taux d'absentéisme AS	2022	2023
UGA/SMR	12,55%	12,60%
Pôle UMISP	10,80%	10,03%
Établissement	10,93%	9,26%
Turn over AS	2022	2023
UGA/SMR	14%	17%

Schéma n° 25 : Taux d'absentéisme et turn over AS

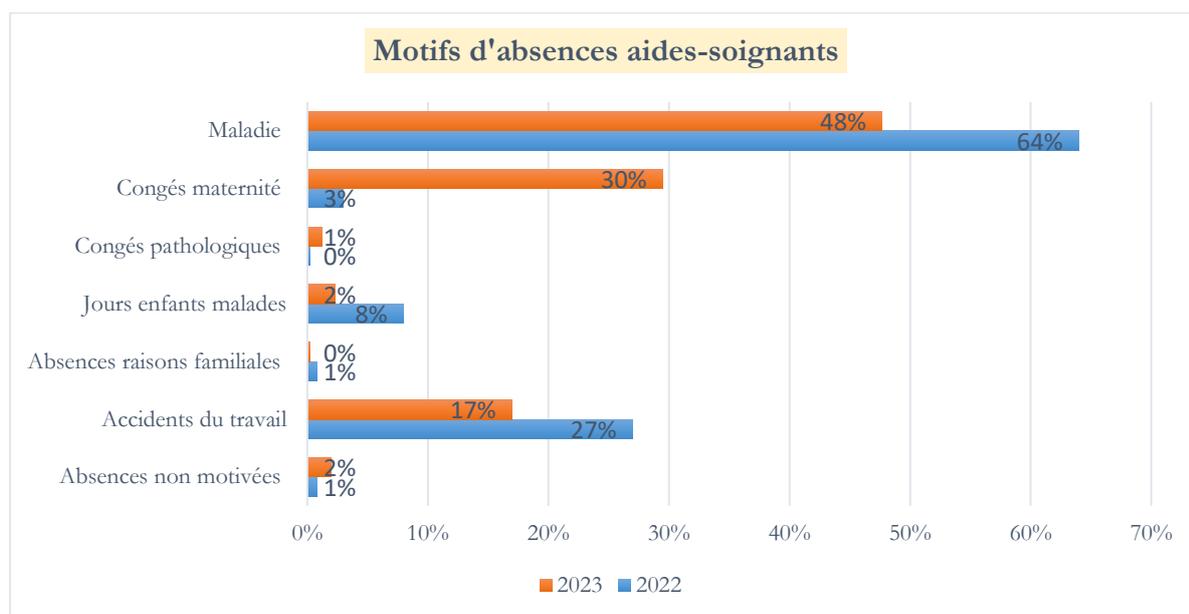


Schéma n° 26 : Motifs d'absences AS

Le taux d'absentéisme reste constant pour les années 2022 et 2023, se situant autour de 12,5 %. Cependant, ce chiffre est supérieur à la moyenne de l'établissement et du pôle UMISP.

Le taux élevé d'accidents du travail est corrélé à des absences liées à des troubles musculo-squelettiques (TMS).

Le taux de rotation du personnel AS a légèrement augmenté entre 2022 et 2023, passant de 14 % à 17 %. En 2022, six recrutements ont été réalisés contre trois départs. En 2023, six recrutements ont été réalisés pour six départs.

5.1.2.3 Les indicateurs de qualité des soins

Les indicateurs de qualité des soins comprennent trois indicateurs dont les résultats en 2023 sont :

- Le taux des escarres acquis : Il est de 8 % en UGA et 14 % en SMR gériatrique.
- Le taux d'infections nosocomiales acquises : il est de 1 % pour les deux services.
- Le taux d'erreurs médicamenteuses : 1 % en SMR gériatrique et 5 % en UGA.

La typologie des déclarations des événements indésirables pour l'année 2023 est la suivante :

Typologie des déclarations des événements indésirables	UGA	SMR gériatrique
Dossier patient	1%	2%
Logistique/technique/Environnement	10%	12%
Sécurité des personnes et des biens (chutes)	72%	79%
Risques professionnels / ressources humaines	11%	2%
Prise en charge médicamenteuse	5%	1%
Autres	1%	4%

Schéma n° 27 : Typologie des déclarations des événements indésirables en 2023

5.1.2.4 L'expérience patient

La satisfaction des usagers : en 2023, une réclamation de la famille d'un patient hospitalisé en SMR gériatrique concerne le personnel paramédical. Le service UGA n'a pas reçu de réclamations concernant l'équipe IDE et AS.

J'ai étudié les différents indicateurs du démarrage du projet, je vais présenter désormais la conduite du changement.

5.2 Conduire le changement

5.2.1 La communication, un outil managérial

La communication est un des points essentiels et nécessaires du chef de projet. Lorsque la communication n'est pas réfléchie et structurée pour les différents acteurs du projet, celle-ci peut ralentir sa réalisation et les objectifs à atteindre. D'après H. MARCHAT, « *la communication est un accélérateur de projet si elle est bien réalisée, car elle va bien sûr véhiculer l'information opérationnelle et décisionnelle mais elle va surtout permettre aux différents acteurs de se sentir concernés par le projet, et donc être motivés*⁸¹. »

De ce fait, j'ai mis en place à la fois de la communication ascendante et descendante.

La communication ascendante s'est faite auprès du CSG. Les rendez-vous mensuels ont été fixés dans nos agendas par la secrétaire de la DSP.

J'ai présenté les objectifs du projet ainsi que la méthode et la conduite des changements opérationnels au CSG, qui les a approuvés.

Les résultats de l'enquête sur la QVCT des soignants de gériatrie ainsi que l'analyse ont été présentés au DRH et aux psychologues du travail.

Pour ce qui est de la communication ascendante, le projet a été présenté aux faisant fonction de cadres de santé et à la cheffe de service au mois de décembre 2023.

⁸¹ Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. p. 220

En ce qui concerne la communication auprès de l'équipe de gériatrie, j'ai organisé une réunion de lancement le 18 janvier 2024 avec l'encadrement pour présenter le projet. Les bénéfices attendus dans leur travail quotidien ont été mis en avant, notamment en ce qui concerne le bien-être au travail. Les termes : « les irritants du quotidien au travail » ont été utilisés pour illustrer les facteurs gênants. Pour faciliter la compréhension du projet, j'ai employé le terme « empêché » pour les interroger sur la question : « qu'est-ce qui vous empêche de bien faire votre travail ? ». Ce concept est lié à la notion d'« activité empêchée » décrite par Yves Clot, qui met l'accent sur l'importance de la qualité du travail pour les professionnels.

Lors de cette même réunion, la méthodologie de mise en œuvre du projet a été expliquée en détail. Cela a inclus le lancement de l'enquête sur la QVCT, l'organisation de deux réunions pour cartographier les irritants du quotidien, ainsi que la constitution de groupes de travail animés par l'encadrement de proximité. Selon D. AUTISSIER et J-M MOUTOT, « la manière de faire adhérer des personnes à un futur promis consiste à décrire ce futur virtuel et à le communiquer pour qu'il devienne une réalité⁸². »

Les deux réunions pour réaliser la cartographie des irritants avec l'équipe se sont déroulées le 1er et le 8 février 2024.

Les différents types de communication que j'ai mis en place à ce jour sont :

- Les comptes rendus des réunions et des groupes de travail sont disponibles dans les classeurs dédiés à ce projet, accessibles dans les postes de soins de l'UGA et du SMR gériatrique.

- L'encadrement de proximité organise une fois par semaine des stand up meetings ou réunions debout dans chaque unité de soins (le mardi et le jeudi à 10 h 00) afin de maintenir la dynamique du déploiement du projet et de motiver les professionnels. Ces réunions sont courtes, souvent limitées à quinze ou vingt minutes, afin de ne pas détourner l'équipe de ses tâches pendant trop longtemps. Tous les membres de l'équipe infirmiers et aides-soignants présents au travail sur les horaires du matin participent aux réunions. Les stand up meetings ont servi de relais pour transmettre les informations de la réunion de lancement à l'équipe et des groupes de travail qui ont été mis en place suite à la réalisation de la cartographie des irritants. Ces réunions facilitent la collaboration entre les membres de l'équipe en leur permettant de partager des informations et d'obtenir rapidement des réponses à leurs questions. De plus, lors des stand up meetings, les membres des différents groupes de travail rendent compte de l'avancement des actions et des décisions prises lors de ces moments de travail, favorisant ainsi la responsabilité des groupes de travail et la transparence.

- La communication participative a été mise en œuvre lors de séances de brainstorming au cours des réunions, permettant de cartographier les irritants du quotidien et d'impliquer activement l'équipe dans le processus.

Après avoir exposé les détails de la communication managériale, je vais aborder la planification du projet.

5.2.2 La planification du projet

J'ai élaboré un planning détaillé sous la forme d'un diagramme de Gantt (annexe 4). Ce type de graphique m'a permis de planifier visuellement les différentes étapes du projet, d'assigner des tâches spécifiques à chaque membre de l'équipe et de définir des échéances précises pour chaque activité. Le diagramme de Gantt permet de suivre l'avancement du projet en temps réel, de repérer d'éventuels retards et de réajuster les plannings si nécessaires. En outre, il offre une vue d'ensemble claire de la chronologie du projet, ce qui facilite la coordination avec l'encadrement de proximité. Comme le souligne H. MARCHAT, « le planning détaillé va constituer l'un des éléments essentiels du tableau de bord du chef de projet⁸³ ».

Lors des réunions de type COPIL avec le CSG, j'utilise le diagramme de Gantt pour visualiser l'avancement du projet, ce qui me permet d'être soutenue dans ma présentation.

Le déploiement du projet, incluant le déploiement des actions déterminées à partir des thématiques irritantes signalées par les professionnels de gériatrie, a été évalué sur une période de 18 mois

⁸² Autissier D, Moutot J.M. Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, performance. 5^e édition. Mayenne : Dunod ; 2023. p.39

⁸³ Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. p.134

5.2.3 L'enquête qualité de vie et des conditions de travail

L'enquête QVCT a été réalisée sur l'établissement du 6 janvier au 10 février 2023. Une analyse des résultats a été proposée aux différents pôles par la DRH.

Je l'ai déployée une seconde fois auprès des infirmiers et des aides-soignants en gériatrie afin de réaliser un état des lieux de la QVCT dans le cadre du projet managérial du bien-être au travail et de la fidélisation des soignants de l'UGA et du SMR gériatrique, en agissant sur les irritants quotidiens du travail.

Elle me permet également de disposer d'indicateurs de la QVCT et de relier les résultats à la cartographie des irritants avant la mise en place d'actions managériales, qui seront détaillées dans la partie suivante.

Elle a été élaborée en collaboration avec les psychologues du travail. En effet, nous avons réduit le nombre d'items à 33 par rapport à l'enquête initiale, qui comptait initialement 60 questions. Elle a été validée par le DRH et le CSG.

Les items du questionnaire ont été classés comme suit :

- Intensité et complexité du travail
- Exigences émotionnelles
- Autonomie au travail
- Rapports sociaux

L'enquête s'est déroulée du 9 au 25 février 2024.

Le questionnaire anonyme et individuel a été proposé sous deux formats :

- Une version électronique avec le lien diffusé par mail
- Un document papier distribué à l'UGA et au SMR gériatrique par l'encadrement de proximité, avec un retour sous enveloppe au secrétariat de la direction des soins, à l'attention du cadre supérieur du pôle.

Le taux de participation à l'enquête a été de 42 répondants pour une cible réelle de 53 ETP soit 79 % des effectifs IDE et AS de l'équipe. Le temps de remplissage a été estimé à 15 minutes. Il a été réalisé uniquement par le lien diffusé par mail. Les résultats sont consultables dans l'annexe 3.

Le profil des répondants

45% des répondants ont entre 35 et 44 ans :

2. Vous avez : (0 point)

[Plus de détails](#)

 Aperçus

	moins de 25 ans	6
	entre 25 et 34 ans	7
	entre 35 et 44 ans	19
	entre 45 et 54 ans	9
	55 ans et plus	1



Schéma n°28 : Répartition par âges des répondants

L'ancienneté moyenne des répondants est de 4,9 ans :

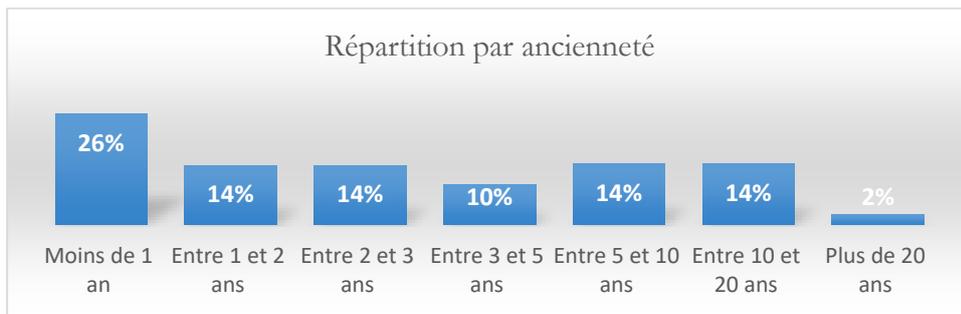


Schéma n° 29 : Répartition par ancienneté des répondants

La moyenne du taux de satisfaction global par rapport au poste occupé est de : 5,88 :

11. **Donner votre niveau de satisfaction par rapport au poste que vous occupez actuellement (0 pour (0 = je ne suis pas du tout satisfait, 10 = je suis tout à fait satisfait)**

[Plus de détails](#)

Aperçus

5.88
Évaluation moyenne

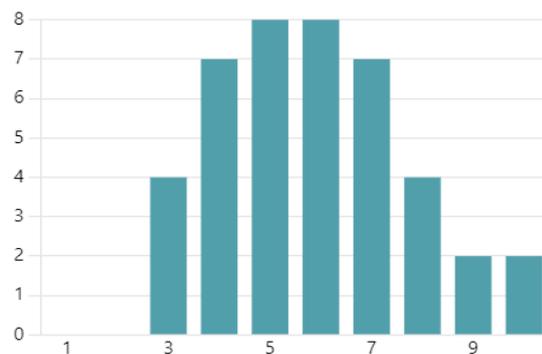


Schéma n° 30 : Taux de satisfaction global par rapport au poste occupé en gériatrie

Les résultats

J'ai structuré les résultats selon les catégories suivantes : bonne qualité de vie au travail, les changements souhaitables et les domaines critiques.

J'ai analysé sur le même plan : « tout à fait d'accord et d'accord » et « pas du tout d'accord et pas d'accord ». Les résultats relevant d'une bonne qualité de vie au travail sont ceux dont le pourcentage est positif à plus de 70%

Les changements souhaitables se basent sur les résultats partagés entre les catégories « tout à fait d'accord » et « d'accord », ainsi que « pas du tout d'accord » et « pas d'accord ».

Les domaines critiques relèvent des résultats négatifs au-dessus de 60% et demandent des actions prioritaires. J'ai ajouté dans cette catégorie les rapports sociaux dont les résultats sont mauvais par une mauvaise ambiance au travail, l'absence d'entraide entre collègues et les tensions entre les professionnels dans le service.

Bonne qualité de vie au travail	Résultats	Niveau de priorisation
Prise de décision de ma propre initiative au travail	77%	
Satisfaction des relations au travail	71%	
Sentiment d'utilité dans le travail	75%	
Information par l'encadrement	80%	
Information par les collègues	75%	

Changements souhaitables	Résultats	Niveau de priorisation
Conciliation vie professionnelle et vie personnelle	53%	Élevé
Moyens et ressources non à disposition pour la réalisation du travail	51%	Élevé
Contacté lors des congés pour des raisons professionnelles	51%	Élevé
Ordres contradictoires de la part de différentes personnes	49%	Élevé
Tensions avec le public : les patients	32%	Élevé
Tensions avec le public : les familles des patients	41%	Élevé
Possibilité d'organiser et réaliser son travail	68%	Élevé
Pas d'informations suffisantes pour assurer correctement son travail	52%	Élevé
Pas le sentiment d'accomplissement personnel dans le travail	52%	Élevé
Encadrement prend en compte les propositions d'équipe	51%	Élevé
Encadrement à l'écoute de mes suggestions et de mes difficultés	50%	Élevé
Travail apprécié, reconnu et respecté	50%	Élevé
Manque d'information des changements organisationnels	40%	Moyennement Élevé

Domaines critiques	Résultats	Niveau de priorisation
Organisation du travail dans le service	80%	Très élevé
Gestion des congés et des repos (choix et respect des dates ne répondent pas aux attentes)	61%	Élevé
Interruption du travail par des tâches imprévues	85%	Très élevé
Charge de travail non adaptée	82%	Très élevé
Effectif insuffisant	87%	Très élevé
Fatigue/surmenage après une journée de travail	85%	Très élevé
Je craque à cause de mon travail	61%	Élevé
Pas le temps suffisant pour être à l'écoute d'une personne en détresse	69%	Élevé
Cache ses émotions et fait semblant d'être de bonne humeur	63%	Élevé
Pas la même culture que mes collègues de travail	61%	Élevé
Pas le temps nécessaire pour réaliser le travail	65%	Élevé
Absence entraide entre collègues	51%	Élevé
Mauvaise ambiance de travail	54%	Élevé
Tensions entre les professionnels dans le service	52%	Élevé
Exposition aux agressions physiques	66%	Élevé
Exposition à des agressions verbales, des injures, des menaces	75%	Très élevé

Schéma n° 31 : Analyse enquête QVCT gériatrie- 2024

Les risques psychosociaux sont élevés pour les infirmiers et les aides-soignants exerçant leur travail en gériatrie.

Concernant les exigences du travail, 80 % des répondants déclarent qu'ils ne sont pas satisfaits de la manière dont le travail est organisé, en plus des nombreuses interruptions de tâches. La charge de travail est élevée et l'effectif est déclaré insuffisant. Des injonctions contradictoires dans le cadre du travail sont déclarées majeure pour 49 % des répondants.

Les résultats concernant l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle sont partagés entre ceux qui estiment que cet équilibre est négatif et ceux qui pensent qu'il est positif. Cependant, la gestion des congés et des périodes de repos, notamment en ce qui concerne le choix et le respect des dates, ne répond pas aux attentes. 85 % de l'ensemble des répondants ressentent de la fatigue après leurs journées de travail.

Sur le plan des exigences professionnelles qui sont associées à la nécessité de contrôler, dissimuler ou simuler ses propres émotions, je remarque que les soignants dissimulent leurs émotions face à leurs interlocuteurs.

69 % des soignants déclarent ne pas disposer de suffisamment de temps à accorder aux patients pour être à leur écoute et les accompagner.

L'autonomie au travail qui fait référence à la capacité de jouer un rôle actif dans son activité professionnelle, à être acteur dans son travail montre des résultats satisfaisants pour l'autonomie de l'activité ce qui signifie que les soignants disposent de marge de manœuvre. L'utilisation et le développement des compétences sont entravés par le manque d'informations nécessaires pour effectuer le travail. Seulement, 52 % des réponses révèlent une satisfaction quant au travail accompli.

Les rapports sociaux et les relations de travail sont détériorés par des tensions entre les professionnels. L'absence de solidarité entre collègues et de cohésion au sein de l'équipe entraîne une insatisfaction quant à l'ambiance pour 54 % des personnels ayant répondu à l'enquête.

Les violences internes sont rapportées à un niveau élevé en raison d'une exposition à des agressions physiques et verbales selon les réponses à l'enquête sur la QVCT. En ce qui concerne ces deux critères de qualité de vie au travail, il m'est difficile de déterminer comment les deux questions ont été interprétées. Les professionnels ont-ils voulu aborder les troubles cognitifs des patients ?

Par rapport aux conflits de valeur qui sont un facteur de risque psychosocial, les répondants ont des avis divergents en ce qui concerne la reconnaissance du travail accompli, de la qualité fournie et des efforts déployés. Les réponses varient également en ce qui concerne la prise en compte des propositions de l'équipe par l'encadrement, ainsi que l'attention portée aux difficultés et suggestions. Néanmoins, les soignants ont le sentiment d'accomplir un travail utile pour 75 % des répondants.

En ce qui concerne l'insécurité des situations de travail, l'information circule par l'encadrement et entre les collègues, mais le principal point de préoccupation réside dans les changements organisationnels, pour lesquels seulement 58 % des professionnels qui ont répondu disent être informés.

5.2.4 Cartographier les irritants du quotidien au travail

J'ai organisé deux réunions le 1^{er} et le 8 février 2024 afin de cartographier les irritants du quotidien au travail avec l'équipe. Au total, 23 professionnels ont participé, dont neuf IDE et treize AS.

Les réunions ont été menées sous forme de séances de brainstorming en utilisant la méthode des post-it, permettant aux participants de noter un mot, une idée qui entravent leur travail. Cinq post-it ont été remis aux participants pour qu'ils puissent noter les points qui les empêchent de bien réaliser leur travail. La méthode des post-it offre aux professionnels qui ne s'expriment pas souvent en réunion l'opportunité de s'impliquer pleinement et de trouver leur place d'une autre façon au sein de l'équipe. Ensuite, les post-it ont été passés en revue et débriefés, et les soignants ont participé à la classification par thèmes des idées notées lors des deux réunions.

Les IDE et AS ont été réunis en même temps lors des deux réunions. Ils ont eu une couleur de post-it différente pour permettre de distinguer leurs réponses.

Cette méthode d'animation d'équipe a été bien accueillie par l'équipe. Tous les participants ont noté une idée sur les cinq post-it qui leur ont été remis Elle leur a permis de discuter autour du travail.

À partir de la cartographie des irritants réalisée auprès des IDE et des AS, j'ai analysé tous les post-it avec les faisant fonction de cadres de santé. Ensemble, nous avons organisé les irritants mentionnés par les soignants en utilisant un schéma de type mind map ou carte mentale. Cela nous a permis d'identifier sept thématiques irritantes qui vont faire l'objet d'axes de travail. Le mind map est consultable en annexe 5.

- L'organisation du travail des aides-soignants
- La communication au sein de l'équipe
- Les interruptions de tâches
- La collaboration entre IDE et AS
- La gestion du temps de travail et la polyvalence entre l'UGA et le SMR gériatrique
- L'encadrement des nouveaux professionnels IDE et AS
- L'encadrement des étudiants IDE et AS

5.2.5 Méthodologie de co-construction des organisations soignantes

Les faisant fonction de cadres de santé des unités de soins dirigent les groupes de travail. Chacun étant responsable de plusieurs groupes de travail.

Je coordonne des réunions de suivi avec eux toutes les deux semaines pour évaluer la progression des actions managériales et la dynamique de groupe. En collaboration avec les faisant fonction de cadres de santé, j'ai préparé les plans d'action en amont des premières réunions des groupes de travail. Ils servent de guide pour animer et accompagner chaque groupe de travail par les faisant fonction de cadres de santé.

Pour reconstruire les organisations à partir des irritants du quotidien au travail des soignants, j'ai opté pour une méthodologie portant sur l'utilisation d'outils du management lean. En effet, le lean est une approche collaborative, ancrée sur le terrain et le quotidien du travail, qui se concentre sur l'expérience des professionnels et en étant à leur écoute. L'objectif est de travailler en équipe pour identifier des opportunités d'amélioration continue des conditions de travail (QVCT), contribuant ainsi à la qualité des soins et à la satisfaction des patients. En somme, l'emploi du management lean vise à optimiser les processus en impliquant activement les membres de l'équipe et en prenant en compte leur expérience pratique.

Les managers de santé construisent donc des organisations du travail responsabilisantes qui s'appuient sur le principe de subsidiarité. Selon Daniel CHERNET, « *le principe de subsidiarité prévoit que la responsabilité d'une action doit être confiée à la plus petite entité capable de résoudre la difficulté ou de prendre la décision par elle-même*⁸⁴ ». En effet, selon Xavier MARCHAND qui a réalisé les enseignements du Master 2 Management des soignantes, « *les décisions sont prises par ceux et celles qu'elles concernent* ». La subsidiarité est un mode de management qui conduit les équipes à l'autonomie. « *La subsidiarité a pour ambition de positionner le pouvoir de décision au plus près de l'action à mener, de permettre la prise d'initiative face à des circonstances imprévues ou imprévisibles, d'accélérer la résolution des difficultés et les choix tactiques, de développer l'autonomie des acteurs et leur créativité*⁸⁵ ». Daniel CHERNET fait une distinction entre le principe de subsidiarité et la délégation. La délégation signifie attribuer une mission de gestion à un collaborateur en lui accordant la latitude nécessaire pour prendre des décisions éclairées. Alors que le principe de subsidiarité consiste à donner aux collaborateurs la responsabilité de prendre des décisions, sauf si cela relève de la compétence de leur manager. Le principe de subsidiarité modifie le management sur un plan culturel en passant d'une logique de contrôle à une logique de soutien. « *La logique de contrôle sera remplacée par une logique de soutien, le manager apportera un environnement nourricier à ses collaborateurs et l'aide nécessaire à leur demande, ce qui leur permettra d'agir*⁸⁶ ».

Philippe BERNOUX, sociologue français, a travaillé sur le mieux-être au travail. Il soutient que le mieux-être au travail dépend d'un certain degré d'autonomie et de responsabilisation donnée aux travailleurs pour se sentir engagés et motivés. Je le cite « *être empêché de participer aux décisions concernant son propre travail, c'est se voir refuser la reconnaissance de ce travail. C'est une injustice*⁸⁷ ».

⁸⁴ Chernet, D. Les apports de l'analyse transactionnelle aux organisations positives. Actualités en analyse transactionnelle, N°159 ; 2017, p.13-27. [Consulté le 02/05/24]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2017-3-page-13.htm&wt.src=pdf>

⁸⁵ Marchand X. Installer le principe de subsidiarité dans les organisations de travail. ECUE 7.1 ; 15/03/24

⁸⁶ Chernet, D. Les apports de l'analyse transactionnelle aux organisations positives. Actualités en analyse transactionnelle, N°159 ; 2017, p.13-27. [Consulté le 02/05/24]

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2017-3-page-13.htm&wt.src=pdf>

⁸⁷ Bernoux P. Mieux-être au travail : appropriation et reconnaissance. Toulouse : Octarès ;2015.p.182

Dans la conduite des groupes de travail, les cadres de santé développent les compétences et l'autonomie des professionnels afin de permettre à l'équipe de prendre des décisions pertinentes concernant leurs propres activités. Les cadres soutiennent et guident l'équipe dans la recherche et l'identification des ressources pertinentes pour leur travail. Ils aident l'équipe à trouver les outils, les informations et les compétences nécessaires pour accomplir leurs tâches et atteindre leurs objectifs de manière efficace.

Pour conduire le changement, je me suis appuyée sur les leviers du changement décrit par Xavier MARCHAND qui distingue trois degrés de changement :

- « *Le changement faible réside dans l'optimisation⁸⁸* ». Il implique un changement mineur dans une méthode existante, un processus. Il s'agit d'une amélioration.
- « *Le changement moyen, je change l'organisation⁸⁹* ». Les méthodes de travail, les processus sont modifiés de manière significative. Les organisations de travail seront différentes.
- « *Le changement élevé, je suis dans l'innovation⁹⁰* ». Il s'agit d'un changement profond qui intègre une transformation complète de la façon dont le travail est fait jusque-là.

Xavier MARCHAND⁹¹ décrit les trois leviers pour conduire le changement qui sont la communication, la formation et l'accompagnement. Le tableau, ci-dessous, se lit de gauche à droite. Le changement faible correspond au critère le moins efficient et le changement élevé au critère le plus efficient.

	CHANGEMENT FAIBLE	CHANGEMENT MOYEN	CHANGEMENT ÉLEVÉ
ACCOMPAGNEMENT	Analyse d'impacts	Appropriation	Co-construction
FORMATION	Technique	Méthodologie	Théorique
COMMUNICATION	Supports passifs (affichage, note de service ...)	Supports interactifs (sondage, boîte à idées)	Promotion par personne de référence

Schéma n°32 : Les leviers d'action du changement de X. MARCHAND
Source : Cours – Le MRH dans les transitions- Enseignement M2 – 2023-2024.

Les lancements des groupes de travail ont été basés sur des échanges et des interactions entre les membres du groupe permettant aux individus de travailler ensemble, de partager leurs expériences et le travail réel.

Selon Yves CLOT, les « *conflits de critère⁹²* » surviennent lorsque les membres d'un groupe de travail ont des opinions différentes sur les critères à utiliser pour évaluer la qualité du travail ou pour prendre des décisions. Ces conflits peuvent porter sur des questions telles que les priorités, les méthodes de travail, les normes de qualité et les temps de pause.

⁸⁸ Marchand X. Le MRH dans les transitions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation). ECUE 7.1 ; 23/02/24

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ Ibid.

⁹² Clot Y, Lallement M. Qualité de vie au travail/qualité du travail. La revue des conditions de travail. ANACT, 2015/3. [Consulté le 02/05/24]

Disponible : <https://www.anact.fr/qualite-de-vie-au-travailqualite-du-travail>

Yves CLOT soutient que les conflits de critère sont inévitables dans le travail en groupe, car chaque membre apporte ses propres valeurs, ses propres expériences et ses propres perspectives. Cependant, ces conflits peuvent également être une source de créativité et d'innovation, car ils encouragent les membres du groupe à remettre en question leurs propres hypothèses et à considérer de nouvelles idées. Pour gérer les conflits de critère, Yves CLOT recommande une approche de discussion et de négociation ouverte et constructive. Les membres du groupe doivent être encouragés à exprimer leurs opinions et à écouter celles des autres, à chercher des terrains d'entente et à trouver des compromis. Il est donc important que le manager clarifie les objectifs et les critères de réussite du groupe de travail pour mettre en place des actions efficaces.

Selon Xavier MARCHAND pour co-construire le changement, il est essentiel que la cohésion d'équipe soit présente. Quand celle-ci ne fonctionne pas, il est nécessaire de réunir les personnes qui ne s'entendent pas dans un même groupe de travail. Les cadres de santé ont donc déterminé les professionnels de chaque sous-groupe en ce sens. Lors des restitutions, elles ont donné la parole à tous les professionnels y participant pour que chacun trouve sa place au sein de l'équipe.

Après avoir décrit la méthodologie de co-construction des organisations des soignantes, je vais détailler uniquement dans la partie suivante, la conduite du plan des actions managériales portant sur la thématique des organisations de travail des aides-soignants dont le Gantt se trouve en annexe 6.

Les irritants cités portant sur l'organisation du travail des aides-soignants

Lors de l'analyse des idées recueillies à partir des séances de brainstorming, plusieurs thèmes clés ont émergé pour les AS qui sont répartis comme suit :

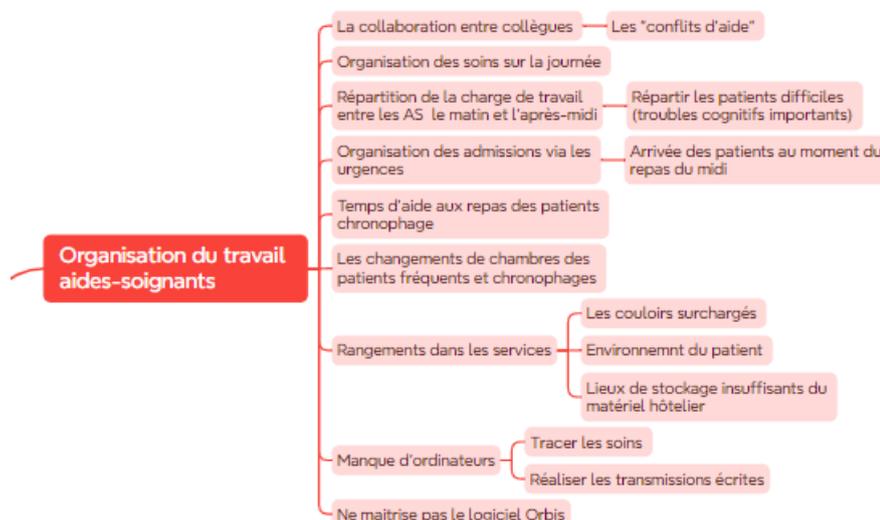


Schéma n° 33 : MIND MAP des irritants- Organisation du travail des aides-soignants

L'équipe AS a exprimé le souhait d'harmoniser l'organisation de leur travail, car chacun travaille de manière autonome, en silo, dans ses plages horaires du matin et de l'après-midi. Les nouvelles recrues s'adaptent en fonction des aides-soignants avec lesquelles elles travaillent, car le déroulement des journées de travail et des soins varie selon les professionnels présents.

De manière générale, il manque de collaboration entre collègues, ce qui entraîne des tensions et « des conflits d'aide » persistants. Cette situation complique la cohésion de l'équipe et peut nuire à l'efficacité et à la qualité des soins prodigués.

Les patients adressés par le service des urgences adultes arrivent souvent au moment du repas de midi. L'équipe des AS a exprimé le souhait que les patients arrivent avant midi afin de pouvoir les accueillir dans de meilleures conditions et de faciliter leur prise en charge par l'infirmier. Cela permettrait d'améliorer l'efficacité de l'accueil du patient et de ses proches

Les changements de chambre des patients hospitalisés, qu'il s'agisse de les transférer d'une chambre double vers une chambre individuelle ou inversement, entraînent une surcharge de travail pour le personnel en raison du besoin de réaliser le bio-nettoyage des chambres. Il est donc important d'examiner les processus de changement de chambre et d'envisager des stratégies pour minimiser leur impact sur le personnel et optimiser le flux des patients.

Les AS rapportent que l'UGA et le SMR gériatrique sont mal rangés. Les chariots de soins et les lève-personnes encombrant les couloirs, ce qui entrave la circulation et peut poser des problèmes de sécurité des patients (risque de chute). Les espaces de stockage sont insuffisants pour ranger le matériel dit « hôtelier », ce qui contribue à l'encombrement des chambres des patients. Cela rend l'utilisation des rails installés au plafond difficile et augmente le risque de chute pour les patients. Il est nécessaire de repenser l'aménagement de ces espaces pour améliorer l'organisation, faciliter l'accès au matériel et assurer la sécurité des patients.

Les AS ont également exprimé leur manque d'autonomie dans l'utilisation du dossier de soins informatisé du patient, ce qui les empêche d'assurer correctement la traçabilité des soins. Ils ont décrit que leur manque de maîtrise du logiciel est à la fois chronophage et source d'anxiété, les obligeant à solliciter les infirmiers pour enregistrer les soins à leur place. Cette dépendance réduit leur efficacité et peut entraîner des retards dans la documentation des soins, ainsi que des interruptions inutiles pour les infirmiers. Il est utile de proposer des formations spécifiques sur l'utilisation du logiciel de dossier de soins informatisé pour améliorer leur confiance et leur autonomie dans ce domaine.

Actions managériales

Douze AS se sont inscrits pour participer au groupe de travail axé sur la réorganisation de leur travail. Cette participation témoigne de leur engagement envers l'amélioration de leurs conditions de travail et de leur volonté de contribuer à des solutions efficaces pour optimiser l'organisation des soins.

Pour structurer les groupes de travail, avec l'encadrement de proximité, j'ai déterminé des actions qui sont les suivantes :

Thème 1 : Constituer un groupe de travail (N°1) dont les actions porteront sur le changement des organisations aides-soignants

Le programme « vis ma vie » en médecine interne est conçu pour permettre à quatre AS d'avoir une meilleure compréhension de leurs missions, de leurs rôles au sein d'une équipe pluri professionnelle et de s'inspirer d'organisations qui fonctionnent bien, ce qui peut être bénéfique pour l'efficacité et la cohésion d'équipe. L'objectif est d'observer comment se déroule la prise en charge des patients en s'appuyant sur les pratiques courantes, les tâches effectuées et la collaboration avec les infirmiers et l'équipe médicale, et ceci afin de favoriser la communication et le dialogue sur les défis rencontrés par les aides-soignants avec d'autres professionnels.

La construction d'un chronogramme d'activité des vingt-quatre heures de l'UGA et du SMR gériatrique vise à harmoniser les activités de la journée pour tous les aides-soignants. Cette organisation s'appuie sur les enseignements tirés de l'expérience « vis ma vie » en médecine interne, à laquelle quatre aides-soignants ont participé. La démarche est de recenser et analyser les activités et les horaires de soins tout au long de la journée pour créer un calendrier horaire détaillant les tâches prévues tout au long des 24 heures, y compris les soins aux patients, les tâches administratives et les temps de pause. Il s'agit également d'identifier les périodes de forte charge de travail et d'impliquer les ressources disponibles, comme les proches pour les repas des patients. Les séances de rééducation des patients sont aussi à intégrer. Aussi, un kinésithérapeute et l'APA du service rejoindront le groupe de travail.

Pour améliorer l'efficacité dans la prise des patients, les AS sont sectorisés selon la localisation géographique des patients.

Définir des critères d'aide entre collègues est important pour favoriser la collaboration et améliorer la qualité des soins. Le but est de définir pour quelles tâches un aide-soignant peut apporter son aide à ses collègues et d'aider à une communication claire et ouverte pour signaler quand un collègue a besoin d'aide.

Thème 2 : Développer la collaboration entre collègues

Les critères d'entraide ont été définis à partir du groupe de travail N°1. L'encadrement de proximité anime des temps d'échanges pluri professionnels des pratiques au rythme d'une fois par mois pour discuter du travail. Ses sessions établies à partir d'un ordre du jour favorisent les retours d'expérience et permettent d'échanger de situations vécues, de partager les bonnes pratiques. Ils réussissent les IDE, les AS, l'APA, l'IPA, l'IDE de l'EMG, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, les assistantes médico-administratives, l'assistante sociale, l'ensemble de l'équipe médicale et la psychologue du service.

En organisant ces temps d'échanges pluriprofessionnels de manière structurée et régulière, l'encadrement favorise l'amélioration continue des pratiques, la cohésion de l'équipe et, en fin de compte, la qualité des soins prodigués aux patients.

Thème 3 : Groupes de travail N°2 et N°3- Logistique et environnement du patient

Deux groupes de travail sont conduits par les faisant fonction de cadres de santé.

Le premier groupe de travail a pour objectif d'optimiser la logistique du service, en particulier en ce qui concerne l'aménagement des réserves et des postes de soins. Cette démarche vise à améliorer l'efficacité des opérations quotidiennes et à faciliter le travail des équipes médicales et paramédicales. À ce titre, j'ai sollicité le conseiller en prévention des risques professionnels pour intégrer le groupe de travail.

Son rôle dans l'aménagement du service est essentiel. Il apporte son expertise pour évaluer les risques potentiels dans les espaces de travail, en tenant compte de l'ergonomie, des flux de circulation et des contraintes de chaque poste. Il recommande des modifications pour réduire les risques de chutes, de d'autres accidents, et assure que l'aménagement des espaces respectent les normes de sécurité.

En collaboration avec le groupe de travail, il propose des solutions pratiques pour sécuriser les réserves, notamment en optimisant le rangement et l'accessibilité des matériaux. Ce groupe de travail animé par un faisant fonction de cadre de santé est donc constitué d'une IDE, de deux AS, de l'ergothérapeute du service et du conseiller en prévention des risques professionnels du GHT.

Le second groupe de travail porte sur l'environnement du patient. Il a pour objectif d'améliorer l'aménagement de l'environnement du patient dans les chambres. L'optimisation de cet espace est essentielle pour assurer le confort, la sécurité tout en facilitant le travail des soignants. Ce groupe s'attache à créer un espace fonctionnel en prenant en compte divers aspects. Par exemple, il s'agit de veiller à ce que l'aménagement de la chambre soit ergonomique pour les soignants. Les chambres doivent être adaptées aux besoins spécifiques des patients.

Thème 4 : Optimiser l'admission et la sortie des patients

Une première réunion de travail animé par le CSP réunissant la cheffe de service, l'encadrement de proximité, deux IDE et deux AS et les deux assistantes médico-administratives a pour objectif de définir un processus de sortie standardisé. Il inclut une planification anticipée la veille de la sortie, ainsi qu'une communication uniforme avec les patients et leurs familles

Une seconde réunion animée par le CSP réunira le cadre supérieur des urgences, le bed manager, et la régulatrice des urgences. Son objectif est de synchroniser l'arrivée des patients avec l'organisation des soins de l'UGA.

Thème 5 : Développement des compétences AS

Lors de la réunion qui a cartographié les irritants rencontrés au travail avec les soignants, les AS ont fait part ne pas être autonomes dans l'utilisation du logiciel de soins Orbis, ce qui m'a amenée à conduire un plan d'actions pour le développement des compétences des AS. Il a été élaboré avec l'encadrement et la cheffe de service.

Francis MINET décrit la compétence comme : « *la mobilisation pour l'action :*

- *des connaissances nécessaires à la compréhension de son contexte, et à l'élaboration des procédures, des techniques à investir dans l'action,*
- *des procédures, des techniques et des méthodes adaptées au résultat visé,*
- *des automatismes et des gestes nécessaires à la mise en œuvre de l'action,*
- *de l'expérience acquise nécessaire à leur régulation⁹³. »*

La compétence se distingue entre les savoir formalisé et les savoirs de l'action. Le savoir formalisé fait référence aux connaissances théoriques que l'on acquiert par la formation. Les savoirs de l'action, quant à eux, sont des compétences pratiques ou des habiletés que l'on développe grâce à l'expérience et à la pratique dans des situations concrètes.

Dans cette perspective, la mise en place d'un plan d'actions pour former et accompagner l'équipe AS de gériatrie implique de développer tant les savoirs formalisés que les savoirs de l'action.

Le plan d'actions s'articule de la manière suivante :

- Animation de session de formation par l'encadrement de proximité à l'utilisation et à la navigation du logiciel Orbis :

Savoirs formalisés : Les aides-soignants comprennent les fonctionnalités du logiciel Orbis et apprennent à naviguer dans ses différentes interfaces.

Savoirs de l'action : L'animation de sessions de formation permet aux AS d'apprendre à utiliser le logiciel, avec des exemples concrets issus de leur travail quotidien.

- Création d'un support à l'utilisation du logiciel Orbis :

Savoirs formalisés : Le support comprend des instructions détaillées, des captures d'écran et des conseils sur l'utilisation efficace du logiciel.

Savoirs de l'action : Le support sert de guide pratique pour les AS lorsqu'ils sont confrontés à des situations spécifiques lors de leur travail.

- Définir des référents AS jour (2) et nuit (2) du logiciel Orbis :

Savoirs formalisés : Les référents maîtrisent le logiciel.

Savoirs de l'action : Les référents jouent un rôle important en apportant des conseils à leurs collègues. Leur expérience les aide à guider ceux qui rencontrent des problèmes d'utilisation.

- Formations/ateliers mesure des paramètres vitaux et observation de la personne (réalisées par l'IDE référente de la réanimation) :

Savoirs formalisés : Les AS apprennent les techniques de mesure des paramètres vitaux et les normes.

Savoirs de l'action : Les ateliers offrent une expérience pratique et la possibilité de s'exercer à effectuer ces mesures avec précision.

- Formations droits des patients (réalisées par la responsable des usagers et de l'expérience patients)

Savoirs formalisés : Les AS approfondissent les droits des patients :

Savoirs de l'action : La formation permet aux AS d'adapter ces concepts à leur travail quotidien et de les appliquer dans leur relation avec les patients et leurs proches.

⁹³ Minet F. Compétence : de la définition à l'utilisation. Dans *Élaborer des référentiels de compétences*, coordonné par Jouvenot C. et Parlier M., Éditions ANACT, 2005, p.8. [Consulté le 01/05/24].

Disponible : http://www.myreader.toile-libre.org/uploads/My_4fdb42e43663a.pdf

- Formations « les signes d'alerte en gériatrie (Dénutrition, escarres, confusion, troubles de la conscience, douleur, chutes, œdèmes des membres inférieurs, dyspnée, troubles de la déglutition, risques de suicide, état d'agitation) - Intervenants : médecins gériatres, IPA, ergothérapeute, psychomotricienne :

Savoirs formalisés : Les formations fournissent des informations spécifiques sur les signes d'alerte à surveiller chez les patients gériatriques.

Savoirs de l'action : Les interventions des professionnels de santé permettent aux AS de s'entraîner à identifier ces signes d'alerte dans des situations réelles par des quizz, études de situations cliniques, ateliers pratiques.

- Formations à la déclaration des événements indésirables (par l'ingénieur qualité, gestion des risques du pôle) :

Savoirs formalisés : Les AS apprennent les règles de déclaration des événements indésirables.

Savoirs de l'action : Cette action donne aux AS la possibilité de mettre en pratique la déclaration des événements indésirables.

- Formation conduite à tenir et gestion des urgences vitales (Intervenants du groupe de travail « simulation » du service de réanimation adulte) :

Savoirs formalisés : Les AS acquièrent des connaissances théoriques des situations d'urgences vitales rencontrées dans le service.

Savoirs de l'action : Les simulations et exercices pratiques permettent aux AS d'apprendre à réagir rapidement et efficacement en cas d'urgence vitale.

Ces actions combinent les savoirs formalisés et les savoirs de l'action pour améliorer les compétences de l'équipe AS de gériatrie, assurant ainsi des soins de qualité et une meilleure gestion des situations variées dans le cadre de leur travail.

L'ensemble des cours et exercices pratiques sont ouverts aux IDE du service.

5.2.6 Les coûts du projet

J'ai uniquement décrit la conduite du changement pour l'organisation du travail des aides-soignants. Les coûts pour cette partie du projet incluent les heures des groupes de travail, qui ont été réalisés en dehors des heures de travail. En effet, les aides-soignants se sont réunis après leur journée de travail du matin pendant 1h30 environ.

Pour les autres volets du projet, l'achat de matériel pour améliorer la prise en charge des patients et les conditions de travail sont inscrits dans l'enveloppe de pôle 2024.

En ce qui concerne, les interruptions de tâches, un ETP secrétaire hospitalière sera demandé dans l'EPRD 2025.

5.2.7 Analyse des freins culturels

Les freins culturels peuvent constituer des obstacles à la mise en place de nouvelles pratiques ou changements dans un environnement de travail même si ceux-ci sont désirés.

Certains membres de l'équipe AS sont habitués à des méthodes de travail établies depuis longtemps. Ils peuvent être attachés à des pratiques traditionnelles qui leur semblent familières et sécurisantes. Ces méthodes, souvent enseignées et transmises par les générations précédentes d'aides-soignants, peuvent inclure des routines bien ancrées pour les soins aux patients, l'organisation des tâches et l'interaction avec les autres membres de l'équipe de soins. David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT définissent les routines comme des « *manières d'agir des membres de l'organisation entre eux et à l'extérieur lorsqu'ils représentent leur entreprise. Elles constituent l'intégration d'une nouvelle personne au groupe qui valide et promeut ces mêmes règles. Ce peut être la manière dont on se dit bonjour, la manière les acteurs se parlent, déjeuner, etc.*⁹⁴ »

⁹⁴Autissier D, Moutot J.M. Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, performance. 5^e édition. Mayenne : Dunod ; 2023. p. 208

Les sociologues Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁹⁵ ont montré que les acteurs au sein d'une organisation sont des êtres rationnels. Cette approche, appelée théorie de l'acteur stratégique, offre un éclairage précieux sur la résistance au changement dans les environnements de travail. Selon David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT : « *la relative rationalité de l'acteur, sa capacité à afficher sa participation sans toujours vouloir réaliser, de manière consciente ou inconsciente, les objectifs qui sous-tendent cette dernière. Pour illustrer cette situation nous parlons de résistances au changement*⁹⁶. »

Dans la conduite des groupes de travail, j'ai pu analyser, au démarrage du projet, trois types d'acteurs qui sont les proactifs, les passifs et les opposants. En dehors, des réunions de travail et de la présence de l'encadrement, les opposants se sont manifestés auprès de leurs collègues concernant les changements mis en œuvre dans les organisations aides-soignantes. Selon David AUTISSIER et Jean-Michel MOUTOT, les proactifs « *affichent leur adhésion mais cherchent à la faire partager avec le plus grand nombre. Ils n'hésitent pas à vanter les mérites d'un projet et à insister pour que tout un chacun y participe. Les proactifs ne représentent que 10% des personnes concernées*⁹⁷ ». Lors des premières réunions de travail, les membres passifs dans les groupes de travail ont adopté une attitude discrète, préférant rester en retrait et ne pas s'exprimer activement lors des discussions. De plus, la participation active à des groupes de travail n'est pas dans les habitudes culturelles du service. En effet, les membres de l'équipe sont davantage habitués à travailler de manière autonome ou au sein de leurs propres fonctions, plutôt que d'échanger dans un cadre formel avec des collègues. Ces membres passifs ont commencé à s'exprimer davantage et à partager leurs idées avec le reste du groupe car un climat de confiance et de respect mutuel s'est installé.

Tout projet comprend une évaluation que je vais détailler.

5.3 L'évaluation du projet

5.3.1 Les indicateurs de suivi des actions

Les indicateurs de suivi du projet sont de quatre ordres :

- **Les indicateurs du projet** : Nombre de Copil et de groupes de travail mis en place avec le nom des personnes y participant. Les feuilles d'émergence permettront d'en faire le suivi.
- **Les indicateurs de ressources humaines** sont analysés tous les mois, ils s'appuient :

Sur le taux d'absentéisme, qui englobe les différents types d'absences tels que les accidents du travail, les maladies professionnelles, la maladie ordinaire, le congé pour enfant malade, les congés de maternité et les absences injustifiées.

Le turn over est à prendre en considération pour suivre les effets du projet sur le bien-être au travail et la fidélisation en gériatrie.

L'enquête QVCT est à reconduire en janvier 2025.

- **Les trois indicateurs de qualité de soins** (taux d'escarres acquis, taux d'infections nosocomiales acquises et le taux d'erreurs médicamenteuses) ainsi que la typologie des événements indésirables déclarés.
- **La satisfaction des patients et des proches via les réclamations**

⁹⁵ Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Normandie : Points ; 2014.

⁹⁶ Autissier D, Moutot J.M. Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, performance. 5^e édition. Mayenne : Dunod ; 2023. p. 211

⁹⁷ Ibid.p.117

5.3.2 L'analyse du projet et de sa conduite

Je remarque que la dynamique des groupes de travail génère du sens au travail pour l'ensemble de l'équipe IDE et AS. En collaborant au sein de ces groupes, les membres de l'équipe partagent leurs idées, leurs expériences et leurs compétences, ce qui contribue à renforcer la solidarité entre collègues.

Cette collaboration permet de clarifier progressivement les rôles et les responsabilités de chacun au sein d'une équipe, créant ainsi un environnement de travail plus harmonieux et plus efficace.

En participant activement aux groupes de travail, les IDE et les AS ont l'opportunité de contribuer à la prise de décisions concernant les organisations et d'apporter des améliorations à la qualité des soins aux patients. Cette implication directe renforce leur sentiment d'autonomie et d'importance de leurs places au sein des services de gériatrie.

Je constate que les groupes de travail créent un environnement propice à la reconnaissance du travail de chaque membre de l'équipe. Les contributions de chacun des participants sont mises en valeur lors des stand up meetings, où les soignants ont l'opportunité de présenter eux-mêmes les points d'étape des décisions prises.

En ce qui concerne la conduite du projet, mon analyse critique actuelle montre que j'ai lancé l'enquête QVCT et réalisé la cartographie des irritants au cours du même mois. Il aurait été préférable d'accorder plus de temps pour déployer l'enquête QVCT, de l'analyser et ensuite de réaliser la cartographie des irritants avec l'équipe. Cela aurait permis de poser des questions sur des aspects non abordés lors de la cartographie, tels que la charge de travail élevée, les exigences émotionnelles éprouvantes nécessitant d'être cachées, ainsi que les agressions physiques et verbales.

Les professionnels travaillant de nuit n'ont pas participé aux réunions consacrées à la cartographie des irritants dans leur quotidien professionnel. Cependant, ils ont répondu à l'enquête QVCT. Une réunion avec les équipes de nuit est prévue pour juin 2024.

5.3.3 Les perspectives du projet

La conduite du projet et ses résultats seront exposés lors de deux moments importants. Tout d'abord, lors de la réunion d'encadrement animée par la direction des soins en octobre 2025. Ensuite, une présentation aura lieu lors de la réunion de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) en janvier 2025.

Ce projet sera déployé sur les secteurs de médecine à partir du mois de septembre 2024.

Conclusion

Les établissements de santé sont confrontés à de multiples tensions en matière de ressources humaines, qui peuvent avoir un impact significatif sur leur fonctionnement quotidien et la qualité des soins dispensés

Le projet managérial a exploré la transformation du rôle des infirmiers et des aides-soignants dans un service de gériatrie, les plaçant au centre de leur propre exercice professionnel dans le but d'améliorer leur bien-être et de favoriser leur fidélisation au travail.

L'identité professionnelle et l'identité au travail sont des éléments essentiels dans le domaine de la santé, mais elles sont également soumises à des tensions constantes. En effet, la construction et la consolidation de l'identité professionnelle des infirmiers et des aides-soignants sont profondément influencées par leur environnement de travail. Dans un contexte où les établissements de santé sont confrontés à des pénuries de personnel, à des charges de travail élevées et à des difficultés de recrutement, il est essentiel de reconnaître l'impact de ces tensions sur l'identité professionnelle et l'identité au travail des professionnels de la santé. En effet, ces tensions peuvent remettre en question les valeurs, les croyances et les motivations des infirmiers et des aides-soignants, les poussant parfois à reconsidérer leur engagement professionnel.

Rendre les infirmiers et les aides-soignants de gériatrie acteurs de leur exercice professionnel pour le bien-être et la fidélisation au travail, demande de déplacer l'identité professionnelle et au travail qu'ils se sont créés dans les deux services.

À travers une approche centrée sur l'autonomie et la responsabilisation, ce projet a élaboré des actions visant à renforcer le bien-être et la fidélisation des infirmiers et des aides-soignants, tout en améliorant la qualité des soins dispensés aux patients en prenant en compte les irritants rencontrés dans leur quotidien professionnel. En permettant aux professionnels de participer activement à la conception et à la mise en œuvre des organisations de travail, je cherche à créer un climat propice à l'épanouissement professionnel et à la pérennité des équipes de soins.

Le cadre supérieur de pôle assure la gestion quotidienne de l'équipe des cadres de santé, en animant et supervisant l'encadrement de proximité. Il établit les objectifs à atteindre et accompagne les cadres de santé dans la réalisation des différents projets qu'ils envisagent pour leurs secteurs d'activités respectifs. Mon rôle dans ce projet consiste également à accompagner les cadres de santé dans la conduite du projet et le développement de leur autonomie.

Bibliographie

Ouvrages

Alter N. Sociologie du monde du travail. Mercurès : PUF ; 2012. 362 p.

Arborio A.M. Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital. Paris : Economica-Anthropos ; 2012. 334 p.

Autissier D, Moutot J.M. Méthode de conduite du changement. Diagnostic, accompagnement, performance. 5^e édition. Mayenne : Dunod ; 2023. 318 p.

Autissier D, Moutot J.M, Johnson K.J, et al. La boîte à outils de la conduite de changement et de la transformation. Malakoff : Dunod ; 2022. 191 p.

Ballé M, Beauvallet G. Le management Lean. 2^e édition. Montreuil : Pearson ; 2020. 234 p.

Bernoux P. Mieux-être au travail : appropriation et reconnaissance. Toulouse : Octarès ; 2015. 207 p.

Camilleri C, Kastersztejn J, Lipiansky E-M, et al. Stratégies identitaires. Paris : PUF. 332 p.

Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Normandie : Points ; 2014. 493 p.

Clot Y. Le prix du travail bien fait. Millau : La Découverte ; 2021. 217 p.

Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Mayenne : PUF ; 2014. 292 p.

Dejours C. Le facteur humain. Mayenne : PUF ; 2014. 127 p.

Dejours C. Travail et usure mentale. Paris : Bayard ; 2013. 299 p.

Dubar C. La socialisation. Paris : Armand Colin ; 2014. 242 p.

Fermon B, Grandjean P. Performance et innovation dans les établissements de santé. Domont : Dunod ; 2015. 456 p.

Marchat H. Le kit du chef de projet. Paris : Eyrolles ; 2023. 223 p.

Osty F. Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail. Mayenne : PUR ; 2010. 245 p.

Ouvrage en ligne

Sfetcu N. Émotions et intelligence émotionnelle dans les organisations. Essays, 2020. 114 p.

[Consulté le 06/04/24]

Disponible :

https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=PrfcDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA2&dq=concepts+d%27intelligence+%C3%A9motionnelle+selon+goleman&ots=Yn1q1yKt8E&sig=5MD8vP-Wu-X7sw16t6Yk5d4qtR8&redir_esc=y#v=onepage&q=concepts%20d'intelligence%20%C3%A9motionnelle%20selon%20goleman&f=false

Masclaux J-L. Accompagner et fidéliser, un défi pour une performance collective. Soins cadres. 2018 (N°105) ; p.18-20

Minet F. Compétence : de la définition à l'utilisation. Dans Élaborer des référentiels de compétences, coordonné par Jouvenot C. et Parlier M., Éditions ANACT, 2005, p.8.
[Consulté le 01/05/24].

Disponible : http://www.myreader.toile-libre.org/uploads/My_4fdb42e43663a.pdf

Massard M, Scarpin R. Reconstruire un service de soins par le lean management. Soins cadres. 2020 (N°118) ; p.29-31

Morvan E, Delecroix B. Lean management à l'hôpital, préserver la santé des personnels ? Soins cadres. 2020 (N°118) ; p.20-23

Perrenoud M, Sainsaulieu I. Pour ne pas en finir avec l'identité au travail. Sociologies. 2018.

[Consulté le 28/12/2023].

Disponible : <https://journals.openedition.org/sociologies/8750>

Rousseau T. L'entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue. ANACT, la revue des conditions de travail. 2018 septembre ; N°8.

[Consulté le 24/03/24]

Disponible : <https://www.anact.fr/file/9133/download?token=SeYNaj00>

Sibé M. Fonder l'attractivité sur une stratégie de fidélisation : les enseignements du modèle du Magnet Hospital. Soins cadres. 2021 (N°129) ; p.14-18

Osty F. Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail. Revue française de sociologie. Vol.45, N°4(oct. Déc. ;2004), p. 778-780.

[Consulté le 26/12/23].

Disponible : <https://www.jstor.org/stable/3323074>

Textes législatifs et réglementaires

Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail.

[Consulté le 19/07/2024].

Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/id/KALITEXT000043561903/

Agence Régionale de Santé (ARS). Ma Santé 2022. Trois grands axes de transformation.

[Consulté le 25/02/24].

Disponible : <https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-07/2019-07-10-Masante2022-adoption-PJL.pdf>

Agence Régionale de Santé (ARS). Le projet régional de santé 2023-2028.

[Consulté le 25/02/24].

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/publication-du-prs-2023-2028>

Agence Régionale de Santé (ARS). Agir pour la santé des Franciliens. Plan d'action 2023-2028.

[Consulté le 25/02/24].

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/116122/download?inline>

Code du travail. Chapitre 1^{er} : Obligations de l'employeur. (Articles L4124-1 à L4125-5).

[Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006178066>

Direction des affaires juridiques(DAJ). Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

[Consulté le 15/10/23].

Disponible : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-2dgssd-5-d-n-2002-157-du-18-mars-2002-relative-a-lamelioration-de-la-filiere-de-soins-geriatrique/>

Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

[Consulté le 19/07/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043884445>

Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

[Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000035609301/2017-09-24/>

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité-Grand-âge.

[Consulté le 15/10/23].

Disponible : https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

Sante. Gov. Ma Santé 2022 un engagement collectif. Dossier de presse 18/09/2018.

[Consulté le 15/01/24].

Disponible : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf

Webographie

Larousse. Dictionnaires.

[Consulté le 29/02/24]

Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/irritant/44359#:~:text=1.,une%20irritation%20%3A%20Des%20discussions%20irritantes.&text=2.,'impatience%20%3A%20Un%20probl%C3%A8me%20irritant.>

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Les indicateurs de santé et de qualité de vie au travail. Les 10 questions sur...

[Consulté le 19/04/24].

Disponible : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-les-indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail>

Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Référentiel qualité de vie et des conditions de travail (QVCT).

[Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://www.anact.fr/referentiel-qualite-de-vie-et-des-conditions-de-travail>

Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France. Dispositif de Contrat d'Allocation d'Études.

[Consulté le 22/01/24].

Disponible : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/dispositif-de-contrat-dallocation-detudes>

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux.

[Consulté le 15/04/24].

Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf

Bonnin D. Les modèles d'organisation et de management en question : pour un modèle de management par le travail engendrant la confiance. In : Article publiée dans « La confiance au travail ». Octarès septembre 2013, chapitre 7. P167 à 185.

[Consulté le 01/03/24]

Disponible : <file:///C:/Users/chica/Downloads/f956c5bc-e5d7-4935-93bb-7d215710153c.pdf>

Clot Y, Lallement M. Qualité de vie au travail/qualité du travail. La revue des conditions de travail. ANACT, 2015/3.

[Consulté le 02/05/24]

Disponible : <https://www.anact.fr/qualite-de-vie-au-travailqualite-du-travail>

Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N°1215. Novembre 2021. L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs.

[Consulté le 15/01/24].

Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/ER1215_0.pdf

Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N1235. Juillet 2022.

Crise sanitaire : à l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles.

[Consulté le 15/01/24].

Disponible : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1235_0.pdf

Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des statistiques (DREES). N°1270. Juillet 2023. À l'hôpital, une prévalence accrue de la dépression et de l'anxiété liée aux conditions de travail.

[Consulté le 15/01/24].

Disponible : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1270.pdf>

Fédération Hospitalière de France (FHF). Enquête FHF – Avril/mai 2022. Situation RH.

[Consulté le 15/01/24].

Disponible :

https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-06/Enquete%20RH%202022%20synth%C3%A8se_2006.pdf

Haute Autorité de santé (HAS). La lettre d'information de la Haute Autorité de santé. Numéro spécial Juillet/août 2008. P3

[Consulté le 29/02/24]

Disponible :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-06/lettre_has_edition_speciale.pdf

Haute Autorité de la santé (HAS). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé.

[Consulté le 29/02/24]

Disponible :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_securite_des_soins_en_es_vd.pdf

Haute Autorité de la santé (HAS). Rapport de certification du CHIC.

[Consulté le 07/01/24]

Disponible :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/rapport_de_certification_court_-_30129.pdf

Institut national de recherche et de sécurité (INRS). Risques psychosociaux(RPS).

[Consulté le 30/04/24].

Disponible : <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>

Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Risques psychosociaux.

[Consulté le 19/04/2024].

Disponible : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

[Consulté le 29/02/24]

Disponible : https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Projet stratégique 2022-2026. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.

[Consulté le 27/02/24]

Disponible :

https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/02/HC_ProjetStrategique_2022_210x297mm_CHIC_12.01.23.pdf

Rapport d'activité 2022. Hôpitaux Confluence Val-de-Marne.

[Consulté le 1er décembre 2023].

Disponible : https://www.chicreteil.fr/wp-content/uploads/2023/08/Hopitaux-confluence_Rapport-activite_2022_pap_08.2023.pdf

Textes issus des cours

Farnault P. Le projet managérial. ECUE 7.2 ; 2/10/2023.

Marchand X. Place de la notion de compétence dans l'organisation du travail. ECUE 7.1 ; 22/12/2023

Marchand X. Installer le principe de subsidiarité dans les organisations de travail. ECUE 7.1 ; 15/03/24

Marchand X. Le MRH dans les transmissions (GHT, fusion, fermeture, déménagement, mutualisation).
ECUE 7.1 ; 23/02/24

Table des annexes

Annexe 1 : Projet social 2024-2028 – Index des actions

Annexe 2 : Lettre de mission

Annexe 3 : Enquête qualité de vie au travail et des conditions de travail du 9 au 25 février 2024

Annexe 4 : Gantt du projet

Annexe 5 : Mind Map – Cartographie des irritants

Annexe 6 : Gantt – Sous projet : organisation du travail des aides-soignants

Index des actions

Axe 1 – Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	
Action 1.1 : Mettre à jour les maquettes organisationnelles et les effectifs cibles	p.6
Action 1.2 : Mettre en place le COPIL GPMC	p.7
Action 1.3 : Mettre en place les clubs métiers	p.8
Action 1.4 : Mettre à jour les lignes directrices de gestion (LDG) et les critères d'avancement de grade	p.9
Action 1.5 : Formaliser le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants administratifs, logistiques et techniques	p.10
Axe 2 - Accompagnement des hospitaliers tout au long de leur vie professionnelle	
Action 2.1 : Formaliser la cartographie des postes prioritaires pour les agents CGIP	p.12
Action 2.2 : Elaborer la procédure relative à la mise en place de la PPR (période de préparation au reclassement)	p.13
Action 2.3 : Mettre en place un entretien préparatoire à la retraite	p.14
Action 2.4 : Améliorer le suivi en santé au travail des professionnels	p.15
Action 2.5 : Création d'un laboratoire de simulation	p.16
Axe 3 – Qualité de vie au travail	
Action 3.1 : Mise en place d'un réseau de correspondants handi-prev'	p.18
Action 3.2 : Mettre en place une commission d'analyse et de prévention des risques professionnels	p.20
Action 3.3 : Réaliser l'enquête QVT	p.22
Action 3.4 : Mettre en œuvre des actions QVT à destination des agents de nuit	p.23
Action 3.5 : Développer des prestations « bien-être »	p.25
Action 3.6 : Soutien à la parentalité	p.27
Action 3.7 : Promouvoir l'activité physique	p.28
Action 3.8 : Développer la politique « déplacement à vélo »	p.30
Action 3.9 : Développer l'offre de logements en faveur des agents	p.31
Action 3.10 : Mettre en place un événement à destination des enfants du personnel	p.32
Axe 4 - Moderniser les ressources humaines	
Action 4.1 : Alimenter l'intranet RH	p.34
Action 4.2 : Améliorer le fonctionnement des outils de gestion du temps de travail	p.35
Action 4.3 : Dématérialiser les dossiers administratifs	p.36
Action 4.4 : Renforcer le lien entre la DRH et les agents	p.38
Action 4.5 : Moderniser la stratégie de recrutement	p.39
Axe 5 - Rénover les relations sociales	
Action 5.1 : Etablir une charte des moyens mis à disposition des organisations Syndicales	p.41
Action 5.2 : Poursuivre le développement de la négociation collective	p.42
Action 5.3 : Mettre en place la base de données sociales et le rapport social unique	p.43

Annexe 2 : Lettre de mission

 HÔPITAL INTERCOMMUNAL CRÉTEL	 HÔPITAUX CONFLUENCE YAU DE PAYS - ESSONNE	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024	 UPEC LA MAIRIE NAUROY D'YVRES	 FACULTÉ DE SANTÉ	 VESM VIAUVALENTIN
---	--	---	--	--	---

Désignation du projet :	Rendre les infirmiers et les aides-soignants, acteurs de leurs exercices professionnels pour favoriser le bien-être et la fidélisation au travail. Unité pilote : Unité de gériatrie aiguë
Commanditaire :	Coordinateur général des soins
Nom du responsable du projet :	Rachel DESFONTAINES, Cadre Paramédical de pôle
Missions du responsable de projet :	<ul style="list-style-type: none">- Mettre la commande en projet- Présenter le projet managérial au directeur de l'établissement, au directeur des ressources humaines, au trio du pôle UMISP, aux psychologues du travail- Présenter le projet à la cheffe de service et à l'encadrement des services de gériatrie- Collecter les indicateurs : données RH, indicateurs de soins (Taux d'escarres, taux des infections nosocomiales, taux d'erreurs médicamenteuses, typologie des FEI) enquête QVT, enquête qualité, réclamations des usagers,- Déployer l'enquête QVT 2023 (seconde phase) auprès des infirmiers et aides-soignants de gériatrie- Présenter le projet à l'équipe soignante- Organiser la mise en place de la cartographie des irritants par l'encadrement avec les soignants- Définir le plan d'actions avec l'encadrement- Définir les indicateurs de suivi du projet- Organiser la constitution des groupes de travail soignants



Lettre de mission
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des
Organisations Soignantes »
2023-2024



- Définir, mettre à jour et s'assurer du respect du calendrier du projet

- Accompagner l'encadrement

- Conduire le changement par le lean management

- Faire le bilan du projet en vue d'un déploiement polaire

Moyens alloués :

- Temps dédié sur le temps de travail – 1h/jour

- Accompagnement par les psychologues du travail pour le déploiement et l'analyse de l'enquête QVT 2023

- Accompagnement par les ingénieurs qualité gestion des risques pour le recueil des indicateurs de qualité

Modalités de reporting :

- 2 réunions mensuel avec encadrement et l'IDE référente

- 1 réunion mensuel avec encadrement et chef de service

- 1 réunion mensuel avec directeur des soins

- Suivi des groupes de travail : réunion tous les 15 jours

- Compte rendu de réunions

- Les indicateurs de pilotage : taux d'absentéisme, turn over, enquête QVT, indicateurs de soins.

Durée :

- Démarrage du projet en janvier 2024

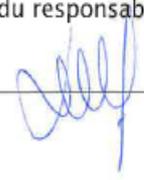
- Mise en place d'un Gantt à partir des groupes de travail constitué

		<p>Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2023-2024</p>	
---	---	---	--

Documents de référence :

- Audit qualité - HAS
- Enquête QVT - DRH
- Projet de soins
- Projet stratégique 2022-2026
- Projet social de l'établissement
- Outre les documents de références réglementaires, les outils et méthodologies sont les suivants :
 - CQCCOQP

Date : 30/10/23	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet

Annexe 3 : Enquête qualité de vie et des conditions de travail du 9 au 25 février 2024



Résultats de l'enquête
Qualité de Vie au Travail 2024
UGA- SMR Gériatrique
Pôle UMISP

Enquête réalisée au CHIC du 9 au 25 février 2024



Table des matières

Objectifs	3
Méthodologie	3
Taux de participation	3
Profil des répondants	4
Taux de satisfaction global	6
Résultats par thématique	7
Intensité et complexité du travail	7
Organisation du travail.....	7
Interruption du travail.....	8
Anticipation des changements d'horaires.....	8
Charge de travail.....	8
Fiche de poste/instructions.....	9
Exigences émotionnelles	9
Relation avec les patients.....	9
Confrontation avec la souffrance.....	10
Gestion émotionnelle.....	10
Conflits de valeurs.....	10
Autonomie au travail	11
Autonomie de l'activité.....	11
Autonomie temporelle.....	11
Utilisation et développement des compétences.....	11
Rapports sociaux	12
Soutien des collègues.....	12
Soutien hiérarchique.....	13
Violences internes et externes.....	14
Conduite de changement.....	14
Commentaires libres	15
Annexe 1 : Questionnaire	16

Objectifs

Réaliser un état des lieux de la qualité de vie au travail dans le cadre du projet managérial du bien-être au travail et la fidélisation des soignants de l'unité de gériatrie aiguë (UGA) et du service de soins médicaux et de réadaptation gériatrique (SMR), en agissant sur les irritants du quotidien du travail.

Disposer d'indicateurs de la qualité de vie au travail avant la mise en place d'actions managériales.

Analyser les résultats et les comparer avec les éléments cités par les professionnels dans le cadre de l'élaboration de la cartographie des irritants.

Mettre en place des actions pour l'amélioration des conditions de travail.

Méthodologie

Période l'enquête du 9 au 25 février 2024.

Questionnaire anonyme et individuel destiné aux professionnels IDE et AS de l'UGA et du SMR gériatrique.

Questionnaire proposé sous deux formats :

- Version électronique : lien diffusé par mail
- Document papier distribué à l'UGA et au SMR gériatrique par l'encadrement. Retour sous enveloppe au secrétariat de la direction des soins, à l'attention du cadre supérieure du pôle.

Taux de participation

Nombre total de réponses : 42 pour une cible réelle de 53 ETP.

Profil des répondants

▪ Répartition par genre

1. Vous êtes : (0 point)

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Un homme	2
● Une femme	40



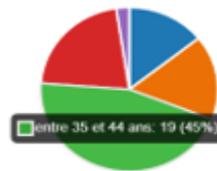
▪ Répartition par âge

2. Vous avez : (0 point)

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● moins de 25 ans	6
● entre 25 et 34 ans	7
● entre 35 et 44 ans	19
● entre 45 et 54 ans	9
● 55 ans et plus	1



▪ Répartition par lieu de résidence

3. Vous habitez : (0 point)

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Créteil	6
● Val de Marne	15
● Ile De France	21
● En dehors de l'Ile De France	0



▪ Répartition par mode de transport

4. Vous venez au CHIC le plus fréquemment (1 seule réponse) : (0 point)

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● en transport en commun	17
● en voiture seul	23
● en co-voiturage	0
● en moto	0
● à vélo	0
● à pied	2

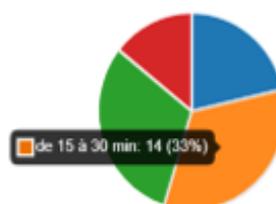


- Répartition par temps de trajet

5. **Votre temps de trajet est alors de :** (0 point)

[Plus de détails](#)

● moins de 15 min	9
● de 15 à 30 min	14
● de 30 min à 1 heure	13
● plus d'une heure	6



- Répartition par filière professionnelle

6. **Votre filière professionnelle:** (0 point)

[Plus de détails](#)

● Administrative	0
● Educative/sociale	0
● Encadrement	0
● Rééducation	0
● Soignante	42



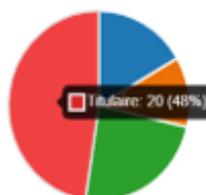
- Répartition par statut

8. **Votre statut :** (0 point)

[Plus de détails](#)

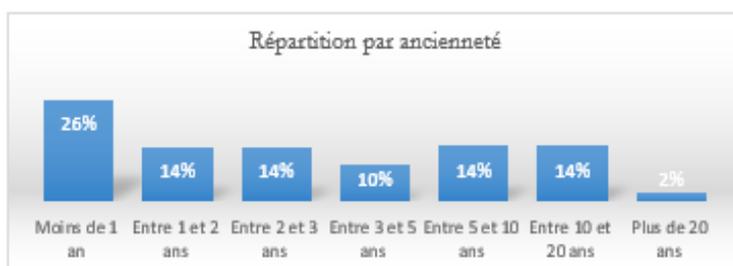
[Aperçus](#)

● CDD	7
● CDI	5
● Stagiaire	10
● Titulaire	20



- Répartition par ancienneté au CHIC

Ancienneté moyenne des répondants : 4,9 ans



- Changement de service



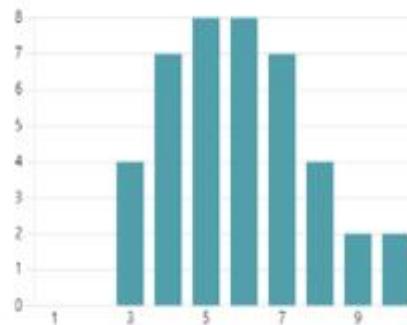
Taux de satisfaction global

11. Donner votre niveau de satisfaction par rapport au poste que vous occupez actuellement (0 poir (0 = je ne suis pas du tout satisfait, 10 = je suis tout à fait satisfait)

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

5.88
Évaluation moyenne



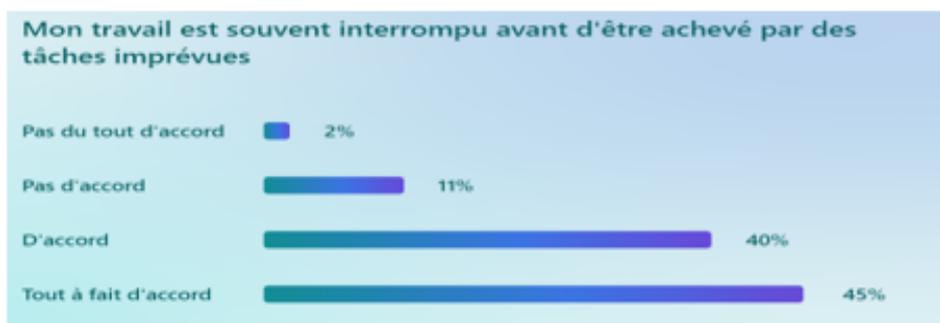
Résultats par dimension

Intensité et complexité du travail

Organisation du travail



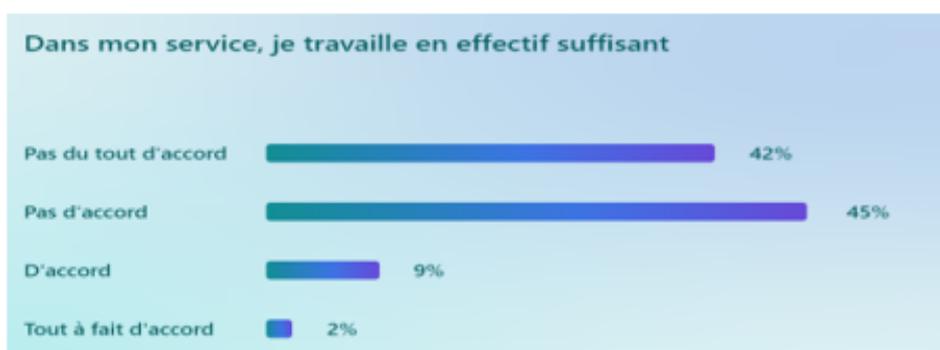
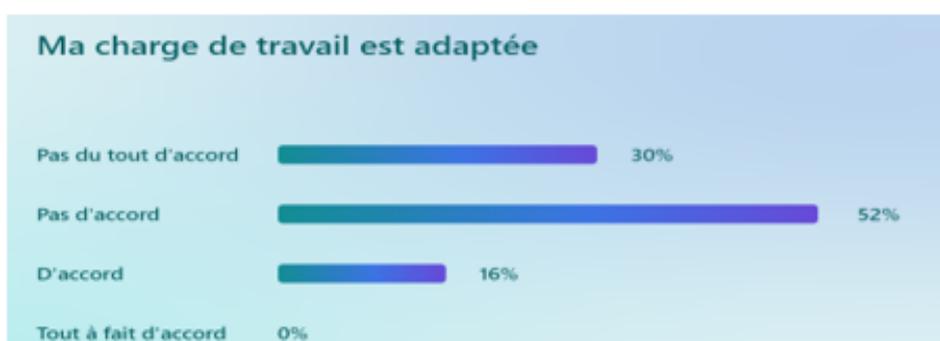
Interruption du travail



Anticipation des changements d'horaires



Charge de travail



Je me sens fatigué(e)/surmené(e) par mon travail



Fiche de poste/instructions

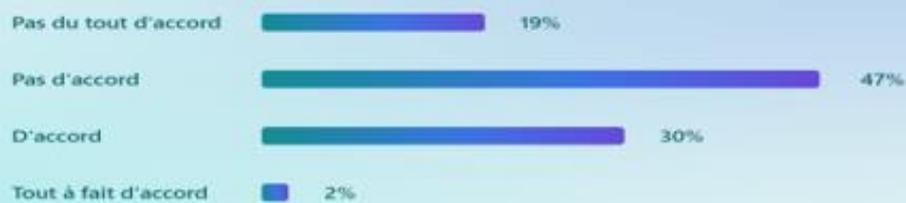
Je reçois des ordres contradictoires de la part de différentes personnes



Exigences émotionnelles

Relation avec les patients

Je vis des tensions avec le public : avec les patients



Je vis des tensions avec le public : avec les familles des patients



Confrontation avec la souffrance



Gestion émotionnelle



Conflits de valeurs



Autonomie au travail

Autonomie de l'activité



Je peux prendre des décisions de ma propre initiative, dans le cadre de mes fonctions



Je dispose du temps nécessaire pour réaliser mon travail



J'ai suffisamment d'informations pour assurer correctement mon travail



J'ai un sentiment d'accomplissement personnel dans mon travail



Rapports sociaux

Soutien des collègues

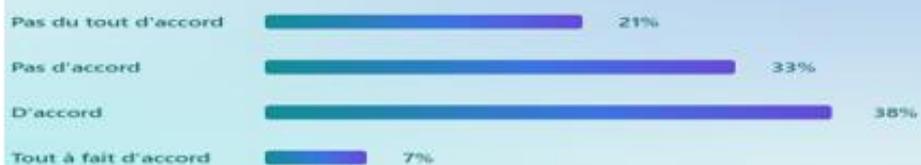
Je suis satisfait(e) de mes relations avec les personnes avec lesquelles je travaille



Il y a de l'entraide entre collègues dans mon service



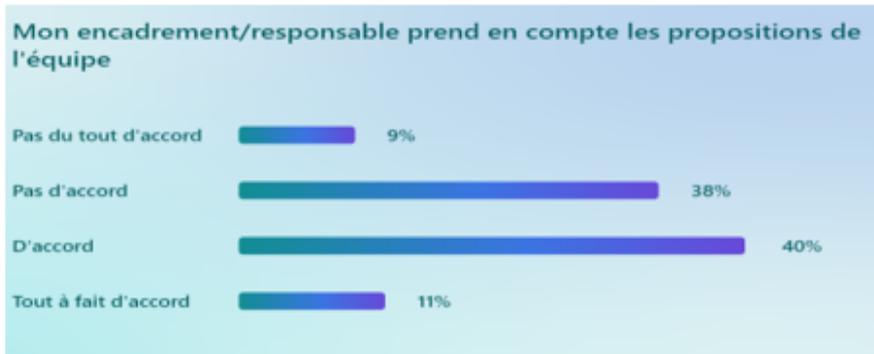
Je suis satisfait(e) de l'ambiance de travail dans mon service



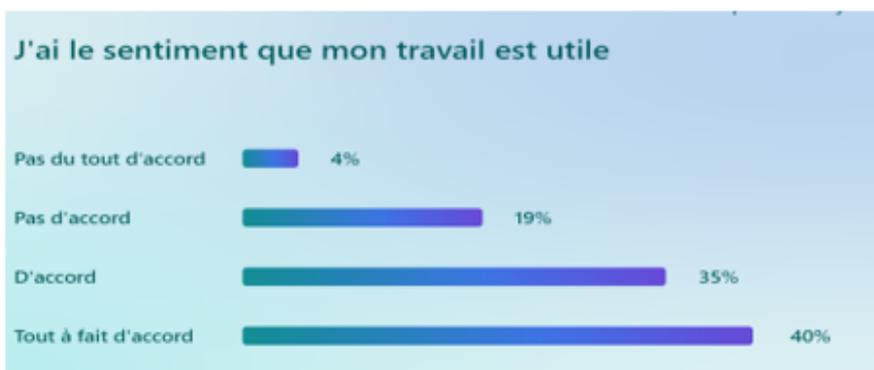
Je vis des tensions dans mon service entre professionnels



Soutien hiérarchique



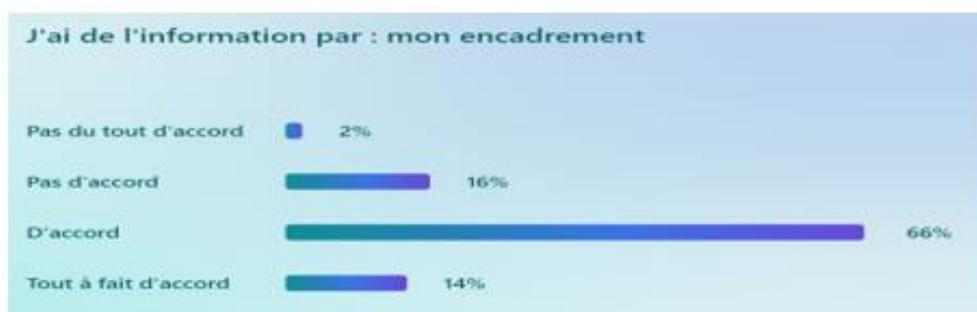
Reconnaissance



Violences internes et externes

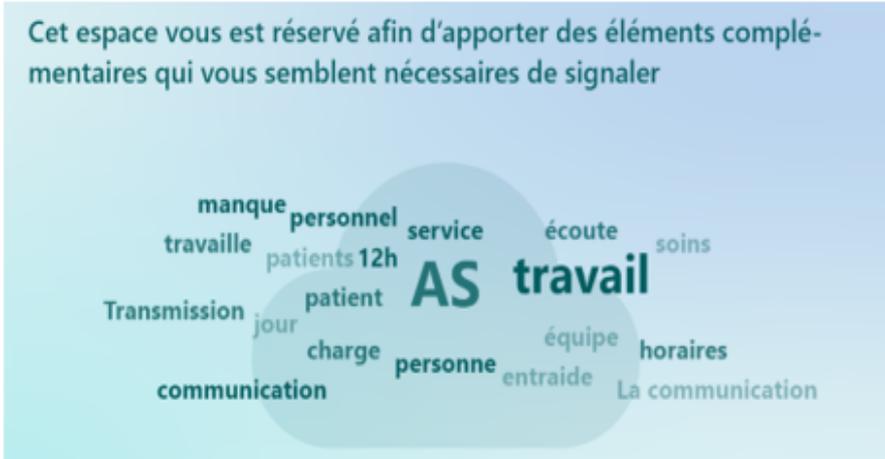


Conduite de changement





Commentaires libres



Annexe 1 : Questionnaire

Enquête « QUALITE DE VIE AU TRAVAIL »

Cette enquête a pour objectif de faire un état des lieux de la vie au travail dans les services de gériatrie (UGA et SSR) et d'envisager la mise en place d'actions pour l'amélioration des conditions de travail.

Ce questionnaire anonyme et individuel est à compléter avant le 25 février 2024 via le lien adressé sur votre boîte mail personnelle.

Vous avez aussi la possibilité de déposer un questionnaire au secrétariat de la direction des soins à l'attention de Mme LOUIS Rachel, CCP du pôle UMISP.

Mme LOUIS Rachel, CCP du pôle UMISP, vous remercie par avance de votre participation.

1. Vous êtes : un homme une femme
2. Vous avez :
 moins de 25 ans entre 25 et 34 ans entre 35 et 44 ans entre 45 et 54 ans 55 ans et plus
3. Vous habitez :
 Créteil Val de Marne Ile De France En dehors de l'île de France
4. Vous venez au CHIC le plus fréquemment (1 seule réponse) :
 en transport en commun en voiture seul en co-voiturage en moto à vélo à pied
5. Votre temps de trajet est alors de :
 moins de 15 minutes de 15 à 30 minutes de 30 minutes à 1 heure plus d'une heure
6. Votre filière professionnelle
 Administrative
 Educative/sociale
 Encadrement
 Rééducation
 Soignante
7. Vous avez la possibilité de nous indiquer votre service.
8. Votre statut :
 CDD CDI Stagiaire Titulaire
9. Depuis combien de temps travailler vous au CHIC :
10. Avez-vous changé de service ? OUI Non
Si oui, le dernier changement était :
 volontaire (mobilité interne, changement d'organisation....)
 obligatoire dans le cadre d'un changement d'organisation
 accompagné (parcours professionnel, restriction d'aptitude)

Donner votre niveau de satisfaction par rapport au poste que vous occupez actuellement

(0 = je ne suis pas du tout satisfait, 10 = je suis tout à fait satisfait)

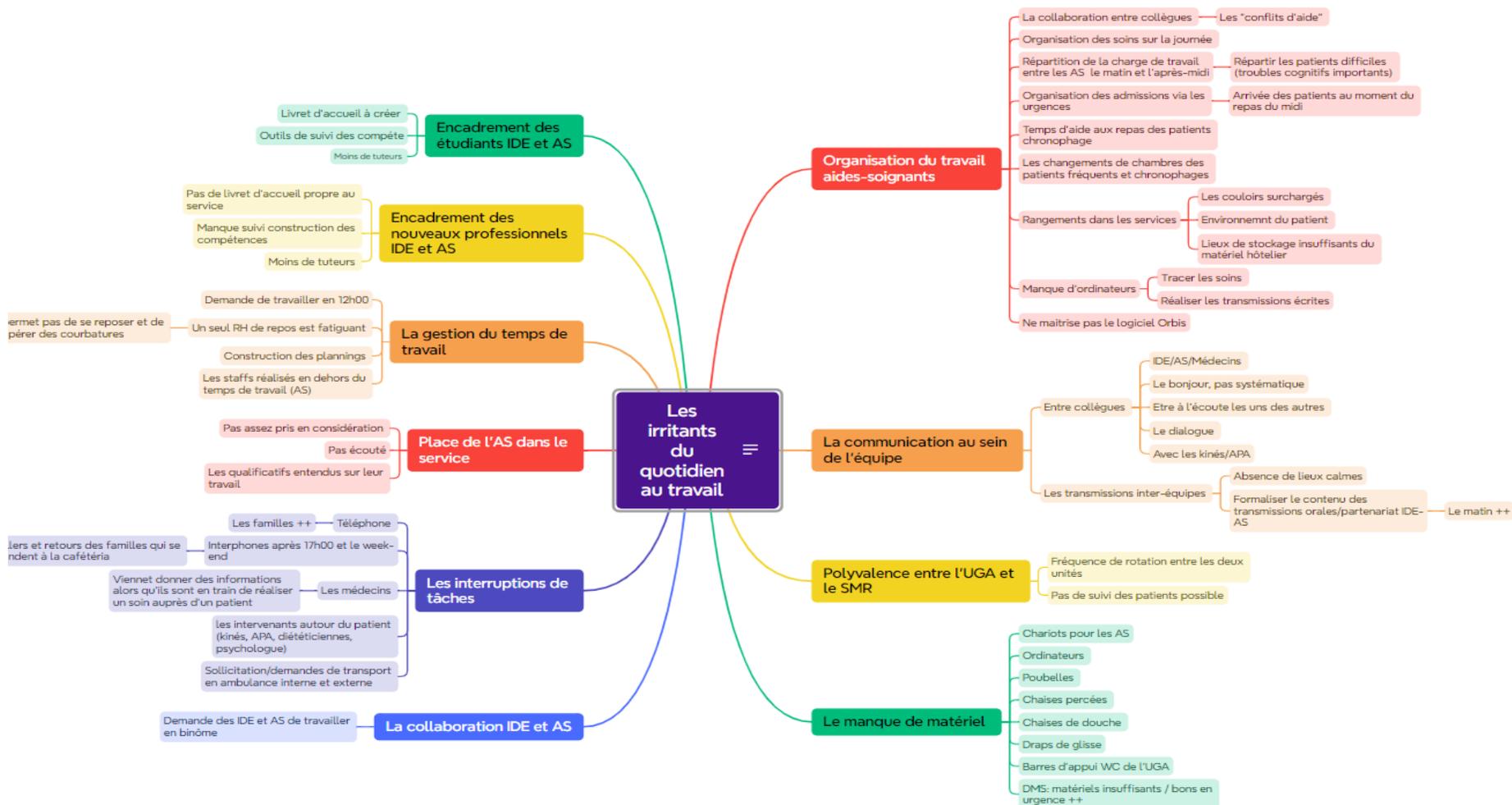
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3 = D'accord		
2 = Pas d'accord		
1 = Pas du tout d'accord		

	1	2	3
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			

Cet espace vous est réservé afin d'apporter des éléments complémentaires qui vous semblent nécessaires de signaler

Annexe 5 : Mind map – Cartographie des irritants



THEME 5: Développement des compétences AS		
Animation de session de formation par les CS à l'utilisation et navigation du logiciel orbis	CS 1 et CS 2	
Création d'un support à l'utilisation Orbis		
Définir des référents AS jour (2) et nuit (2)		
Formations/ateliers mesure des paramètres vitaux et observation de la personne (réalisées par IDE référente de la réanimation)	CPP/CS	
Formations droits des patients (réalisées par la responsable des usagers et de l'expérience patients)	CPP/CSS	
Formations les signes d'alerte en gériatrie (Dénutrition, escarres, confusion, troubles de la conscience, douleur, chutes, OMI, dyspnée, troubles de la déglutition, risques de suicide, état d'agitation) - Intervenants : médecins, IPA, ergothérapeute, psychomotricienne	CPP/Chef de service/CS	
Déclaration des événements indésirables	CS 1 et CS 2	
Formation CAT gestion des urgences vitales - Intervenants groupe de travail institutionnel "urgences vitales"		

TITRE DU DOCUMENT
**Rendre les infirmiers et les aides-soignants acteurs de leur exercice professionnel
pour le bien-être et la fidélisation au travail**

AUTEUR
Rachel DESFONTAINES

<p>MOTS CLÉS Fidélisation, bien-être au travail, qualité de vie au travail, irritants, conduite du changement, co-construction des organisations.</p>	<p>KEY WORDS Loyalty, well-being at work, quality of life at work, irritants, change management, co-construction of organizations.</p>
--	---

RÉSUMÉ

Les établissements de santé en France font face à des défis majeurs en matière de ressources humaines, notamment dans le domaine paramédical avec un sentiment de perte de sens et de dégradation globale des conditions de travail. Cette situation a des impacts sur les patients, les soignants et l'hôpital dans sa globalité. Face à l'évolution des attentes des nouvelles générations qui souhaitent des organisations plus agiles et attentives à leurs besoins, les institutions et les cadres de pôle doivent s'efforcer d'actionner les leviers nécessaires pour traiter les causes liées à une tension inédite en matières de ressources humaines et tenir compte des aspirations de nos professionnels.

Ce projet propose de rendre acteur les infirmiers et les aides-soignants pour la fidélisation et le bien-être au travail. La stratégie essentielle porte sur le développement d'une politique de lutte contre les irritants du quotidien au travail. La conduite de ce projet implique l'équipe infirmier et aide-soignant des services de gériatrie du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

Elle s'est construite en plusieurs étapes. La première consiste en la mise en place de l'enquête qualité de vie au travail élaborée en 2023 par la direction des ressources humaines permettant d'évaluer le bien-être au travail et les risques psychosociaux. Puis, une cartographie des irritants du quotidien au travail a été élaborée avec les professionnels lors d'un brainstorming par la méthode des post-it. Plusieurs thématiques irritantes au travail ont émergé engendrant des axes de travail pour l'encadrement supérieur et de proximité. Ce projet développe les actions et la conduite des groupes de travail qui s'appuie sur les notions de co-construction et du principe de subsidiarité.

Des indicateurs de ressources humaines (taux d'absentéisme, turn over) et de qualité des soins sont mis en place pour assurer le suivi du projet.

La partie conceptuelle du projet décrit les différentes approches sociologiques de l'identité au travail et professionnelle, la psychodynamique du collectif de travail, le management lean, le bien-être au travail, la qualité de vie au travail, les risques psychosociaux et la notion de fidélisation.

ABSTRACT

Healthcare establishments in France are facing major challenges in terms of human resources, particularly in the paramedical field, with a feeling of loss of meaning and an overall deterioration in working conditions. This situation is having an impact on patients, caregivers and the hospital as a whole.

Faced with the changing expectations of the new generations who want organizations that are more agile and attentive to their needs, institutions and unit managers must strive to activate the levers needed to address the causes of unprecedented tension in human resources and take account of the aspirations of our professionals.

This project proposes to give nurses and care assistants a role to play in fostering loyalty and well-being in the workplace. The key strategy is to develop a policy to combat everyday irritants in the workplace.

The project involves the nurses and caregivers from the geriatrics department at the Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

It was developed in several stages. The first was the implementation of the quality of life at work survey drawn up in 2023 by the human resources department to assess well-being at work and psychosocial risks. Then, a cartography of everyday irritants at work was drawn up with the professionals during a brainstorming session using the post-it note method. A number of irritants at work emerged, leading to work areas for senior and local management. This project develops actions and the management of working groups based on the concepts of co-construction and the principle of subsidiarity.

Human resources indicators (absenteeism rate, turnover) and quality of care indicators are put in place to monitor the project.

The conceptual part of the project describes the different sociological approaches to identity at work and professional identity, the psychodynamics of the work group, lean management, well-being at work, quality of life at work, psychosocial risks, the notion of loyalty.