



Directeur d'enseignement

Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement

Professeur Éric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE**

### **SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 8 novembre 2018

Par le Docteur Sonia Beltran

Mise en place de temps d'échanges sur le travail  
dans un service médical hospitalier : une piste  
pour prendre soin des soignants ?

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Tables des matières

Tables des matières.....	1
Résumé .....	2
Abréviations et remerciements.....	3
I. Introduction.....	4
II. Méthode.....	5
II.1. Recherche bibliographique.....	5
II.2. Design général de l'étude.....	6
II.3. Evaluation globale de la qualité de vie au travail sur le CH de Vienne.....	6
II.4. Evaluation spécifique du ressenti du travail dans le service de diabétologie.....	7
II.5. Les différentes méthodes utilisées pour la création d'espaces de discussion.....	8
II.5.1. Espaces de discussion sur la gestion des risques.....	8
II.5.2. Espaces de discussion sur l'organisation des soins.....	9
II.5.3. Espaces de discussion entre pairs médecins sur le sens du travail.....	13
II.5.4. Les moments de convivialité pour améliorer les conditions de travail.....	13
III. Résultats.....	14
III.1. Résultats des deux types de questionnaires avant la mise en place des actions ...	14
III.1.1. Questionnaire sur l'ensemble du CH de Vienne.....	14
III.1.2. Questionnaire spécifique au service avant la mise en œuvre des actions.....	14
III.1.3. Synthèse des 2 questionnaires avant la mise en œuvre des actions.....	18
III.2. Questionnaire d'évaluation après la mise en place des espaces de discussions.....	18
IV. Discussion .....	21
V. Conclusion.....	28
VI. Bibliographie .....	29

## Résumé

### Introduction

Les réformes hospitalières ont entraîné une crise de sens à l'hôpital qui rend nécessaire de faciliter pour les soignants un travail « soutenable ».

### Méthode

Deux questionnaires - qualité de vie au travail au centre hospitalier de Vienne et évaluation au sein du service - ont validé l'intérêt d'une démarche participative sur l'amélioration des environnements de travail. L'objectif principal est de décrire les différents espaces de discussions (gestion des risques, organisation, sens du travail). A l'issue de cette démarche, une deuxième évaluation par le même questionnaire a été réalisée. Les mots clefs des échanges réalisés ont été analysés. L'objectif secondaire est de définir le type de management permettant de soutenir la démarche.

### Résultats

Le questionnaire sur le CH de Vienne montre un sentiment de dégradation des conditions de travail, une désorganisation du travail avec interruption de tâches. Sur le questionnaire du service, on retrouve les mêmes tendances. Les commentaires libres montrent un besoin de communication, de convivialité et de clarification des organisations. Après mise en place des différents espaces de discussions, on note une amélioration des items liés aux actions organisationnelles qui, à contrario, ont révélé une répartition inégale de la charge de travail. L'étude des mots clefs des échanges de début des réunions d'organisation suggère un effet positif des espaces de discussion sur le travail. 48.2% de l'équipe se sent mieux au travail et 81% souhaite poursuivre cette démarche (100% sur le grade médecin).

### Discussion

Les configurations de travail doivent redonner la main aux acteurs du quotidien sur le travail qu'ils font. Les espaces de discussions permettent de donner des solutions collectives. Les résultats de notre étude sont inégaux mais difficiles à interpréter car l'évaluation est probablement trop précoce, les démarches qualité de vie au travail nécessitant toujours du temps pour entraîner des effets positifs durables. Il semble d'ailleurs à l'échelle d'un service plus pertinent d'écouter les équipes pour essayer d'évaluer un effet positif de la démarche participative plutôt que de proposer des questionnaires.

Ces espaces de discussions pluriprofessionnels nécessitent un management par le travail basé sur les principes de la subsidiarité, la collégialité et la confiance partagée.

### **Abréviations, par ordre alphabétique**

ANI : Accord National Interprofessionnel

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des conditions de travail

ASD : Aide-Soignant Diplômé

ASH : Agent de Service Hospitalier

CC : Chemin Clinique

CSA : Consumer Science & Analytics

CDS : Cadre De Santé

CH : Centre Hospitalier

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DT (1 ou 2) : Diabétique de type 1 ou 2

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

PH : Praticien Hospitalier

QVT : Qualité de vie au travail

RMM : Revue de Morbi Mortalité

SORG : Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines

### **Remerciements**

Un grand merci au Pr Galam, au Dr Ormières et au Pr Soulat pour la qualité des échanges au cours de ce DIU et la réflexion autour de nos propres pratiques, sans aucun doute un DIU qui devrait être pris en charge par la « sécu » pour ses bienfaits sur les soignants !!

Un remerciement particulier :

à Véronique Subrin, notre cadre qui soutient au quotidien les projets,

à l'équipe du service de diabétologie qui est toujours partante pour participer à de nouvelles aventures sur l'organisation,

à Elise Blanchant psychologue du travail au CH de Vienne pour l'éclairage pertinent sur la clinique de l'activité et des échanges riches en réflexion sur les difficultés d'être chef de service en 2018

## I. Introduction

Il existe dans les établissements de santé, plusieurs types de contraintes : contraintes horaires, contraintes de la permanence des soins, relations au sein de l'équipe, relations avec les patients, charge émotionnelle et charge mentale. Ils s'y ajoutent depuis les années 2000, les réformes du système de santé qui ont instauré de nouvelles responsabilités et exigences de qualité souvent imposées et présentées comme inévitables (1). Pourtant, le lien entre conditions de travail et sécurité du patient est démontré dans de nombreuses études réunies récemment dans un document de l'HAS. Cette revue de la littérature montre que le burn-out, la charge de travail ou la fatigue des soignants, la mauvaise ambiance d'équipe et la durée de travail hebdomadaire des soignants sont des facteurs de risques d'erreurs médicales. Un autre aspect est détaillé dans ce document : l'importance de la mise en place d'une spirale organisationnelle et managériale positive avec une vision partagée du travail au sein d'un service hospitalier (2).

La gestion des risques à l'hôpital s'emploie souvent à partir de recommandations de bonnes pratiques à mettre en place une organisation sécurisée des prises en charge. Le service de diabétologie du CH de Vienne a déployé entre 2012 et 2017 une politique de gestion des risques très structurée basée sur le respect de la continuité des soins, la transmission formalisée interprofessionnelle des informations et l'analyse des événements indésirables (3).

Ce travail a permis sans aucun doute de sécuriser les prises en charge aussi bien pour les patients que pour les praticiens. Parallèlement, a été développé un projet médical ambitieux pour répondre aux besoins de la population mais aussi pour permettre à chaque praticien hospitalier de développer des thèmes en lien avec ses centres d'intérêt. Néanmoins, il est apparu un ressenti négatif sur la qualité de vie au travail dans le service. Il aurait été simple de lier ces situations conflictuelles à la charge de travail mais d'autres hypothèses ont été émises : les profonds changements opérés dans l'organisation du service, s'ils étaient nécessaires et justifiés par la sécurisation des soins et des praticiens dans leur pratique, ont peut-être été déployés trop rapidement de manière incomplètement participative et sans prendre suffisamment en compte le vécu de chacun face à ces changements. Une nouvelle orientation du projet de service a donc été mise en œuvre afin d'améliorer la qualité de vie au travail en développant différents espaces de dialogues pluriprofessionnels. Il semble en effet que « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci

déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte » (4). D'autre part, la mise en place d'une démarche participative dans les services de soins améliore la qualité de vie au travail des soignants et retentit aussi sur la prise en charge des patients (5). De plus, comme le souligne le rapport Couty, diligenté dans des conditions dramatiques, il est fondamental de s'orienter vers un management davantage participatif pour éviter les situations à risque. En effet, l'intelligence collective permet d'anticiper les conflits, d'améliorer la qualité de vie au travail et de réduire les souffrances et leurs éventuelles conséquences (6). Dans cette optique davantage participative, différents espaces de discussions ont été mis en place progressivement dans le service de diabétologie : évaluation des pratiques à partir de 2013 dans le cadre du déploiement de la politique de gestion des risques (3) ; création d'une charte de fonctionnement des praticiens hospitaliers à partir de fin 2017 ; définition du projet de service avec travail spécifique sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, échanges autour de la vie du service, intervention animée par la psychologue du travail avec l'équipe médicale.

L'objectif principal de ce mémoire est de décrire les différents espaces de discussions qui ont été mis en place dans le service de diabétologie avec un focus sur les réunions de synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, la démarche « chemin clinique » et sur les temps d'échanges de type « clinique de l'activité » animés par la psychologue du travail. L'objectif secondaire est de déterminer le rôle du chef de service pour mettre en place des espaces de discussions sur le travail. Nous avons enfin essayé de mesurer par un questionnaire simple si cette dynamique de discussion sur le travail sous différentes formes entraîne un impact positif sur le ressenti de l'équipe par rapport aux conditions de vie au travail.

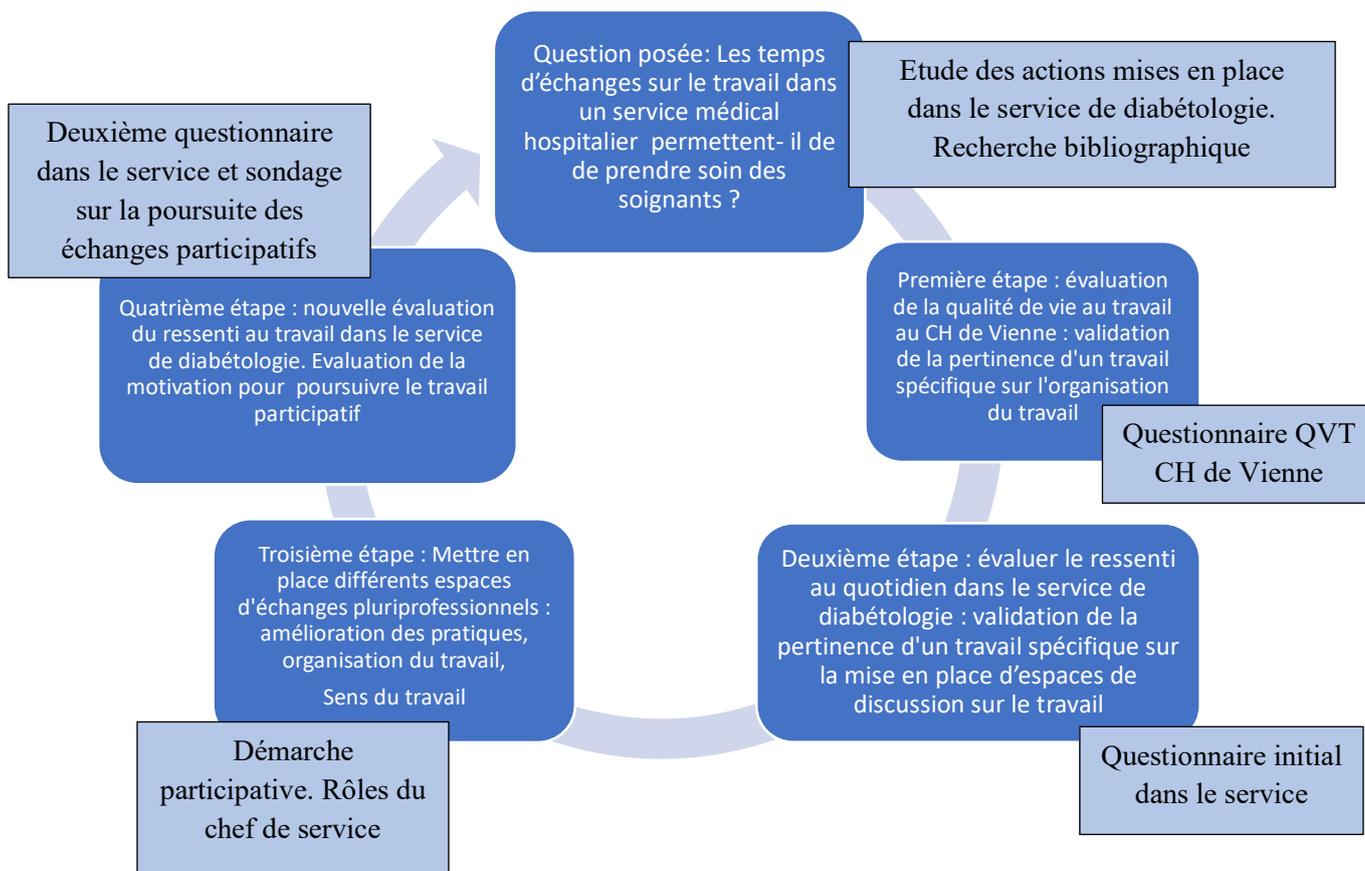
## **II. Méthode**

### **II.1. Recherche bibliographique**

La recherche bibliographique a été menée à partir des sites suivants (sites retrouvés à partir du moteur de recherche google) : l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), l'HAS (Haute Autorité de Santé), Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)), l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux), Cairn.info (Chercher, repérer, avancer), l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales), le ministère des solidarités et de la santé, le CSA (Consumer Science & Analytics). Les mots clefs utilisés étaient selon les sites : Qualité de vie au travail, synchronisation des temps médicaux et paramédicaux, espaces de discussions

pluriprofessionnels, gestion des risques, management, communication, clinique de l'activité, chemin clinique.

## II.2. Design général de l'étude



L'expression « soignants » dans ce mémoire représente l'ensemble de l'équipe active auprès du patient : IDE, ASD, ASH, secrétaires, cadre de santé, médecins.

## II.3. Evaluation globale de la qualité de vie au travail sur le CH de Vienne

Le groupe qualité de vie au travail a été mis en place dans le cadre du déploiement du projet social 2017-2021. Il est composé d'agents administratifs, de personnels de la direction des ressources humaines, de représentants syndicaux, d'infirmières, d'aides-soignants et un médecin, le Dr Beltran, chef du service de diabétologie. Un questionnaire QVT (Qualité de Vie au Travail) anonyme et informatisé a été validé par ce groupe et mis à disposition de tous les professionnels du CH de Vienne durant deux mois à l'été 2017. Les résultats ont ensuite été colligés informatiquement puis étudiés en commission qualité de vie au travail pour définir un plan d'action qui est hors du champ de ce mémoire. Le questionnaire se décline en 8

paragraphe : Pour mieux vous connaître, Qualité des relations sociales et de travail, Qualité de l'organisation du travail, Qualité du contenu du travail, Possibilités de réalisation et de développement personnel, Conciliation vie privée-vie professionnelle, Qualité de l'environnement de travail, En synthèse. En dehors du premier paragraphe, les réponses possibles étaient à chaque question : « toujours ou presque toujours, régulièrement ou souvent » regroupées en « plutôt oui »; « de temps en temps ou quelquefois, jamais ou rarement » validées en « plutôt non ». Le binôme CDS (Cadre de Santé) -chef de service de diabétologie s'est appuyé sur certaines questions pour vérifier les hypothèses expliquant le ressenti négatif des soignants sur leurs conditions de travail dans le service malgré les actions mise en œuvre pour améliorer les organisations quotidiennes.

### **II.4. Evaluation spécifique du ressenti du travail dans le service de diabétologie**

Un questionnaire de 10 items a été déployé dans le service de diabétologie afin de définir des axes d'amélioration pour la qualité de vie au travail. Ce questionnaire était rempli de manière anonyme et déposé dans une urne à cet effet. Le dépouillement était réalisé par la cadre de santé du service. Les répondants précisaient d'abord leur statut dans le service : secrétaires, Agent de Service Hospitalier (ASH), Aide-Soignant Diplômé (ASD), Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Praticien Hospitalier (PH). Sur les 10 questions soumises, il est proposé de coter la réponse de 1 à 4 : 1 Si la phrase ne s'applique Jamais ou rarement dans votre travail, 2 Si la phrase s'applique de temps en temps dans votre travail, 3 Si la phrase s'applique régulièrement dans votre travail, 4 Si la phrase s'applique presque toujours ou toujours dans votre travail. Les 10 items étaient : « J'ai envie de tout plaquer et de partir ailleurs », « Ma surcharge de travail m'empêche de faire un travail de qualité », « Les autres ne se rendent pas compte de ce que je fais réellement », « Mes collègues m'aident lorsque j'ai un problème », « Je suis fréquemment interrompu dans mon travail », « Je suis débordé par tout ce que j'ai à faire », « Je suis en accord avec les principes généraux de l'organisation », « Je dois exécuter plusieurs tâches en même temps », « Le travail n'est pas réparti équitablement au sein de l'équipe », « Je peux prévoir dès le matin la manière selon laquelle la journée va se dérouler ». Une dernière question ouverte était : « Que proposez-vous pour améliorer la qualité de vie au travail et l'organisation ? »

Une seconde évaluation par le même questionnaire était réalisée 6 mois plus tard après mise en œuvre des actions. Cinq questions étaient rajoutées par rapport au premier tour : « Calendrier de l'avent, concours photos, livre photos souvenir, repas de service améliorent ma qualité de vie au travail », « Le travail sur la synchronisation améliore la communication », « Le travail

sur la synchronisation améliore l'organisation », « Depuis le début de l'année 2018, je me sens mieux au travail », « Pour les médecins : Je souhaite que les rencontres avec la psychologue du travail se poursuivent ». Un sondage complétait cette évaluation : « souhaitez-vous poursuivre les espaces de discussions mis en place depuis le début de l'année dans le service ? » La totalité des résultats était communiquée à l'équipe en réunion de service à la fin de ce travail.

## II.5. Les différentes méthodes utilisées pour la création d'espaces de discussion

Les réunions de service se déroulent deux fois par an. Il s'agit davantage de réunions de retour vertical d'informations du binôme cadre de service et médecin chef de service au reste de l'équipe. Ces réunions ne seront pas détaillées dans ce mémoire car elles sont nécessaires pour répondre aux exigences institutionnelles mais ne sont pas pertinentes pour « parler du travail ».

### II.5.1. Espaces de discussion sur le thème de la gestion des risques

Types de rencontre	Conditions de réalisation	Date de mise en place/ Fréquence	Objectifs	Partage d'informations
Réunion de Morbi Mortalité (RMM)	2 IDE référentes, tous les PH du service, Cadre De Santé, 1 secrétaire	2013/ 3 à 4 par an le mardi	- Analyse des événements indésirables et mise en place d'axes d'amélioration	Compte Rendu à l'ensemble de l'équipe et cellule qualité
Patient traceur Evaluation des pratiques	1 IDE, CDS, 1 médecin, IDE d'éducation, 1 ASD, 1 diététicienne, secrétaire	2018/1 par an le mardi	- Analyse de la prise en charge du patient intégrant les résultats de l'échange avec le patient	Compte Rendu à l'ensemble de l'équipe et cellule qualité
Relève du matin,  Contre-visite du soir	IDE du jour, médecin qui font la visite, internes, cadre de santé,  IDE de l'après-midi, 1 médecin	Tous les jours depuis 2013  Tous les jours depuis 2016	- Transmissions interprofessionnelles sur la problématique médicosociale. Définition de la date prévisionnelle de sortie. Définition médecin référent du patient  - Prise en compte des examens paracliniques réalisés dans la journée, problèmes de prescription, adaptation thérapeutique	Mise à jour de la Relève interprofessionnelle informatisée.

Tableau 1A. Les différents types d'échanges pluriprofessionnels dans le service de diabétologie. Evaluation des pratiques professionnelles. Gestion des risques.

## II.5.2. Espaces de discussion sur l'organisation des soins

Des rencontres avec le secrétariat (une demi-heure) ont lieu tous les 15 jours le matin avant la relève et permettent de discuter des questions spécifiques des secrétaires. Il existe aussi les « rencontres du mardi » entre médecins toutes les semaines autour d'un repas convivial avec des programmes variés (bibliographie, vie de service, discussion de dossiers difficiles, retour par le médecin chef de service des instances et autres informations institutionnelles). Ces deux types de rencontre ne seront pas détaillées dans ce mémoire même s'ils ont un rôle important dans la qualité des échanges pluriprofessionnels.

Types de rencontre	Acteurs	Date de mise en place/ Fréquence	Objectifs	Partage d'informations
Charte de fonctionnement médical	Tous les médecins. CDS	2018. Une évaluation semestrielle le mardi	- définir les règles de fonctionnement médical	Réunion de présentation de la charte aux soignants
Synchronisation des temps médicaux et non médicaux	1 IDE, CDS, 1 médecin, 1 ASD, 1 ASH, 1 secrétaire	2018/1 réunion tous les deux mois le lundi	- Diminuer les temps d'attente (équipe et patient). - 1 action tous les 2 mois	Affichage dans le service
Chemin clinique pied diabétique	2 Médecins, équipe d'infectiologie, 1 IDE, 1 ASD, 1 secrétaire, 1ASH, cadre du service	2018/ 1 chemin clinique (3 réunions prévues)	- uniformiser les pratiques - diminuer la durée de séjour - reconnaître le travail de chacun	Après la validation de ce chemin clinique, présentation en réunion de service.

Tableau 1B. Les différents types d'échanges pluriprofessionnels mis en place dans le service de diabétologie. Discussion sur les organisations.

### ✚ Méthode utilisée pour l'écriture de la charte de fonctionnement médical

Nous avons défini selon les recommandations de l'ANAP sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux ( 7 ) une charte de fonctionnement au niveau médical. Cette charte de 16 pages ne sera pas présentée en détail dans ce mémoire car le contenu doit être adapté à chaque service. En revanche, il est présenté dans le tableau ci-dessous les différents points qui ont été abordés au cours de réunions participatives regroupant l'ensemble des praticiens hospitaliers titulaires et la cadre de santé qui avait pour mission de s'assurer que les décisions prises étaient compatibles avec les organisations paramédicales. La charte a été proposée à partir de différents éléments de la vie du service colligés au cours des trois dernières années :

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

événements indésirables mettant en évidence des dysfonctionnements au niveau médical (discutés en RMM ou pas) ; conflits entre praticiens : étude de la source de conflits en analysant le ressenti de chaque partie, les causes et les axes d'amélioration ; retour de dysfonctionnements signalés par l'équipe paramédicale en lien avec l'organisation médicale. Un document de travail était présenté par le chef de service puis discuté au cours de six réunions thématiques d'une heure maximum. La charte du service de diabétologie est donc un outil de formalisation des règles d'organisation préalablement réfléchies. Il s'agit d'un code de fonctionnement partagé, transparent, équitable, co-construit et applicable à tous les médecins. En signant cette charte, les membres de l'équipe médicale attestent de leur prise de connaissance de la charte et de leur adhésion à celle-ci.

Chapitres	Contenu
Documents de référence	Rappel des documents internes au service, bases de la charte
Nos 8 règles d'or	Rappel des engagements des praticiens.
Contexte environnemental du service	Place du service au sein de l'institution. Mise en œuvre des délégations
Projet médical de service 2018/2022	Rappeler le projet médical fédérateur et décidé en équipe
Organisation du travail médical	Horaires, matrice organisationnelle par jour et par tâches, calendrier prévisionnel des absences
Les différents postes de travail en dehors de l'hospitalisation	Organisation des consultations, des avis interservices, de la prise en charge des diabètes gestationnels (suivi téléphonique notamment), de la hotline à destination de la ville et de l'hôpital, gestion du courrier reçu par les absents
Articulation des temps médicaux et non médicaux sur le secteur d'hospitalisation	Organisation de la relève pluriprofessionnelle du matin (cf ci-dessus), Interaction médecin-infirmière de journée (respect horaire de sortie, heure des pansements, entrées vues médicalement avant 17h30), Interaction médecin infirmier de secteur (entrées des urgences prises en charge en priorité, prescriptions, fin de la visite à 13h30, contre visite le soir, interaction avec les familles dans le respect du secret médical
Interaction médecin-médecin	Répartition équitable de la charge de travail, contenu du dossier médical partagé harmonisé, transmission des informations
Interaction médecin-interne	Définition de l'encadrement pédagogique bienveillant au quotidien
Interaction médecin secrétariat	Réponse aux messages des patients, contenu et longueur des courriers
Espaces de dialogue interprofessionnels	Rappels de tous les temps d'échanges au sein du service
Les indicateurs	Définition de l'indicateur, de son objectif, de sa méthode de mesure
Signature des différents praticiens	Engagement à mettre en œuvre la charte

Tableau 2. Contenu synthétique de la charte de fonctionnement

### ✚ Réunion sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux.

Mise en place de réunions pluriprofessionnelles (1ASD 1ASH 1IDE 1 secrétaire binôme cadre et médecin chef de service) une fois tous les deux mois sur la base du volontariat.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

La durée de la réunion est d'une heure. Il s'agit de réunions interactives où chaque acteur est force de proposition. Chaque réunion commence par un travail d'état des lieux en notant sur un « post-it » le point sur lequel chaque représentant souhaite travailler (un point négatif à améliorer) et un point positif. Ce groupe de travail à la fin de chaque réunion propose une action à mettre en place et l'évalue par des indicateurs simples. Cette action devient « l'action pour deux mois », est inscrite dans les différents points stratégiques du service (secrétariat, bureau médical partagé, salle de repos, office IDE). A la fin des deux mois (M2), cette action est évaluée : soit validée et poursuivie, soit modifiée (nouvelle évaluation M4) ou supprimée.

Types d'actions mises en œuvre	Objectifs	Indicateurs	Evaluation par le groupe
<b>Action 1 :</b> Optimisation des sorties : Janvier 2018	Améliorer la synchronisation IDE-ASD-ASH-médecin-transporteur Définition précoce de l'heure de sortie (11h, 14h ou 16h) Enveloppe check-list complète et validée par un médecin sénior	Ecart entre l'heure prévue et l'heure effective de départ	M2 et M4: Action validée, 100% de concordance des horaires, diminution du stress sur l'IDE de journée, aucun mécontentement patient
<b>Action 2 :</b> Uniformisation des pratiques IDE-ASD-ASH. Mars 2018	Définir une maquette organisationnelle par tâches sur le modèle de la maquette médicale	Tableau de fonctionnement validé	M2 : travail en cours M4 : Maquette en cours de validation
<b>Action 2 bis:</b> Synchronisation consultation IDE-présence médicale Avril 2018	Mise en place de deux créneaux de consultation le lundi et le jeudi avec deux binômes de médecins (médecins sur la salle) pour permettre à l'IDE d'éducation d'avoir facilement un avis	Attente de l'IDE pour avoir un avis médical <5 minutes	M2 : action validée. Moins d'interruption de tâche pour le PH, moins d'attente pour l'IDE et donc le patient
<b>Action 3:</b> Organisation de la consultation podologique. Avril 2018	Réorganisation de la consultation podologique : 2 box, pas d'autres tâches pour le PH de consultation, pas d'autres tâches pour l'IDE de consultation	Retard de la consultation podologique	M2 : action validée. Moins d'interruption de tâche pour le PH, moins d'attente pour l'IDE et donc pour le patient
<b>Action 4:</b> Travail sur l'entrée du patient. Juin 2018	Favoriser la fluidité de ce processus : patient arrivé et rapidement installé par ASD dès qu'une chambre est libérée et les actions d'hygiène réalisées. Pas d'installation de tous les patients en une fois)	Diminution du délai d'attente du patient en salle d'attente	M2 : action validée
<b>Action 5:</b> Chemin clinique Septembre 2018	Favoriser la fluidité du processus de soins pied diabétique.	Homogénéisation des pratiques	Evaluation en dehors du champ de ce mémoire.

Tableau 3. Résumé des actions mises en œuvre à l'issue des discussions pluriprofessionnelles

Parallèlement, des actions de communication ont été décidées durant ces échanges autour de la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux : mise en place d'un tableau d'informations sur la vie de service dans l'office hôtelier, mise en place d'un café&Co (temps de pause- café pris en équipe) tous les mois pour favoriser la communication entre les secrétaires et le reste de l'équipe (éloignement géographique du secrétariat qui ne favorise pas les échanges).

### Chemin clinique patient diabétique avec plaie de pied

Une réunion de synchronisation (point négatif) a montré que la prise en charge des patients avec plaies de pieds diabétiques reste problématique dans le service malgré plusieurs ajustements sur les deux dernières années : défaut de formation pour le dépistage des cas graves par les IDE libérales, prise en charge non homogène, durée de séjour longue, nombreux patients pris en charge pour cette pathologie dans le service. L'objectif était de déterminer l'organisation à mettre en place pour élaborer le chemin clinique afin de fluidifier le processus de prise en charge c'est à dire l'enchaînement des actions réalisées par les professionnels médicaux et non médicaux au cours de la prise en charge du patient de l'appel téléphonique des IDE libérales ou du médecin traitant jusqu'à l'organisation du soin de suite. La réalisation de ce chemin clinique a nécessité de définir les bonnes pratiques de manière participative à partir des documents bibliographiques de référence pour les différentes étapes de la prise en charge du pied diabétique (examens complémentaires indispensables, types de prélèvements bactériologiques, protocoles de pansement, protocoles d'antibiothérapie, indications de chirurgie, indications de soins de suite, type de décharge). Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le chemin clinique ont été précisément définis (définition notamment de la prise en charge des plaies entre les services de diabétologie et de dermatologie). Le chemin clinique se présente sous forme d'un logigramme, fabriqué de manière pluriprofessionnelle. Il est pour l'instant en cours de validation mais à terme devrait être informatisé pour permettre une bonne traçabilité des actes et définir les écarts par rapport au chemin clinique et les actions à mettre en place. Le détail de ce chemin clinique qui doit être adapté à chaque structure ne sera pas détaillé dans ce document.

### **II.5.3. Espaces de discussion entre pairs médecins sur le sens du travail : Réflexion animée par la psychologue du travail sur la clinique de l'activité**

Plusieurs étapes ont permis de mettre en place ce projet : sollicitation par la chef de service de la psychologue du travail pour la mise en place des espaces de discussions pour « parler du travail » au-delà des problématiques d'organisation ; réunion de présentation par la psychologue du travail des objectifs de ces rencontres ; rencontre en individuel des différents médecins pour affiner la méthode, rencontre avec la chef de service pour synthèse des échanges et proposition d'une méthode adaptée, projet de rencontres animées par la psychologue toutes les six semaines avec engagement au minimum pour cinq rencontres.

### **II.5.4. Les moments de convivialité pour améliorer les conditions de travail**

#### Calendrier de l'avent

Depuis deux ans, le mois de décembre est un moment de convivialité. Chaque membre de l'équipe donne une participation de maximum cinq euros et un thème est donné pour l'achat de petits cadeaux pour le service. Ceci a permis de rénover la salle de pause et de mieux l'équiper.

#### Photos : concours et livres

A la suite du décès d'une jeune infirmière diabétique, une journée d'hommage avait été réalisée par ses collègues et les dons récoltés ont été remis au service de diabétologie. Nous avons organisé un concours photos pour décorer les murs du service particulièrement tristes auparavant. Le thème était : les photos qui nous plaisent sans visage reconnaissable pour le personnel du service et sans signes religieux ostentatoires. Une cinquantaine de photos reçues ont été imprimées, encadrées et exposées sur les murs du service. Des livres photos regroupant toutes les photos prises au moment des temps forts de la vie du service (départs, calendrier de l'Avent, repas de fin de semestre des internes, repas de l'année) sont édités régulièrement et laissés à disposition dans la salle de repos du personnel.

#### Repas de service

Un repas de service à chaque départ d'interne tous les 6 mois est organisé. Deux pique-niques sur une île en face de l'hôpital ont été organisés deux fois courant 2018.

### III. Résultats

#### III.1. Résultats des deux types de questionnaires avant la mise en place des actions

##### III.1.1. Questionnaire sur l'ensemble du CH de Vienne : résultats des questions sélectionnées pour l'étude

###### ✚ Données générales :

Sur 1800 réponses possibles, 477 agents ont répondu à ce questionnaire destiné à tous les agents. Les soignants (IDE, ASD, ASH, médecins) sont proportionnellement aux effectifs, les moins représentés. Les répondants sur l'ensemble du CH ont pour une grande majorité (78.83%) entre 25 et 54 ans et 70% ont un statut de titulaire. 28% des répondants ont 5 ans maximum d'ancienneté, le reste des répondants a au moins 6 ans d'ancienneté dont 13.84% a plus de 30 ans d'ancienneté.

###### ✚ Résultats des questions sélectionnées

###### - Les résultats positifs, probables leviers d'action

Sur ces questionnaires, on retrouve une bonne entraide entre collègues (83.93%, plutôt oui), la sensation pour un fort pourcentage de pouvoir réaliser un travail bien fait (77.80%, plutôt oui) avec une bonne maîtrise des tâches à réaliser (95.33%, plutôt oui). La conciliation vie privée-vie professionnelle reste satisfaisante pour 70.84% des interrogés. La qualité de vie au travail est jugée plutôt satisfaisante par 62.89% des sondés. Ces deux derniers chiffres sont beaucoup plus bas pour les rares médecins qui ont répondu.

###### - Les résultats négatifs, probables axes d'amélioration

La majorité des répondants (52.02%) ne se sent pas écoutée par la hiérarchie et 76.17% ne se sent pas reconnu dans son travail. On retrouve un défaut de partage d'informations (52.96% ne participe pas à des réunions relatives à l'organisation du travail dans leur service ; 57.48% ne dispose pas de suffisamment d'informations sur la vie hospitalière) et un sentiment de dégradation de l'organisation du travail pour 61.46% des participants au sondages. Par ailleurs 59.54% des répondants pense que la qualité de vie au travail dans le poste actuel s'est dégradée.

##### III.1.2. Questionnaire spécifique au service avant la mise en œuvre des actions

###### ✚ Généralités

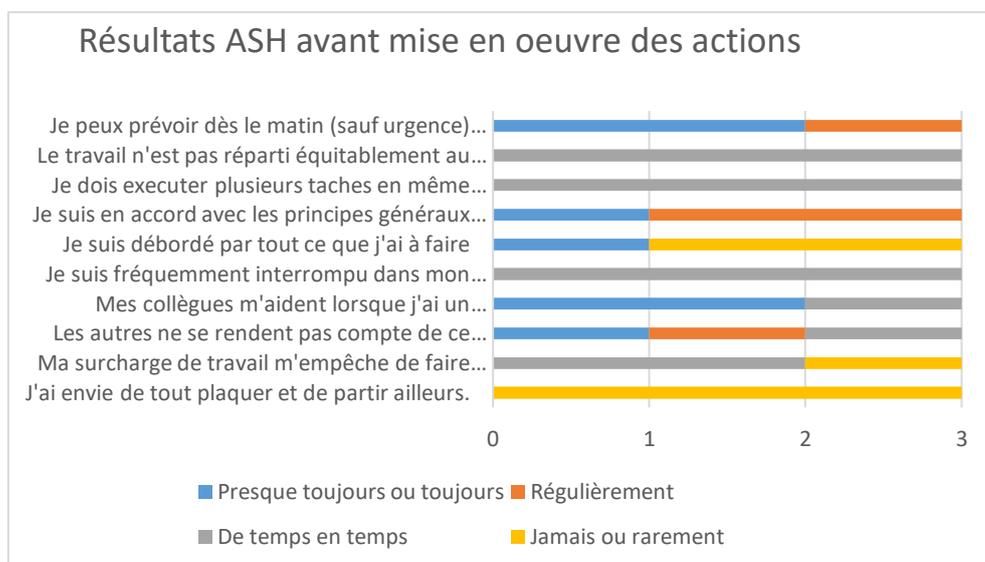
Le questionnaire a été distribué à 38 personnes : 4 Secrétaires, 4 ASH, 10 ASD, 14 IDE, 6 Médecins. 30 personnes ont répondu : 3 Secrétaires soit 75% de retour ; 3 ASH soit 75% de

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

retour ; 10 ASD soit 84% de retour ; 10 IDE soit 76.9% de retour ; 4 Médecins soit 66.7% de retour. Les réponses « presque toujours ou toujours » et « régulièrement » sont regroupés en plutôt oui, Les réponses « de temps en temps » et « rarement » sont regroupés en plutôt non.

### ✚ Grade ASH (Agents Service hospitalier) avant la mise en œuvre des actions

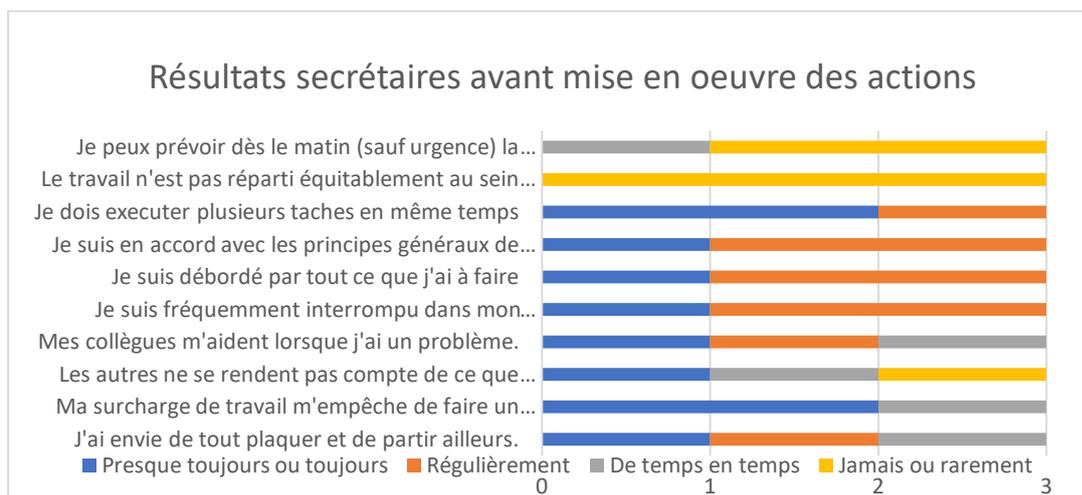
Sur le grade ASH, on constate que les résultats sous réserve d'un faible effectif mais néanmoins représentatif (75% de l'effectif voire même 100 % de l'effectif fixe, car les 25% restant sont occupés par différents intervenants) sont faciles à synthétiser: bonne anticipation du travail (3/3 plutôt oui), bonne entraide sur le grade (2/3 plutôt oui), bon ressenti par rapport aux orientations du service (2/3 plutôt oui), peu de problématique de l'interruption des tâches (3/3 plutôt non), mauvaise reconnaissance par les autres du travail réalisé (2/3) . Dans les commentaires libres, les ASH demandent davantage d'actions pour la convivialité et la communication.



Graphique 1A. Réponses ASH

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

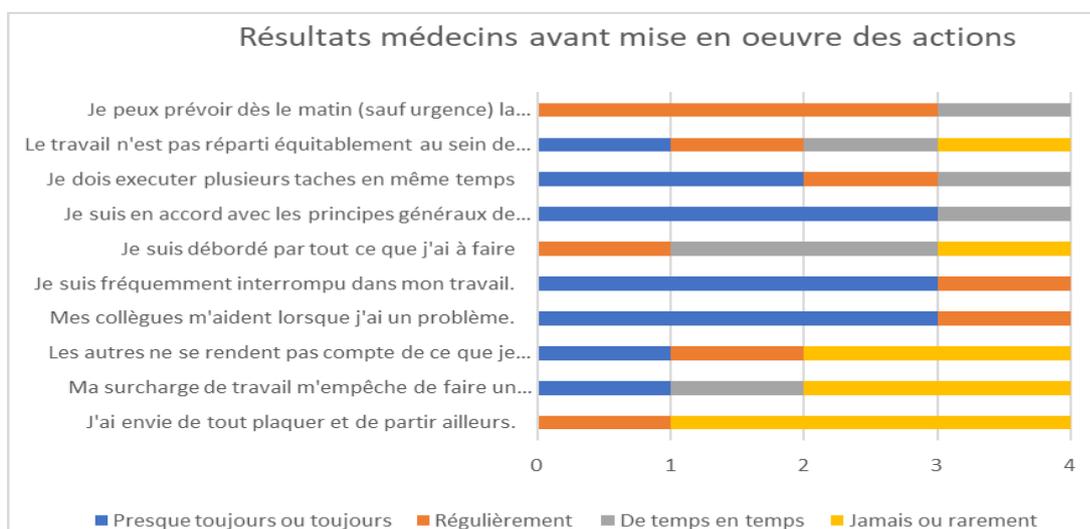
### Grade secrétaires avant la mise en œuvre des actions



Graphique 1B. Réponses secrétaires

Les réponses sont représentatives car la seule secrétaire qui n'a pas répondu est une secrétaire à 0.3 ETP qui occupe son poste depuis moins d'un mois au moment du questionnaire. On retrouve une difficulté par rapport à l'anticipation du travail (3/3) et une sensation d'être débordé (3/3), une entraide variable sur le grade (2/3 plutôt oui), un bon ressenti par rapport aux orientations du service (3/3), une reconnaissance par les autres du travail réalisé faible (1/3). Dans les commentaires libres, les secrétaires demandent une amélioration dans la mise en œuvre des règles définies et validées en équipe et signalent une difficulté à se sentir des membres de l'équipe à part entière (problèmes de communication avec les autres soignants).

### Grade médecins avant la mise en œuvre des actions

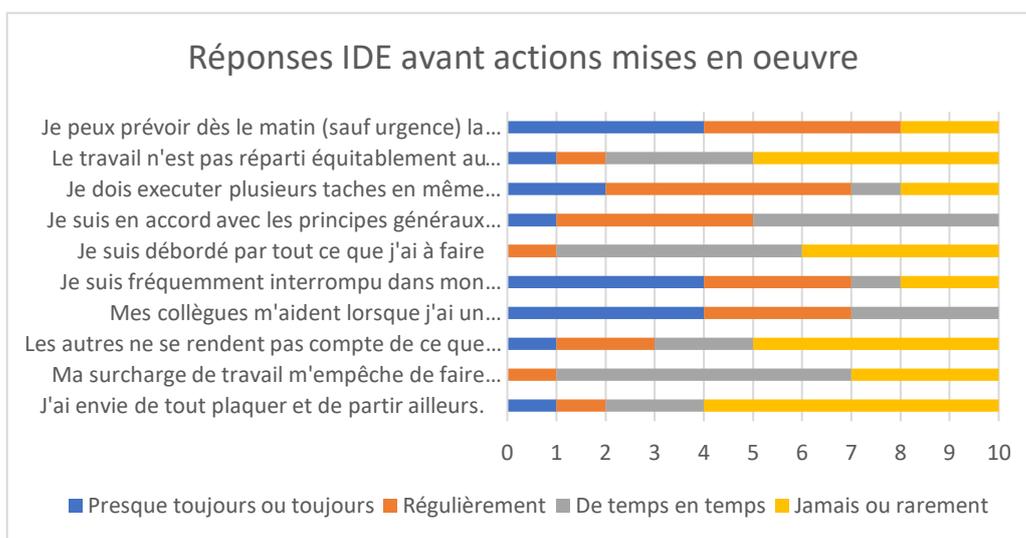


Graphique 1C. Réponses médecins

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Les réponses sont représentatives. Deux médecins n'ont pas répondu : un présent une journée par semaine et un qui vient d'arriver. On retrouve une bonne entraide (4/4), un bon ressenti par rapport aux orientations du service (3/4), une reconnaissance par les autres du travail réalisé variable (2/4) et une problématique d'interruption de tâches (4/4). Une amélioration de la communication sans proposition d'action est demandée par un médecin.

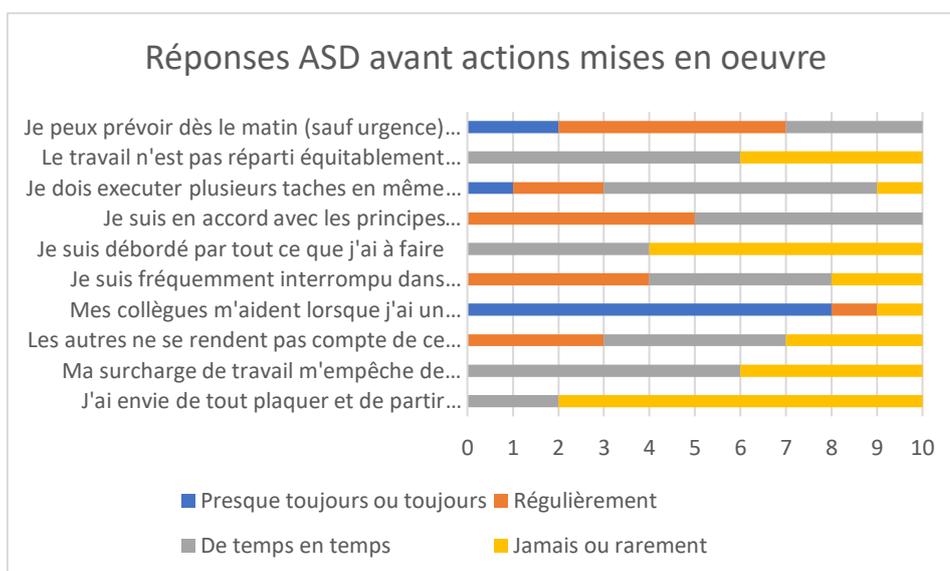
### ✚ Grade IDE avant la mise en œuvre des actions



Graphique 1D. Réponses IDE

On retrouve une très bonne entraide (7/10), une problématique d'interruption de tâches (7/10). Les autres questions ont des réponses plus difficiles à synthétiser car assez variables. Dans les commentaires libres, les IDE souhaitent un travail sur les organisations.

### ✚ Grade ASD avant la mise en œuvre des actions



Graphique 1E. Réponses ASD

On retrouve une très bonne entraide (8/10), pas de problématique franche d'interruption de tâches (3/10) et une bonne anticipation possible du travail (7/10). Les autres réponses sont plus difficiles à synthétiser du fait de réponses variables. Dans les commentaires libres, les ASD souhaitent un travail sur les organisations.

### III.1.3. Synthèse des 2 questionnaires avant la mise en œuvre des actions

Le ressenti par des discussions informelles au sein du service de diabétologie se retrouve dans le questionnaire global sur le CH de Vienne : sentiment de dégradation des conditions de travail, d'une désorganisation du travail avec des interruptions de tâches (surtout grade IDE et médecins), sentiment de non reconnaissance par la hiérarchie mais en revanche un sens du travail intact et une entraide entre collègues conservée. Ce sont ces premiers résultats qui nous ont conforté dans la mise en place d'espaces de discussion pluriprofessionnels. Il est plus difficile de faire une synthèse de la QVT des médecins très peu ayant répondu au questionnaire global du CH de Vienne.

Sur le questionnaire réalisé dans le service, on note toutes catégories confondues : peu d'agents souhaitent partir (2/30 « presque toujours ou toujours », mais deux IDE ont des projets personnels) ; la plupart se reconnaît dans les principes généraux d'organisation du service (19/30 plutôt oui, 0/30 jamais) ; il n'existe pas de sentiment de surcharge de travail franche (26/30 plutôt non) et pas de sentiment généralisé d'être débordé (24/30 plutôt non), avec un travail ressenti comme équitablement réparti (26/30 plutôt oui) ; la reconnaissance du travail réalisé par les collègues est très variable (11/30 plutôt non) ; il y a un bon niveau d'entraide dans l'équipe (24/30 plutôt oui) ; il existe un problème dans l'interruption récurrente des tâches ou la réalisation de plusieurs tâches en même temps (18/30 sont interrompus au moins régulièrement et 16/30 doivent réaliser plusieurs tâches en même temps). Dans les commentaires libres, on retrouve des difficultés de communication, une volonté de travailler sur les organisations et un besoin de davantage de convivialité.

### III.2. Questionnaire d'évaluation après la mise en place des espaces de discussions sur le travail

#### Généralités

Le questionnaire a été distribué à 38 personnes : 4 Secrétaires, 4 ASH, 10 ASD, 14 IDE, 6 Médecins. 29 personnes ont répondu au second tour. Malheureusement, 10 personnes n'ont pas spécifié leur grade. Il n'est donc pas possible de faire une évaluation comparative (avant / après

les actions) par grade mais seulement de manière globale sauf pour le grade secrétaires (4 réponses identifiées) et le grade médecins (5 réponses identifiées et la question spécifique au médecin permet d'être certain que les questionnaires sans catégorie sélectionnée ne sont pas ceux d'un médecin).

### ✚ Grade secrétaires après la mise en œuvre des actions

On retrouve toujours une difficulté par rapport à l'anticipation du travail (4/4 après vs 3/3 avant) et une sensation d'être débordé (4/4 « régulièrement » après vs 3/3 « toujours ou presque toujours » avant), une entraide en amélioration sur le grade (4/4 après vs 2/3 avant), un bon ressenti par rapport aux orientations du service (3/4 après vs 3/3 avant), une mauvaise reconnaissance par les autres du travail réalisé (4/4 après vs 2/3 avant). Il n'y a donc pas globalement d'effet bénéfique des actions mises en place sauf sur l'item « sensation d'être débordé ». Dans les commentaires libres, les secrétaires se plaignent toujours d'un problème d'intégration dans l'équipe et demandent davantage de moments de convivialité. Pourtant à la question « les moments de convivialité de type calendrier de l'avant, concours photos, livre photos, repas de service améliorent ma qualité de vie au travail » 100% (4/4) répondent « jamais ou rarement ».

### ✚ Grade médecins après la mise en œuvre des actions

Les réponses sont représentatives. Un médecin présent seulement une journée par semaine n'a pas répondu. On retrouve une bonne entraide (4/5 après vs 4/4 avant), un bon ressenti par rapport aux orientations du service (4/5 après vs 3/4 avant), une reconnaissance par les autres du travail réalisé en amélioration (5/5 après vs 2/4 avant) et une problématique d'interruption de tâches en amélioration (3/5 après vs 4/4 avant).

### ✚ Grade IDE, ASH, ASD après la mise en œuvre des actions

Plusieurs (10/29) n'ont pas noté leur grade et l'évaluation par grade n'est pas possible. Nous réalisons donc une évaluation globale de l'équipe sur l'ensemble des items.

### ✚ Synthèse des résultats après la mise en œuvre des actions

Les réponses « presque toujours ou toujours » et « régulièrement » sont regroupés en plutôt oui, Les réponses « de temps en temps » et « rarement » sont regroupés en plutôt non.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Items	Plutôt oui (%) avant actions (n=30)	Plutôt oui (%) après actions (n=29)
Envie de tout plaquer	16.7	28.8
Surcharge de travail	13.3	34.4
Les autres ne se rendent pas compte de ma charge de travail	36.7	33.3
Je peux compter sur l'aide de mes collègues	80	68.9
Je suis fréquemment interrompu dans mes tâches	65.5	60
Je suis débordé par tout ce que j'ai à faire	20.6	20
Je suis d'accord avec les principes d'organisation du service	63.3	75.8
Je dois exécuter plusieurs tâches en même temps	53.3	65.5
Le travail n'est pas réparti équitablement dans le service	13.3	37.9
Je peux prévoir sauf urgence le matin le déroulé de ma journée	70	55.1

Tableau 4. Résultats pour l'ensemble de l'équipe (IDE, ASD, médecins, secrétaires, ASH) à 6 mois de la mise en place de nouveaux espaces de discussions pluriprofessionnels sur les organisations.

### Evaluation des espaces de discussions pluriprofessionnels sur les organisations

Items	Plutôt oui (%) (n=29)	Plutôt non (%) (n=29)
Les actions de convivialité améliorent ma qualité de vie au travail	44.8	55.2
Le travail sur la synchronisation améliore la communication	44.8	55.2
Le travail sur la synchronisation améliore l'organisation	48.2	51.8
Depuis le début de l'année je me sens mieux au travail	48.2	51.8

Tableau 5. Résultats pour l'ensemble de l'équipe (IDE, ASD, médecins, secrétaires, ASH) à 6 mois de la mise en place de nouveaux espaces de discussions pluriprofessionnels sur les organisations.

A noter que 100% des médecins souhaite la poursuite de l'action sur la clinique de l'activité encadrée par la psychologue du travail et 81% des soignants souhaitent la poursuite du travail sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux.

✚ Exemples d'échanges lors des rencontres sur la synchronisation des temps médicaux et non médicaux

Grade et déclaration avant le début des actions	Objectif	Grade et déclaration après le début des actions
Secrétaire : « <i>Nous ne nous sentons pas membres de l'équipe. Pourtant, sans nous, même si nous ne sommes pas au chevet du patient il n'y aurait aucune programmation possible</i> »	Amélioration de l'intégration dans l'équipe	Secrétaire : « <i>L'organisation ces derniers mois s'est beaucoup améliorée mais nous ne nous sentons toujours pas intégrées dans l'équipe</i> » »
IDE : « <i>Nous passons notre temps à attendre les papiers de sortie des patients, les ambulanciers s'énervent c'est insupportable</i> »	Diminuer les temps d'attente IDE/ médecins	IDE: « <i>Il y a beaucoup moins de tension depuis qu'il y a ces temps de réunions</i> »
Médecin : « <i>on est toujours interrompu, parfois on ne sait même plus ce qu'on était en train de faire</i> »	Diminuer les interruptions de tâches	Médecin : « <i>Depuis le début des actions de synchronisation on est beaucoup moins interrompu notamment par les consultations carnet</i> »
ASD : « <i>Selon l'IDE, on n'a pas le même travail à faire</i> »  ASH : « <i>lors de la distribution du petit déjeuner, on est selon l'équipe ASD tout seul</i> »	Améliorer la synchronisation IDE/ASD/ASH	ASH : « <i>l'organisation du travail avec l'IDE de journée est beaucoup plus fluide</i> »  ASD : « <i>On arrive beaucoup mieux à communiquer depuis le début de l'année</i> »

#### IV. Discussion

Le mouvement de réformes accéléré des dernières années (nouvelle gouvernance, tarification à l'activité, codage des séjours alourdissant la charge administrative des praticiens hospitaliers, plan de retour à l'équilibre pour de nombreux hôpitaux, certification, loi Hôpital Patients Santé Territoires...) focalisé sur la maîtrise des dépenses, la qualité des soins et l'avenir de l'hôpital public, s'est accompagné d'un tournant « gestionnaire » qui impacte en profondeur le travail des différents acteurs hospitaliers (8,9). Dans ce contexte, il semble important que les configurations de travail redonnent la main aux acteurs du quotidien sur le travail qu'ils font, comme triple levier de performance institutionnelle (10), de santé au travail (11) et de gestion des risques (2). Il semble néanmoins indispensable que les bases du travail en équipe soient posées (gestion des risques, matrice organisationnelle, projet de service) comme un cadre sécurisant pour les patients et les soignants, qui sera ensuite discuté pour que chacun au-delà de ces contraintes puisse garder ou trouver un sens au travail. Ainsi, la première étape fondatrice de cette réflexion dans le service de diabétologie a été de mettre en place une politique gestion des lits

« le patient au bon endroit avec la bonne équipe pour le prendre en charge et la juste durée de séjour » (12) puis une action sur la gestion des risques (3).

Avec le déploiement de cette politique gestion des risques, des premiers temps de discussion pluriprofessionnels en équipe ont été mis en place. Il s'agissait d'une évaluation des pratiques professionnelles de type RMM et patients traceurs (13,14). L'objectif de ces démarches est bien sûr d'améliorer les pratiques et donc la qualité des soins en discutant en équipe soit autour d'un processus de soins (15), soit autour d'un événement indésirable (16). Cette méthode est utilisée en routine dans le service et a permis de sanctuariser des premiers espaces de discussion sur le travail.

Une autre approche davantage organisationnelle a ensuite été déployée. Il s'agit de la démarche de synchronisation des temps médicaux et non médicaux (7) afin de limiter les temps d'attente pour les soignants entre eux mais aussi pour les patients. On constate que cette démarche très participative n'a à ce jour pas eu de conséquence positive sur le ressenti de l'équipe : augmentation de « l'envie de tout plaquer » (28.8% après vs 16.7% avant), augmentation de la surcharge de travail (34.4% après vs 13.3% avant) ; diminution de l'entraide qui était pourtant un levier (68.9% après vs 80% avant), augmentation du multitâches (65.5% après vs 53.3% avant), augmentation franche de la mauvaise répartition des tâches (37.9% après vs 13.3% avant) ; diminution de la capacité de prévoir la journée (55.1% après vs 70% avant). Pour expliquer ces résultats, on peut émettre deux hypothèses : soit la mise en place d'espaces de discussion sur le travail est totalement inutile, ce qui irait à l'encontre de toute la littérature ; soit ce travail a permis de prendre conscience au sein de l'équipe de certains dysfonctionnements et de mettre en évidence une mauvaise répartition des tâches notamment entre IDE et ASD. On constate d'ailleurs que le travail sur la répartition des tâches en cours depuis plusieurs mois n'est toujours pas finalisé. En ce qui concerne la charge de travail, comme souvent en début de période estivale des tensions en lien avec le sous-effectif estival apparaissent, l'équipe médicale va aussi se retrouver en sous-effectif à partir de septembre ce qui crée un stress professionnel important et un ressenti assez négatif. Il est en revanche plus préoccupant que « l'envie de tout plaquer » augmente alors que la mise en place d'espaces de discussions aurait dû entraîner par l'implication des différents grades dans les décisions un attachement plus important au service. Pour le binôme cadre de santé-chef de service, on peut alors se demander l'utilité d'une telle démarche : que produisent au final ces espaces de discussions, toute l'énergie déployée pour en définir leur ingénierie, les animer, le temps utilisé ? Mais il est important de souligner que 40 à 45% des salariés sont dans des situations à la fois de bien-être et de mal être au travail c'est-à-dire qu'ils

ont à la fois des difficultés à concilier vie professionnelle et vie personnelle mais qu'en même temps ils sont satisfaits de leur activité ; il est donc très difficile d'interpréter des questionnaires de qualité de vie (17). Néanmoins, l'étude préliminaire présentée montre des résultats mitigés dans le service de diabétologie car probablement mesurés trop précocement par rapport au début de l'intervention (17).

Ainsi, 48.2% des membres de l'équipe se sent mieux au travail depuis le début de l'année alors que le sentiment général sur le CH de Vienne évolue plutôt au niveau global vers une dégradation des conditions de travail.

Par ailleurs, on retrouve une tendance plutôt positive sur l'interruption de tâches (60% après vs 65.5% avant). Ces deux paramètres (tâches multiples et interruption de tâches) sont des indicateurs fondamentaux de la synchronisation des temps et évoluent de manière très positive pour le grade médecins surtout pour l'item « interruption de tâches » : 4/4 se plaignent sur l'évaluation initiale de l'interruption de tâches « toujours ou presque toujours » alors qu'après les actions de synchronisation seuls 2 médecins sur 5 ont la même plainte mais avec une fréquence moindre (« régulièrement »). Or, il est essentiel de pouvoir diminuer l'interruption des tâches dans un service car il s'agit d'un problème organisationnel mais c'est aussi un facteur de risques d'événements indésirables graves (18).

De même, l'amélioration en termes d'organisation est évidente sur des indicateurs simples d'évaluation de la charte de fonctionnement médical : pas de conflit entre l'IDE de journée et des transporteurs de patients sur les six derniers mois alors qu'il s'agissait d'un événement au moins mensuel auparavant, diminution franche de l'attente de l'IDE de consultation pour avoir un avis médical. En revanche, on ne retrouve pas de ressenti majoritairement positif de cette démarche de synchronisation sur la communication (44.8%).

Concernant l'organisation, le ressenti est plus favorable (48.1%). Pourtant, lorsqu'on regarde les échanges en début de réunion synchronisation, on constate en analysant les échanges des dernières réunions de synchronisation une évolution favorable depuis six mois. Il y a donc une non concordance entre ces échanges et les résultats mesurés lors des questionnaires. Au vu de ces résultats globaux mitigés, un sondage dans le service a été réalisé pour savoir si nous devions poursuivre ce travail d'échanges et le résultat est un plébiscite (81% de réponses positives en faveur de la poursuite de ce travail).

En revanche, sur le grade secrétaire, il existe toujours un sentiment de mauvaise intégration dans la dynamique d'équipe. Il semblait donc intéressant de faire un projet regroupant l'ensemble des intervenants médicaux et non médicaux (les soignants au sens large c'est-à-dire

toute personne qui intervient auprès du patient et donc les secrétaires) pour « reconnaître et mettre en valeur » le travail de chacun.

Sur l'impulsion du projet médical de l'hôpital, nous avons essayé de mettre en place la méthode du chemin clinique. Le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable. L'objectif est de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques. L'appropriation des recommandations, l'amélioration de la coordination et de la communication ou encore la gestion des risques, guident la mise en place des chemins cliniques. Ils simplifient aussi la prise en charge tout en limitant la variabilité des pratiques et en permettant de reconnaître le travail de chacun (19). Dans le même esprit de soutien des démarches collaboratives, l'HAS a développé le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en équipe). Cette expérimentation vise à faire passer une « équipe d'experts à une équipe experte » grâce à une boîte à outils validée à partir de l'expérimentation d'équipe de soignants volontaires en utilisant le collectif de travail autour notamment de la communication, de la gestion des risques en équipe, de la capacité d'alertes et de l'implication du patient afin de sécuriser les prises en charge (20). On retrouve aussi le soutien à des démarches « qualité de vie » coordonnées dans les établissements par l'HAS, l'ANACT et la DGOS qui a mis en place une approche de « clusters » où on retrouve dans les différentes expérimentations réalisées dans les établissements volontaires une forte démarche participative (21). Néanmoins, ces temps de discussions pluriprofessionnels permettent de « parler du travail » en termes de gestion des risques ou d'organisation mais permettent peu de s'exprimer sur le vécu au travail ou le sens du travail.

Par exemple, les réunions de gestion des risques médicaux entraînent la mise en œuvre de plans d'actions en réponse à un événement inattendu ou à un dysfonctionnement organisationnel avec un bénéfice net pour les patients (22) mais ne permettent pas une expression du médecin sur le vécu d'un événement indésirable ou de son travail au quotidien. D'autres approches peuvent donc être complémentaires lors des événements graves, faut-il encore que l'institution les mette en place. Celles-ci doivent avoir lieu rapidement après l'événement contrairement à la RMM qui se fait toujours à distance de l'événement. On peut ainsi citer les premiers secours émotionnels ou le debriefing qui permettent aux soignants de mieux traverser cette expérience difficile où, à la suite d'un événement indésirable grave pour le patient, il a été lui aussi exposé à une charge émotionnelle aigue (23).

En dehors de ces situations traumatiques pour le soignant, le travail reste malheureusement souvent abordé dans les services hospitaliers, par sa face sombre, celle de la souffrance (24). Il semble pourtant indispensable de mener une réflexion sur la dimension positive du travail incluant l'accomplissement de chaque soignant (25). Dès 1957, Michael Balint, médecin psychiatre et psychanalyste anglais d'origine hongroise, proposa une formation de groupe pour essayer de comprendre pourquoi, malgré de sérieux efforts de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est si souvent insatisfaisante, voire malheureuse, alors même que le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est précisément le médecin (26). Leur recherche n'avait pas pour ambition de livrer une solution miracle : l'objectif de Balint et de son séminaire étaient surtout de permettre aux médecins de reconsidérer leur expérience de tous les jours, pour mieux cerner des problèmes coûteux en travail inutile pour les praticiens et en souffrances tout aussi inutiles pour les patients. En pratique, il s'agit d'un groupe d'une dizaine de personnes qui se retrouvent régulièrement pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné questionne. La règle de fonctionnement est basée sur la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte, les associations libres des idées et des ressentis, l'absence de notes, le respect de la parole des autres sans évaluation ni jugement dans la plus stricte confidentialité. Par ailleurs, cette approche nécessite la présence d'un à deux leaders formés à la psychanalyse, ce qui explique que cette démarche n'a pas été déployée dans le service car il n'y a pas de soignants formés à la méthode Balint sur le CH de Vienne (27). D'autres approches de type groupe de parole animé par un psychologue peuvent aussi être mises en place dans des secteurs à risques comme dans un service de réanimation, où l'intérêt et l'utilité d'une prise en charge psychologique des soignants sont reconnus. En effet, plusieurs auteurs rapportent qu'il existe entre 33 et 41 % des soignants qui souffrent de burn-out dans ce type de spécialité et l'approche coordonnée du cadre et de la psychologue semble être très pertinente pour prévenir la souffrance au travail (28).

Il semblait donc pertinent d'utiliser des compétences présentes sur le CH de Vienne notamment grâce à la psychologue du travail afin de mettre en place un travail spécifique sur la clinique de l'activité. Ce travail est en cours avec l'ensemble de l'équipe médicale. Les premières rencontres laissent espérer un effet très positif notamment parce que cette démarche fait l'unanimité (100% des praticiens souhaitent poursuivre ce travail) et devrait améliorer la qualité de vie au travail, malmenée ces dernières années dans le service de diabétologie à la suite de différents épisodes de sous-effectif (3). Canguilhem définit ainsi la santé « je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des

choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi » (29). Activité et santé sont donc synonymes à condition que l'individu puisse développer des actions possibles permettant de se reconnaître dans ce qu'il fait (30). Différentes approches contribuent au développement de la clinique du travail (31) et ont toutes en commun la question centrale des ressources pour l'action en milieu de travail : psychologie sociale clinique (32), psychodynamique du travail (33, 34), socio-psychanalyse (35), sociologie et sciences de gestion (36), ergonomie (37) et clinique de l'activité.

La clinique de l'activité, selon les travaux d'Yves Clot, repose sur l'équilibre entre les 4 dimensions composant les « ressources psychosociales du travail » : dimension personnelle (expériences, compétences, formation), dimension interpersonnelle (ressources avec les autres, pouvoir d'agir), dimension transpersonnelle (les normes, les valeurs partagées), dimension impersonnelle (prescription du poste sur le comment faire, l'objectif). Un déséquilibre génère des empêchements (ce qu'on pense qu'il faudrait faire mais que l'on ne parvient pas à faire) qui peut impacter au fil du temps la santé au travail (30). A ce titre, la clinique de l'activité travaille sur l'équilibre des ressources du métier. L'objectif est de trouver des compromis dynamiques sur le travail à faire et les critères d'un travail bien fait. En ce sens la charte de fonctionnement médical était probablement un premier pas vers ce type de dynamique mais ne s'intéressait qu'au compromis sur le travail à faire mais pas sur les critères d'un travail bien fait. Or c'est probablement aussi ce deuxième critère qui est important dans la définition d'une organisation pertinente. Mais pour arriver à s'interroger au-delà des organisations, un tiers aurait été probablement utile (38), pour animer une « dispute professionnelle » constructive c'est-à-dire un échange où les points de vue divergent et sur lesquels il faut argumenter pour construire (39).

En l'absence de tiers, ce type de démarche peut mettre en difficulté le chef de service qui est à la fois participant aux soins (un clinicien de tous les jours qui travaille en équipe) et animateur de réunions à forte charge émotionnelle (gestion des risques, réunions organisationnelles). Il reçoit toutes les colères de ses collègues de travail sans avoir de reconnaissances institutionnelles : pas de temps dédié au vu de la complexité du profil de poste alors que le problème du temps est primordial dans ce type de démarche, pas de dédommagement financier, pas d'évaluation régulière de type entretien annuel avec la direction pour pouvoir exprimer les difficultés mais aussi les points positifs.

De même, l'autre élément du binôme qui anime l'équipe, le cadre de santé est particulièrement « empêché » dans le management de proximité pour maintenir les « machines de gestion » (gestions des risques, certification HAS, planning des agents, absentéisme, réunions institutionnelles de type « descendantes », tableaux d'indicateurs à incrémenter), qui là aussi altèrent le sens du travail du cadre de santé. Ainsi, les travaux de M. Detchessahar démontrent dans le programme SORG (Santé, Organisation et Gestion des Ressources Humaines) que le management de proximité n'est probablement pas le problème mais plutôt la solution. Il s'agit d'une recherche sur les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail en partenariat avec une vingtaine d'organisations de trois secteurs d'activité différents (industrie santé-social et métiers du téléphone) entre 2006 et 2009. Dans cette enquête, le facteur essentiel de fragilisation des individus est l'absence de management de proximité qui induit une menace de la mise en discussion du travail (40). Or les espaces de discussion, apparaissent comme opérateur de santé au travail quand il faut combiner comme à l'hôpital de multiples exigences de qualité et de performance. La discussion permet ici au premier chef de restaurer le sens du travail dans l'acceptation modeste mais nécessaire de la direction du travail quotidien.

Les trois critères de ces espaces de discussions sont : la temporalité de la discussion sur le travail (la création de rencontres sanctuarisées dans le service de diabétologie a probablement permis en partie de faire évoluer la place de chacun : chemin clinique, rencontre du mardi, synchronisation, clinique de l'activité) ; la conception et les modes d'usage des outils de gestions (par exemple les indicateurs de la charte de fonctionnement du service de diabétologie ou des actions de synchronisations qui ne sont pas que des indicateurs mais aussi des outils pour faire « rebondir la discussion », provoquer la réflexion sur de nouvelles pistes d'organisations) ; la plus ou moins grande formalisation des espaces de discussion (du chemin clinique par exemple ou de la charte de fonctionnement aux réunions informelles avec les secrétaires ou les Café&co).

Il s'agit donc finalement de s'approcher y compris à l'hôpital sur les thématiques organisationnelles d'un management subsidiaire sans oublier le dialogue et la collégialité. Ceci permettrait en effet de mieux lutter contre les empêchements générés par l'excès de prescriptions établies trop loin du terrain et à soutenir les espaces de discussions pluriprofessionnels (41). L'autorité subsidiaire postule ainsi que les personnes au contact du travail ont des choses pertinentes à dire sur les nécessités du travail (42). Ceci est illustré dans notre étude par les échanges sur la synchronisation où les thématiques les plus intéressantes en

termes d'amélioration des pratiques sont souvent venues de déclarations initiales de l'ASH référente. Ceci rend nécessaire une ingénierie des espaces de discussions permettant un climat de confiance où chacun de l'ASH au médecin s'exprime librement avec un temps de parole équivalent. Il ne s'agit donc pas d'un nouveau type de management mais plutôt d'une autre posture du binôme chef de service-cadre de santé afin d'animer l'équipe et être capable de dépister les alertes de mauvais fonctionnements des espaces de discussions (faible engagement, détournements des sujets initiaux et règlements de comptes individuels, lourdeur de la transmission des informations, rigidité dans l'organisation avec nombreux reports de réunions, manque de résultats et d'effets) (43). Aucun de ces éléments n'a été détecté dans notre étude ce qui est un élément qui incite à poursuivre ce travail.

Néanmoins, la complexité de ce type de démarche est de maintenir dans le temps des espaces de discussion pérennes, ce qui implique la nécessité d'une formation régulière du management de proximité, ce qui reste très complexe compte tenu de l'absence de temps dédié pour les fonctions managériales de type chef de service (44).

### **V. Conclusion**

Les espaces de discussions dans le service de diabétologie du CH de Vienne revêtent plusieurs aspects : gestions des risques, réunions organisationnelles sur la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux ou animation par un tiers psychologue dans le cadre d'une démarche clinique de l'activité pour les médecins.

La mise en place de temps d'échanges sur le travail dans un service médical hospitalier est comme nous l'avons montré une piste pour mieux soigner les patients notamment par l'intermédiaire des échanges sur le thème de la gestion des risques et l'organisation des soins. Mais cela suffit-il à prendre soin des soignants ? La mise en place d'un management participatif basé sur des espaces de discussions pluriprofessionnels dans un service hospitalier repose sur un équilibre fragile. Il existe des difficultés multiples surtout pour le binôme chef de service-cadre de santé en charge de l'animation de cette démarche : absence de temps dédié pour les chefs de service et les cadres de santé souvent empêchés par d'autres actions à mener, besoin de formation et de temps pour le faire, difficulté pour rendre ces temps d'échanges pérennes, difficulté de se contenter d'avancées mineures alors que l'investissement est important.

Gérer la qualité de vie au travail n'est donc pas uniquement à la charge de la direction des ressources humaines. C'est aussi un sujet d'ordre managérial et organisationnel. Notre étude

montre que la mise en place d'un management participatif par des espaces de discussion, toujours en accord avec une politique institutionnelle, reste complexe avec des résultats variables en termes de ressenti des équipes mais une des faiblesses de notre étude est l'évaluation dans un délai trop court (6 mois) des actions mises en œuvre alors qu'elles doivent être évaluées plutôt à moyen ou long terme. Pourtant, les résultats de l'étude CSA (Consumer Science & analytics) de 2013 nous invitent à continuer dans ce sens (45) : les salariés ont envie de parler de leur travail avec leurs collègues et leur manager, c'est à dire avec les individus avec lesquels ils l'exercent au quotidien. La littérature montre que les espaces de discussion de type synchronisation dans notre étude sont des espaces collectifs pluriprofessionnels qui permettent une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, les ressources, les contraintes sans oublier le sens de l'activité comme dans la démarche clinique de l'activité. Ces espaces de discussions doivent se dérouler dans un cadre précis avec des règles co construites avec les participants. Il ne s'agit pas seulement de discussions informelles de type café&co dans notre service, qui si, elles participent au sentiment important d'appartenir à une équipe ne sont pas ressenties dans notre étude comme un levier fort de l'amélioration des conditions de travail.

En effet, les espaces de discussions visent plutôt à produire des propositions d'amélioration concrètes et des décisions collégiales sur la façon de travailler. Il s'agit aussi de réhabiliter la « dispute professionnelle » c'est-à-dire réinstaller dans le collectif des désaccords sur le travail, comme objet de dialogue, arrangements et compromis que nécessitent le caractère irréductiblement erratique de l'activité quotidienne hospitalière. Tout ceci concourt à un management par le travail pour faciliter un travail ayant du sens pour ceux qui le réalisent tout en mettant en place une dose de subsidiarité. Ceci nécessite une formation managériale adaptée, un temps dédié et une reconnaissance du travail non clinique des praticiens hospitaliers. L'évolution de la fonction de chef de service en partenariat avec le cadre de santé doit se poursuivre pour tenter ainsi de prendre soin de l'ensemble de l'équipe hospitalière (soignants et non soignants, chef de service et cadre de santé eux-mêmes) et pour participer ainsi à l'amélioration de la qualité de vie au travail à l'hôpital.

## VI. Bibliographie

Les articles en lignes ont été consultés entre décembre 2016 et septembre 2018

---

1. Agostini M. et al. Les restructurations dans les hôpitaux publics en France. [En ligne]. Disponible sur [https://www.etui.org/.../4904/49338/file/HESAmag\\_04\\_FR\\_p25-29.pdf](https://www.etui.org/.../4904/49338/file/HESAmag_04_FR_p25-29.pdf).

2. Haute Autorité de Santé. Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de littérature. Paris : HAS ; 2016.
3. Beltran. S. Mise en place d'une politique gestion des risques dans un service hospitalier en sous-effectif médical chronique : la jurisprudence et la littérature justifient elles les orientations prises ? DIU droit médical et gestion des risques médicaux. Université Paris XIII- Paris VII ;2017,52p.
4. Accord national interprofessionnel (ANI) Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité [En ligne]. Disponible sur <http://laqvt.fr/lani-sur-la-qvt-et-legalite-professionnelle>.
5. La démarche participative dans les soins. Colombat P, Altmeyer A, Bauchetet C, Trager S. La démarche participative dans les soins. *Innov Ther Oncol* 2016;2:65-71.
6. E. Couty. Situation du CHU de Grenoble. professionnelle [En ligne]. Disponible sur [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_couty\\_chu\\_de\\_grenoble.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_couty_chu_de_grenoble.pdf) solidarités-sante.gouv.fr.
7. Agence Nationale d'Appui à la Performance. Synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. Démarche méthodologique. Paris : ANAP ; 2017.
8. M. Raveyre, P. Ughetto. Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières, *Revue française des affaires sociales*, 2003;3:95-119.
9. A. Grevin, Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don : étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnisme". Doctorat en sciences de gestion, Université de Nantes ;2011,518p.
10. H. Lachmann et coll. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. [En ligne]. Disponible sur [www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081.pdf](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000081.pdf).
11. Y. Clot. Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris : La Découverte; 2010, 192p.
12. Agence Nationale d'Appui à la Performance. Gestion des lits, vers une nouvelle organisation. Le kit d'outils. Paris : ANAP ; 2015.
13. Haute Autorité de Santé. Méthode revue de morbi-mortalité. Méthodologie. Paris : HAS ; 2009.
14. Haute Autorité de Santé. Méthode du patient traceur Méthodologie. Paris : HAS ; 2014.
15. E.Salas et al. Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors*. 2008;50:903-33.
16. C. Vincent. People Create Safety. In : Patient safety. Oxford: Wiley-Blackwell editions: 2010, p. 33-44.
17. E. Abord de Chatillon, A. Debard, F. Daniellou, Y Clot, V. Ghadi, M. Detchessahar. Colloque 22 octobre 2014 « Management et bien être au travail ». [En ligne] disponible sur <https://www.hopitaldugier.fr>.
- 18 . Westbrook JI1, Woods A, Rob MI, et al. Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med*. 2010 Apr 26;170:683-90.
19. Haute Autorité de Santé. Méthode chemin clinique. Méthodologie. Paris : HAS ; 2017.
20. Haute Autorité de Santé. Programme d'amélioration continue du travail en équipe- Pacte- Rapport final de l'expérimentation. Paris : HAS ; 2018.

21. Haute Autorité de Santé. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Expérimenter c'est imaginer. Revue de littérature. Paris : HAS ; 2017
22. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13(suppl 1): i85-i90.
23. B. Guyard Boileau. Vidéo pédagogique. « Premiers secours émotionnels et débriefing », DIU soigner les soignants. Université Toulouse III et Paris Diderot ;2017. [En ligne]. Disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=HlcHRZzmhus>
24. E. Faveareau. « Nous, médecins hospitaliers et cadres de santé... » ; 2018. [En ligne]. Disponible sur <https://www.liberation.fr/auteur/1848-eric-faveareau>.
25. Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. 10 questions sur la qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ? Paris : ANACT ;2015
26. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot & Rivage;1996,430p.
27. Société médicale Balint. [En ligne] disponible sur [www.balint-smb-france.org/](http://www.balint-smb-france.org/) groupes balint/ fonctionnement des groupes.
28. F. Marchewka · E. Petit Prise en charge psychologique des équipes de réanimation pédiatrique. Regard croisé cadre de santé-psychologue. *Réanimation* 2011 ;20:S687-S690.
29. Canguilhem G. Ecrits sur la médecine. Paris : Le Seuil; 2002, 124p.
30. Y. Clot. Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006;1:165-177.
31. D. Lhuilier. Cliniques du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2006;1:179-193.
32. D. Lhuilier. Introduction à la psychosociologie du travail. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2013;15 :11-30.
33. I. Gernet. Travail, souffrance et défenses : du groupe au collectif. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*.2017;68:33-46.
34. V. Ganem. Intervention en institution : dialogue entre la psychodynamique du travail et l'approche psychanalytique des groupes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2017;68:25-32.
35. C. Rueff-Escoubes. Le psychologique et l'institutionnel : une intervention sociopsychanalytique dans un service de pédiatrie. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2006;1:149-164.
36. M. Detchessahar et al. Entre cacophonie et silence organisationnel, concevoir le dialogue sur le travail. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*. 2017;130:33-45.
37. Y. Clot, P. Simonet. Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre. *Le travail humain*. 2015;7:31-52.
38. B. Prot. La fonction du clinicien dans les méthodes de cliniques de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2006;1:31-44.
39. Y. Clot. Réhabiliter la dispute professionnelle. *Le journal de l'école de Paris du management*. 2014;105:9-16.
40. M. Detchessahar. Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème mais la solution. *Revue Française de gestion*. 2011;214:90-105.

41. M. Detchessahar. Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations*. 2013;19:57-80.
42. M. Detchessahar, et al. Quels modes d'intervention pour soutenir la discussion sur le travail dans les organisations ? *@GRH*. 2015;16 :63-89.
43. Haute Autorité de santé. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Les espaces de discussion sur le travail. Un outil pour mettre en débat le travail. Paris :HAS ; 2017.
44. MA Desailly-chanson, et al. Etablissements de santé risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques ;2016. [En ligne]. Disponible sur [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R\\_Tome\\_I-2.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf)
45. Enquête « Qualité de vie au travail – Représentations, vécus et attentes des salariés français » réalisée en septembre 2013 sur un échantillon représentatif de 1623 personnes. [En ligne]. Disponible sur <https://opi20131017-qualite-de-vie-au-travail-15-octobre-2013-csa>