



QVT et qualité des soins et des accompagnements

Restitution du groupe de travail / Actualisation 2021

La phase aiguë de l'épidémie de COVID 19 a été l'occasion de nombreuses initiatives visant à conforter ou à sécuriser la qualité de soins par des initiatives en matière de Qualité de vie au travail qui ont permis de sécuriser les collectifs alors même que l'épuisement pouvait atteindre individuellement chacun des membres de la communauté hospitalière.

Elle a amené à reprendre la réflexion du groupe de travail « QVT et qualité des soins et des accompagnements » de 2019 afin d'actualiser les préconisations en tenant compte du vécu de la pandémie.

Pour cette actualisation, notre groupe de travail a comporté 10 participants et s'est réuni à 5 reprises en distanciel, les modifications étant proposées entre les réunions et validées lors des réunions ou après les réunions.

Introduction : Rappel de la méthodologie

Le groupe de travail, dans sa feuille de route, a eu pour mission de décrypter les liens existants entre la QDS (qualité des soins) prodigués aux patients ou aux résidents, et la QVT (qualité de vie au travail).

Les participants au groupe de travail provenant de tous horizons (étudiants, syndicats, santé mentale, hôpitaux, EHPAD), et occupant diverses fonctions, médicales, soignantes ou administratives, ont choisi de partager des événements indésirables marquants ou des expériences réussies- en lien avec la QVT et la qualité des soins - dont ils avaient connaissance, afin de disposer d'un cadre pragmatique et concret, qui au vu de la diversité du groupe apporterait un éclairage multiple

Le groupe s'est interdit d'aller vers des généralités, préférant une analyse critique et pragmatique, en croisant les points de vue, issus d'angles différents, autour des problématiques ayant trait à la QVT.

3 thèmes distincts ont été identifiés autours desquels s'articulent les clefs de lecture :

– **Qualité des soins (QDS) :**

- Ensemble des éléments qui contribuent pour le patient ou le résident :
- à la sécurité de sa prise en charge en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques et parfois en décalage avec ces recommandations quand cette non-conformité est imposée par la nécessité pour les professionnels d'adapter leurs pratiques aux contraintes et aux ressources de la situation réelle de travail
- à la satisfaction de ses besoins et de ses attentes de prise en charge
- au sentiment d'être écouté, respecté et reconnu dans la singularité de sa situation

Qualité de vie au travail (QVT) :

- Sentiment pour les professionnels de produire un travail de qualité, pour les patients, résidents, et pour eux-mêmes, au regard de leurs exigences professionnelles et de leur épanouissement professionnel qui correspond à la notion de travail « bien fait ».
- Cette notion implique d'être vigilant à ne pas faire d'amalgame entre QVT et qualité de la vie personnelle, même si toute altération du bien être des soignants/accompagnateurs peut avoir un retentissement sur la QDS/QDA.
- Comme écrit dans l'ANI, la QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois à l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises

– **Qualité des accompagnements (QDA) :** cette notion présente un double sens

- Accompagnement médical et social des patients et résidents, en tenant compte de leurs proches, pour garantir leur projet de soins ou projet de vie
- Accompagnement managérial des équipes : entendu alors notamment sous l'angle d'encadrement et d'animation des équipes

Les membres du groupe de travail tiennent à préciser que la présente synthèse n'a pas vocation à être considérée comme un guide exhaustif des actions à conduire pour améliorer le lien entre QVT et QDS ou QDA. Elle ne constitue pas non plus un guide à appliquer de façon stricte. Bien au contraire, chacun des éléments ou exemples référencés mérite d'être adapté et recontextualisé.

L'expérimentation en travail réel, l'évaluation en équipe et le droit de se tromper sont des éléments incontournables pour progresser.

I - Constat : Des liens insuffisamment analysés et organisés entre QVT et QDS prescrites

a) En raison de porteurs différents

Beaucoup d'EIG (événements indésirables graves), sont liés à des problèmes d'organisation, alors même que des protocoles, procédures, codifient ces organisations. On peut alors s'interroger sur leur non-application : sont-ils connus, sont-ils applicables, leur mise en œuvre n'est-elle pas au contraire contre-productive, sont-ils en adéquation avec la QVT, voir la QDS/DA ?

Sur ce dernier point, il apparaît aujourd'hui que la QDS/QDA est élaborée par des acteurs du terrain, souvent avec l'appui des ingénieurs qualité, alors que la QVT, elle, est portée principalement par les RH et la qualité du dialogue social à la structure. Ces 2 mondes n'ont pas les mêmes contraintes, le même vocabulaire, ni le même rapport au patient ou à la personne accompagnée, donc le même rapport au travail réel. On peut donc aboutir à des procédures inopérantes sur le terrain car non concertées avec l'ensemble des acteurs. La QVT est trop souvent vécue comme une émanation des administratifs, relevant du champ strict de la DRH ; alors que la Qds/Qda est considérée comme une exigence professionnelle transversale notamment liée à la certification des établissements de santé et à l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux.

Il existe cependant un continuum entre QVT et Qds/Qda qui ne peut émerger que d'une démarche impliquant l'ensemble des acteurs.

b) En raison de démarches prescriptives

On note souvent une absence de lien entre QVT et Qds/Qda en raison de conjonctures difficiles qui poussent les établissements à se focaliser sur les moyens plutôt que sur le résultat. Les problématiques sont souvent traitées en « silo », ou bien sont régies par une réglementation prescrite et appliquée de façon descendante.

a) Conjoncture financière

Que ce soit dans le secteur privé ou public, peu d'établissements parviennent à intégrer la QVT dans leurs négociations budgétaires. Le portage politique par la Direction demeure encore rare, sans doute par l'absence d'appropriation de la démarche QVT dans ces établissements.

On demande quotidiennement aux cadres de santé de proximité de gérer de multiples missions, laissant souvent peu de marge à la QVT, qui pourrait pourtant être un levier d'efficacité. Ainsi, par exemple, dans un contexte où la QVT est détériorée suite à de multiples arrêts de travail, la QDS, du fait de l'épuisement des équipes, peut être dégradée, en toute conscience : glissement de

taches, défaut de transmission, actes réalisés moins souvent ... Si ces dérives perdurent en raison du dysfonctionnement des organisations, le volet collectif de la prise en charge des soins se réduit au profit d'une QVT individuelle, qui rapidement n'interroge plus personne et qui accélère l'usure professionnelle.

b) **Conjoncture d'insécurité, de stress**

Un autre paramètre compromet l'équilibre fragile entre QVT et QdS/QdA : le sentiment d'insécurité, de non-respect généré par la violence physique ou verbale et l'incivilité des patients / résidents ou de leurs proches, mais aussi par des violences internes entre professionnels. Confrontés à l'exigence des usagers, aux responsabilités qui incombent à leur profession, les professionnels connaissent de réelles situations de stress et de maltraitance.

Certaines manifestations de violence verbale et/ou comportementale sont favorisées (voire induites) par des dysfonctionnements ou défauts d'organisation incompris des patients. (Attentes interminables sans explication, patient laissé sur une table d'examen sans respect de sa dignité, décalages de RDV préjudiciables, non écoute par les professionnels ou autres). Une **démarche projet collective** permettrait d'analyser et de réparer ces dysfonctionnements.

c) **Charge de travail et manque de temps et absentéisme / conjoncture d'insatisfaction des soins et de l'accompagnement délivrés**

Lorsque les effectifs et/ou les quotas médicaux et paramédicaux sont insuffisants (turn-over, arrêts de travail itératifs, ...), la charge de travail augmente au prix de l'insatisfaction dans la prise en charge globale du patient/résident et du sentiment de *travail empêché*.

Ce manque de temps entraîne des erreurs, oublis, injustices dans les plannings. Ces éléments stressants s'accompagnent de démotivation, d'absentéisme, de lassitude, de déception, voire de démissions des professionnels

Pourtant de très nombreux rapports montrent la relation entre QVT, satisfaction au travail, engagement au travail et performance et également entre QVT, sécurité des soins et qualité des soins ¹⁻³.

¹ Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., et al. Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*; 2012; 344: 1-14.

² https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

³ Lejeune J, Fouquereau E, Chenevert D, Coillot H, Chevalier S, Gillet N, Michon J, Gandemer V, Colombat P. (2021) The participatory approach: a specific french organizational model at the department level to serve the quality of work life of healthcare providers and the quality of care in pediatric oncology. *Cancer management and research*. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S284439>

II - Principaux axes de travail relevés par le

Le groupe avait dans un premier temps hiérarchisé ses axes de travail en fonction des échelons : le service, l'établissement, le territoire. À la suite des ultimes échanges avec les experts, le choix a été fait de présenter ces préconisations en fonction de la chronologie de la mise en œuvre possible, tenant compte de la temporalité et de la facilité de réalisation

A – La gouvernance favorise l'émergence des initiatives QVT qui vont contribuer à la QdS/QdA en permettant de mettre en discussions les éléments de terrain

1. Positionner le top management, toutes les directions et particulièrement les DRH en appui des démarches QVT et promouvoir des organisations apprenantes

Lorsque les initiatives en matière de QVT émanent seulement de la DRH, particulièrement pour des actions ayant un impact sur l'organisation des soins et des équipes, elles paraissent plutôt dictées par des impératifs de gestion que par un souci de la QVT des professionnels (par exemple, la réduction des chevauchements d'horaire qui supprime les transmissions, ayant un retentissement sur la QdS (cf. exemple plus loin). Or, il est important que les **binômes managériaux de proximité puissent prendre des initiatives** (basées sur la mise en place de groupes de travail et d'échanges avec les professionnels) et fassent des propositions pour lesquelles les directions viendront en appui, selon les marges de manœuvre disponibles, le top management ayant pour rôle de promouvoir cette démarche.

La dérive consistant à prendre des initiatives à la place des professionnels est d'autant plus prégnante que les marges de manœuvres sont sanctuarisées (par exemple par des dispositions prévues dans des documents de contractualisation interne,) permettant de s'assurer que l'on reste dans le cadre d'une stratégie élaborée à l'échelle de l'établissement.

Cela implique que les dispositifs en question intègrent des éléments de cadrage sur :

- La nature des actions potentiellement éligibles sans être trop restrictif, en valorisant les liens entre QdS / QdA et QVT

- Les moyens potentiellement mobilisables, et les ressources nécessaires pour les mettre en œuvre.
- **Fiche action 1**

2. Instauration du temps collectif de travail et de décision dans une unité restructurée

La loi vient de rendre obligatoire la mise en place d'un management participatif de proximité qui permet notamment d'analyser et de transformer les « irritants du quotidien », que ce soit un matériel qui ne fonctionne pas, des équipements peu ergonomiques, des organisations bancales, des rapports professionnels tendus, mais aussi et surtout de concevoir et d'améliorer le travail réel, comme la crise du COVID a pu le montrer.

- *Code de la santé Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (Loi RIST)*

- *CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS*

Autres textes de référence :

- *Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dite loi « OTSS » ;*

- *Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;*

- *Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ;*

- *Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.*

L'échange pluriprofessionnel et pluridisciplinaire est à considérer comme une clef pour l'amélioration du soin et de l'accompagnement, car il permet le partage en équipe au sens large. La notion de collectif doit gagner en lisibilité. Le temps d'échange apporte cohésion, informations identiques, compréhension des multiples problématiques entre les professionnels et permet de faire émerger des solutions : il faut se parler avant, pendant et après. La QVT, c'est croiser les regards et échanger entre collègues.

Pour les professionnels, la mise en place d'espace de discussion sur le travail sous forme de

groupes de travail, d'espaces de convivialités, d'information, de temps de transmissions orales en plus de l'écrit, de temps de convivialité hors contexte du travail améliore à la fois les conditions de travail et l'efficacité. Nous insistons sur l'importance **des temps d'échanges centrés sur les patients et des groupes de travail** sur les pratiques pour améliorer le travail réel.

- Fiches action 2 et 3

3. Donner du sens au travail

Le sens donné au travail permet à chacun de connaître sa place dans l'équipe ainsi que sa contribution dans la prise en charge du patient/résident. Un management de proximité juste et bienveillant permet de fédérer les soignants, autour du concept de soin global des patients / résidents, en fournissant des explications, des perspectives, en anticipant les situations à risque.

– Expliquer et mettre en perspective les actions

Plusieurs outils peuvent permettre de prendre de la hauteur quant aux actes réalisés au quotidien. Certaines structures ont développé des journées de « vis ma vie », inspirés de l'Outils HAS / Anact qui permettent notamment de comprendre les enjeux et contraintes des autres professions / services de l'établissement (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/fiche_outil_anact_vis_mon_travail_2018.pdf)

La meilleure compréhension du travail de l'autre apaise les difficultés entre professionnels et permet d'appréhender plus justement l'implication de chacun dans la continuité des soins.

Ce travail coordonné valorise les différents professionnels et supprime « les soins en silo »

4. Promouvoir une posture d'organisation apprenante :

1- Etudier systématiquement tous les évènements indésirables sous un point de vue QVT

Traitement systématique de tous les évènements indésirables déclarés, sous un angle de QVT, en plus des autres angles d'analyse classiques.

Cette dimension QVT recherchées dans tous les évènements indésirables, répondrait certainement à la volonté des professionnels de terrains qui ont tenté de se saisir de la déclaration des évènements indésirables (EI) pour en faire un moyen d'expression de leur difficulté quotidienne, et qui ont parfois un impact direct sur leur QVT et sur la QDS. Il serait bon

également d'acter les prises de décisions directes, suggérées par le terrain lorsque leur réalisation ne présente pas de difficultés majeures

La déclaration des EIG en mode qualitatif de QVT demande sans doute une explicitation de ce qui est attendu. Les angles d'analyse habituels relevant davantage du factuel de dysfonctionnements techniques dans le cadre de procédures, il peut être nécessaire d'accompagner ce changement de mode de fonctionnement.

2. Au sein des établissements déployer une démarche managériale de proximité

Le rôle du binôme chef de service / cadre de santé est fondamental dans une démarche managériale de proximité qui contribue à l'équilibre QVT/QdS/QdA en impulsant des dynamiques collectives. Dans le secteur sanitaire, si de surcroît cette démarche est portée au sein des pôles, l'effet est renforcé. Concevoir ces binômes relève à la fois de l'organisation du travail et du « travailler ensemble ».

Il est impératif :

- o De se donner du temps pour mettre en place ce binôme,
- o D'avoir des moments dédiés pour que le binôme se connaisse et travaille ensemble
- o De prévoir la possibilité de différer cet objectif si nécessaire
- o De ne pas avoir une analyse strictement quantitative

Une réflexion est nécessaire sur le positionnement des cadres de santé pour qu'ils (elles) retrouvent leur place dans l'encadrement des soins, les libérer de tâches administratives afin de d'octroyer davantage de temps pour le management et le soin.

D'où la nécessité d'une formation et d'accompagnement des managers :

Les pressions que subissent les managers entre des logiques parfois contradictoires les rendent vulnérables. Leur charge de travail doit être adaptée à leur temps de travail et doit être plus tournée vers le soin que vers l'administratif.

La formation conjointe des managers en santé sur le risque d'épuisement professionnel, les moyens de le prévenir, le management et les stratégies d'accompagnement individuel et collectif des équipes est une nécessité absolue et devrait être obligatoire.

Leur propre accompagnement, notamment lors de leur prise de fonction, doit être organisé institutionnellement (par exemple avec l'instauration d'espaces d'échanges dédiés).

- **Fiche Action 4**

5. Mettre le patient au centre du soin

L'HAS dans la V2020 affirme que « **le patient dispose d'un projet de prise en charge individualisé, évolutif et adapté à ses besoins et ses attentes** ».

La recommandation HAS résume les moyens de répondre à la nécessaire construction du projet personnalisé de soin : « *Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Cela représente la meilleure réponse que peuvent apporter les professionnels face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation. Cette démarche est un facteur-clé pour la réussite de l'élaboration du projet d'accompagnement* ». (cf. fiche repère : le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD).

Ce modèle d'organisation préconisé dans la démarche participative est adaptable quelle que soit la situation de soin.

Pour la mise en place de projet de prise en charge individualisé pour les patients atteints de maladie chronique, de maladie psychiatrique, (comme c'est déjà le cas pour les personnes âgées résidant en EHPAD), l'HAS détaille la démarche. Pour garantir la continuité du parcours de soin du patient, les professionnels se coordonnent et se communiquent les informations pertinentes pour :

- Avoir une vision globale de l'état du patient en rassemblant les informations cliniques et psychosociales nécessaires à l'élaboration de son projet personnalisé (PPS) ;
- Partager la stratégie de prise en charge puis adapter et personnaliser de façon optimale l'offre de soins au patient
- Assurer la continuité thérapeutique ;
- Eviter toute perte d'information concernant le patient.
- Tenir compte des proches et de l'environnement

Cette coordination nécessite la mise en place des **staffs pluriprofessionnels** qui permettent de croiser les regards des aides-soignantes, des infirmières, des professionnels de soins de support et des médecins pour cerner les besoins et attentes des patients et de leurs proches et de proposer ce projet de prise en charge individualisé. Le SPP est le lieu de l'intelligence collective d'une équipe au service d'un objectif.

Cette démarche est par ailleurs obligatoire depuis 2004 dans toutes les unités de soins de court, moyen et long séjour pour la prise en charge des patients en soins palliatifs.

6. Protéger les soignants pour mieux prendre en charge et mieux accompagner les patients

Les soignants vivent au quotidien des situations difficiles, notamment dans la prise en charge des fins de vie. La période COVID a beaucoup augmenté le nombre de ces situations. Il est donc indispensable de prévoir un accompagnement des professionnels de santé sous deux formes :

- Les staffs de débriefing lors des situations difficiles, à organiser dans les jours qui suivent la situation qui permettront aux soignants de s'exprimer par rapport leur vécu
- La mise en place de cellules de soutien psychologique au sein de l'établissement qui permettent des soutiens individuels et collectifs

7. Formuler un référentiel collectif pour développer le management par l'éthique comme vecteur de conciliation entre Qualité de vie au travail et qualité des soins et des accompagnements

Les questions d'éthique permettent de prendre de la hauteur et de repenser son positionnement. Les commissions éthiques, intégrant des interrogations sur le sens du travail ou encore des projets individualisés, sont autant d'outils qui permettent de mettre en perspective les actions de chacun.

Au-delà de la « comitologie » qui entoure souvent les questions d'éthique, l'accompagnement en proximité permet de dégager une approche commune sur le sens du travail et l'exigence collective en matière de bientraitance et de prise en soins que se donne une équipe vis-à-vis des usagers patients.

La réflexion éthique permet alors de dépasser le ressenti individuel en matière de qualité des soins ou des accompagnements pour formuler un référentiel collectif.

Ce référentiel permet au professionnel et à l'encadrement d'avoir une base qui permette d'ajuster les pratiques professionnelles et de les prioriser pour préserver les personnels des injonctions paradoxales.

L'efficacité de cette réflexion implique là encore de créer les conditions pour développer un raisonnement éthique collectif qui en facilite l'appropriation par chacun des professionnels concernés et qui repose sur la collégialité.

La période COVID a bien montré l'importance de cette réflexion éthique pluridisciplinaire dans les décisions de traitement : la balance bénéfice/risque a pris toute sa place au quotidien,

Une formation interne et pluri professionnelle peut être nécessaire pour développer un même regard sur les principes éthiques de la relation soignante

En ce sens, la mesure 17 proposée par le Rapport El Khomri visant à systématiser un temps d'échange collectif de 4 h/ mois au sein des équipes pluridisciplinaires en EHPAD retient toute l'attention pour offrir un cadre permettant cette réflexion.

Fiche action 5

B- Intégrer les retours d'expérience

Pour bien concilier Qualité des Soins et Qualité de Vie au travail, les évolutions d'organisation peuvent s'appuyer sur les retours exprimés par les différents publics qui fréquentent les institutions. Les avis des usagers, des professionnels mais aussi des étudiants apportent des regards nouveaux sur les difficultés, proposent des éclairages stimulant pour la recherche de solutions innovantes

• Intégrer le regard des usagers par les retours d'expérience patient :

En ce sens, les questionnaires de satisfaction des usagers sont des outils à mieux exploiter sur les critères de QDS.

Encourager les retours d'expériences patients (enquêtes sur la qualité des soins et de l'accompagnement) auprès des professionnels est une démarche riche de sens en matière de qualité des soins.

Par exemple, on peut citer les initiatives prises par plusieurs Centre de pédagogie par simulation qui développent la mise en situation des professionnels en formation continue ou des futurs professionnels en formation initiale, en s'appuyant sur des collaborations avec des associations d'usagers.

Le groupe souligne également les bonnes pratiques consistant à exploiter systématiquement les retours patients, positifs ou négatifs, par les équipes et leur encadrement, notamment en les intégrant aux groupes de travail au sein des services pour améliorer le travail réel et au sein des structures de gouvernance.

La place du « patient expert » notamment dans l'enseignement des soignants et sa représentation dans les instances comme le comité des usagers ou les commissions de médiation doit également se développer.

En tenant compte des remarques des patients, les équipes peuvent rechercher des solutions, au sein de leur service, qui permettent par exemple de supprimer des situations contrariantes pour les patients lors de leur prise en charge. Parfois les solutions s'avèrent assez simples dans leur mise en œuvre et améliorent de facto la qualité de vie des professionnels et la QdS/QdA.

- **Intégrer le regard des usagers par les retours d'expérience des aidants**

Encourager les retours d'expérience des aidants (Audits, enquêtes de satisfaction, courriers, e-mails de remerciement ou de contestation, comité des usagers, rencontres dédiées soignants/aidants) qui éclairent sous un autre angle, la prise en charge des patients, la qualité et la sécurité des soins

- **Tenir compte des retours d'expériences des professionnels : « le soignant traceur »**

Pour optimiser la réussite d'une nouvelle organisation du travail, la concertation en équipe pluridisciplinaire est indispensable.

Celle-ci permet de se donner des objectifs opérationnels alliant QVT et QdS/ QdA et de mieux évaluer et accepter les changements.

Une évaluation régulière de ces organisations, partagée avec la direction, le service de santé au travail, les services (ex : pour et contre un nouvel horaire proposé) ainsi que les partenaires sociaux permet de mieux mutualiser les constats. Ces évaluations, doivent être conduites par des professionnels impliqués, le CHSCT, la commission santé, sécurité et conditions de travail du CSE, des cadres, sur des indicateurs convenus à l'avance et ayant l'aval de tous.

Là encore, la mise en œuvre de la mesure 17 du rapport El Khomri visant à systématiser un temps d'échange collectif à hauteur de 4 h / mois au sein d'une équipe peut être l'opportunité de réaliser ces partages d'expérience.

- **Fiche action 6**

- **Intégrer le retour des étudiants et des nouveaux arrivants**

Les étudiants en santé (médicaux et non médicaux) et/ou nouveaux arrivants décrivent des difficultés dans leur apprentissage pratique. Leur inexpérience, parfois incomprise par les encadrants, est source de mal-être générateur de souffrances préjudiciables à leur intégration, à leur apprentissage et à la préparation de leur avenir professionnel.

L'analyse de leurs retours d'expériences souligne l'importance de leur intégration dans l'équipe et la qualité de leur accompagnement quel que soit leur corps de métiers et de la prise en compte de leur regard.

En effet, ils font souvent preuve d'une analyse pertinente des situations qu'ils rencontrent pendant leur stage et leur « rapport d'étonnement » peut permettre des ajustements dans la prise en charge des patients ou des résidents accueillis dans les différentes institutions qu'ils découvrent au gré de leur parcours.

A ce titre ils peuvent également être des vecteurs d'essaimage de bonnes pratiques, pour peu qu'on prenne en compte leurs expériences.

L'évaluation qu'ils posent sur la qualité de leur terrain stage témoigne bien souvent également des éléments qu'ils ont pu observer tant en matière de qualité des soins que de qualité de vie au travail des professionnels qu'ils ont rencontrés.

Les sites comme la Plateforme Gélule mise en place par les internes de médecine sur le plan national méritent ainsi d'être exploités comme une source d'indication pertinente.

Ces 2 derniers retours d'expérience (soignants et étudiants) doivent être mis en regard, de manière concomitante afin de conduire à un fonctionnement pérenne. Il faut cependant, à ce niveau être conscient de la réelle difficulté de l'analyse, qui doit savoir discerner les vrais retours d'expérience de la colère, la frustration, le désengagement induits par une crainte à s'exprimer.

e - Mise en place de démarches : « Et toi tu fais quoi ? » - « portes ouvertes »

L'objectif de ces opérations est de créer une dynamique, un temps d'échange dédié, une prise en compte des difficultés que les autres rencontrent dans leur quotidien, une meilleure compréhension du rôle de chacun, de l'implication concrète que peuvent avoir certaines de nos actions sur la qualité de vie au travail de certains de nos collègues.

Ces actions doivent être accompagnées par l'encadrement, sacralisées dans l'organisation et avoir lieu pendant le temps de travail. Elles permettent souvent de faire émerger des solutions concrètes et simples qui facilitent le travail de tous

- **Fiche Action 7 et 8**

C- Une dimension de régulation territoriale

Il est possible de s'inspirer de la démarche des clusters QVT, méthodologie portée par les ARACT au sein des EHPAD en 2019. En région Normandie, les axes de travail d'un cluster de 6 EHPAD ont permis d'accompagner les transmissions dans le secteur médico-social au sein de plusieurs établissements. L'ANFH et l'OPCO Santé permettent d'essaimer l'expérience d'un groupe d'expérimentateurs vers d'autres établissements

Plusieurs collectifs sont concernés dans la territorialité, qu'il s'agisse des GHT ou sur le domicile des CPTS ou des maisons de santé. Quel que soit le cadre, la démarche est comparable

- **Fiche Action 9**

Conclusions : les clés de la réussite

Le groupe de travail s'est inspiré du vrai travail et non du prescrit, de ce qui est « souhaité » par les professionnels et non d'un « souhaitable » désarticulé du réel, pour en tirer des enseignements, soulignés par des exemples et des illustrations.

La Qualité des soins reste la finalité des établissements sanitaires et médico-sociaux*. Elle doit être un objectif prioritaire des établissements sanitaires et médico-sociaux, au même titre que la QVT

La QdS /QdA passe par une démarche ambitieuse d'accompagnement des patients et des résidents, partagée et élaborée conjointement par l'ensemble des professionnels, aboutissant pour ces derniers à une QVT améliorée

Des marges de manœuvre responsabilisantes, accompagnées par un management de proximité, doivent être laissées aux soignants pour organiser collectivement leur travail et y redonner du sens.

De cette façon, la QVT constitue un réel vecteur d'efficience au travail, améliorant la pertinence des pratiques de soins, grâce aux ajustements proposés par les professionnels eux-mêmes. Pour cela l'équipe dans son ensemble doit être en capacité d'analyser, admettre ses dysfonctionnements et remettre en question ses organisations à partir du travail réel.

En conclusion, le groupe de travail souligne que le succès des démarches visant à concilier l'amélioration de la QDS/QDA et de la QVT, et illustré par les fiches actions, reposent sur 3 facteurs clés :

1. *Poser un cadre favorable à l'émergence d'initiatives QVT qui vont contribuer à la QdS/QdA :*

En organisant dans les établissements les conditions de pouvoir construire ensemble le sens du travail et en s'autorisant à s'affranchir des indicateurs, trop souvent posés en objectifs, pour revenir sur la finalité des actions. Les cadres et le management pourront atteindre une qualité des soins, conforme aux exigences des bonnes pratiques et générant une QVT souhaitée.

Favoriser les retours d'expérience des initiatives menées en équipe par le biais d'une publication ou d'une présentation valorisent l'équipe et contribuent à la reconnaissance, dont dépend la QVT de ses membres

Pour accompagner cette réappropriation de la Qualité des soins par les équipes, l'encadrement de proximité doit pouvoir expérimenter des organisations et pour cela, disposer de moyens

humains ou matériels, qui pourraient être contractualisés avec les ARS dans le cadre du CPOM par exemple, témoignant de l'encouragement des tutelles dans la démarche QVT des établissements.

2. Reconsidérer autrement le temps

L'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail relève souvent de processus longs, dont les résultats ne sont pas toujours immédiatement tangibles. Il est important pour mesurer l'impact des actions engagées à ce titre de desserrer les contraintes calendaires et de ne pas exiger des résultats immédiats qui seraient frustrants tant pour les équipes que pour les décideurs et surtout n'auraient aucun sens.

A ce titre, il est également important de préserver des temps d'accompagnement pour les professionnels ou du temps pour des accompagnateurs comme cela s'est réalisé lors des expérimentations des clusters (référence à donner).

Les expériences sur les rôles de professionnels en charge de la supervision des nouveaux arrivants (tuteur, parrain) témoignent dans ce cadre des enjeux forts en matière de qualité de vie des nouveaux professionnels arrivants au sein d'une institution quant à un accompagnement par des pairs bienveillants.

3. Tirer profit de l'expérience de la pandémie

Les initiatives locales de cette période ont contribué au maintien d'une dynamique de prise en charge de qualité malgré les circonstances. A titre d'exemple, on peut citer la mise en place d'équipe de soins de support mobilisant des professionnels pour lesquels les secteurs d'activité étaient perturbés par les déprogrammations de soins – et qui se sont remobilisés aux bénéfiques des équipes en première ligne. Des professionnels de consultations ont ainsi pu apporter leur concours aux équipes de réanimation pour la réalisation de certaines manœuvres comme le positionnement en décubitus ventral de patients ayant des séjours prolongés en réanimation. Des équipes de kinésithérapie ont pu apporter leur concours au soulagement des équipes soignantes en proposant aux soignants des soins de massage ou de relaxation visant à leur permettre une meilleure mobilisation pendant leur poste de travail au profit des patients accueillis.

Des équipes d'expertise territoriale ont également pu être constituées pour apporter par exemple un soutien en hygiène aux équipes des EHPAD, ou encore des conseils et un appui à des soignants éprouvés tout en contribuant à une meilleure prise en charge des soins et de l'accueil en EHPAD dans le contexte sanitaire qui prévalait.

Des membres volontaires d'équipes soignantes ont été missionnées pour effectuer des missions temporaires sur d'autres territoires que le leur. Ce qui a constitué une expérience intéressante pour appréhender un autre environnement de travail et acquérir de nouvelles pratiques.

Permettre ces échanges entre services et/ou établissement est possiblement une source d'enrichissement.

Après cette période qui a offert des perspectives sur le « monde d'après », se méfier de ne pas retourner sur le « monde d'avant », avec ses contraintes et ses désillusions.

Bibliographie

Ressources lors du GT3 QVT QdS QdA

- Rapport FHF- Qualité de vie au travail - les actions à partager - les engagements attendus - 2018 ([https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF sur la-QVT- les actions a partager – les engagements attendus](https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF_sur_la-QVT-les_actions_a_partager_-_les_engagements_attendus))
- Entreprise en santé : un mouvement qui vient du canada, une démarche développée, une norme..
<https://www.groupeentreprisesensante.com/fr/la-norme-entreprise-en-sante>
- Magnet hospital : un concept, des valeurs vers un modèle, une opérationnalisation
http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/matthieu_sibe_isped_0.pdf
- Buurtzorg Management : de petites équipes indépendantes d'infirmiers autonomes dans les décisions qui les concernent (pays bas 2017) : on est plus efficace quand on sort de la logique de l'optimisation
(https://www.ouishare.net/article/vers-une-nouvelle-ere-manageriale-rencontre-avec-frederic-laloux?locale=en_us)
- QVT ANI (<http://www.aractidf.org/qualite-de-vie-au-travail/ressources/accord-national-interprofessionnel-qvt>) définit la QVT et l'approche
- HAS certification V2014 - compte qualité - guide méthodologique (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150113_brochure_cq_v2014_2015-01-15_12-23-17_976.pdf)
- ANACT s'appuie sur l'ANI et développe une démarche, la QVT est une démarche qui repose sur 3 principes (discuter du travail, un système d'acteurs, l'expérimentation)
https://www.anact.fr/recherche?search_api_views_fulltext=qvt&sort_by=search_api_relevance
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Colombat P. Démarche participative et qualité de vie au travail. Ed Lamarre (Paris) 2020

Bibliographie

- Qualité des soins et qualité de vie au travail. L'expérience du cluster de l'hospitalisation à domicile. Aract Occitanie, Agence régionale de santé Occitanie. 2017. 24 pages.
- Penser la gestion médico-sociale. Peut-on gérer un établissement social ou médico-social comme une entreprise ?
Andrien Loïc, *Revue française de gestion*. 08/2014. 127-140 pages.
- L'humain d'abord. Pour des professionnels bien traités et bien traitants. Jean-Louis Deshaies. Presses de l'EHESP. 2017. Regards croisés. 208 pages.

- Les hôpitaux magnétiques. Patrice François. Risques & qualité en milieu de soins (revue). 2018, p.40-44, volume XV, numéro 1.
- Saphora-Job, un outil de mesure de la qualité de vie et de la satisfaction au travail dans les établissements de santé. Jean-Luc Quenon et al. Risques & qualité en milieu de soins (revue). P.70-76, numéro 1.
- Livre blanc sur la qualité de vie au travail dans secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif. OETH, 2016, 46 pages.
- Une démarche originale de la HAS et de l'Anact sur la qualité de vie au travail. Véronique Ghadi, Olivier Liaroutzos. Risques & qualité en milieu de soins (revue). 2018, volume XV, numéro 1.
- La santé au travail. Mettre en place une démarche qualité de vie au travail dans le secteur sanitaire et social. Six structures témoignent. Aract Hauts de France. 2018, 31 pages.
- La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins : expérimenter c'est imaginer. HAS, 2017, 61 pages
- Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins : Travail et Changement n°366, 2017
- La démarche participative, un enjeu pour le système de soins ? Philippe Colombat et al.2018, P.30-34, volume XV, numéro 1.
- Revue de la littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins. Cathel Kornig, Pascale Levet, Véronique Ghadi. Haute Autorité de Santé. 01/2016. 53 pages.
- La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. La boussole Qualité de vie au travail. Un outil pour fixer le cap. Anact, HAS, DGOS. 2017, 12 pages.
- L'entreprise en santé, version Aquitaine, Sanson-Stern Catherine, *Entreprise & Carrières*. 01/07/2014. 12-14 pages.
- La qualité de vie au travail, des discours aux pratiques. Sensibiliser et former les directeurs et futurs directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux à la qualité de vie au travail. Paula Cristofalo. Risques & qualité en milieu de soins (revue). 2018, p.6-61, Volume XV, numéro 1.
- Retours d'expériences. La RSE, un levier de la performance en santé. Gestions hospitalières, n°556, mai 2016, p. 298-303.
- Hôpital & médico-social. Qualité de vie au travail et santé des agents. Groupe Sham. 2018, 23 pages.
- Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants, Raybois Mathieu, *Psychologie du Travail et des Organisations*. 03/2014. 91-104 pages.
- Qualité de vie au travail (Dossier). V.Ghadi, J.Petit. Risques et qualité en milieu de soins. 2018, p.3-76, Volume XV, N°1.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé, Dossier de presse, 13 février 2018. 16 p. Accessible à : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier de presse strattransformationsystemesante_13022018.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_strattransformationsystemesante_13022018.pdf)

- Une approche holistique et en équipe du soin à domicile, l'exemple hollandais Buurtzorg appliqué à la France. G.Alsac, Risques & Qualité en milieu de soins, 03/2018, Vol. XV, N°1, p. 35-39
- Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus, Houssel Marie, Haliday Eloise et Malone Antoine, *Fédération hospitalière de France (FHF)*. 2018.
- Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, Myriam El Komri, octobre 2019
- CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021 relative à la mise en oeuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, des recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le Pr Olivier CLARIS
- Code de la Santé Publique, article L6143-2-3 du 28 avril 2021
- LOI RIST no 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Fiche action 1 :

Accompagner le maintien dans l'emploi sous un angle de qualité des soins	
<p>Contenu de l'action :</p> <p><u>Exemple 1 :</u></p> <p>Une IDE souffrant d'une pathologie neuro dégénérative est arrêtée sur une longue période puis reprend en temps partiel thérapeutique.</p> <p>La personne a repris le travail fatiguée, isolée socialement et professionnellement, et son état de santé s'est rapidement altéré.</p> <p>A la demande du cadre de santé, les postes de travail IDE ont tous été remaniés, en les axant sur la prise en soin, et en leur retirant les commandes de médicament et dispositifs médicaux, d'information des familles et des patients, les démarches administratives, confiée à la collègue en temps partiel thérapeutique, ce qui a facilité sa réintégration au sein de l'équipe.</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <p>Proposition d'ajustement à effectif constant à l'initiative de l'encadrement de proximité</p> <p>Adhésion des équipes</p> <p>Démarche de solidarité valorisante pour les équipes et ayant du sens dans un milieu de soins</p> <p>Appui de la DRH sur ajustement de la fiche de poste</p>	<p>Freins identifiés</p> <p>Risque d'inacceptation de l'ajustement qui dépend d'une situation individuelle et peut créer un sentiment d'iniquité chez certains professionnels.</p> <p>Leviers d'action</p> <p>L'engagement du travail collectif pour ajuster la fiche de poste a permis de préserver l'équité</p>
<p>Impact et résultat :</p> <p>En matière de « qualité des soins », les autres IDE ont pu se concentrer sur le soin, sans être interrompues, quand la collègue atteinte de la pathologie est présente. C'est aussi un gain en qualité de vie au travail au regard de la diminution des interruptions de tâches.</p> <p>En termes d'accompagnement et de QVT pour la personne, le succès est réel sur la réintégration dans l'emploi et la préservation des compétences.</p> <p>Aujourd'hui, personne ne met en cause ce poste qui améliore la sécurité des commandes pharmacie et qui permet une de répondre aux demandes des familles, en optimisant les soins.</p> <p><i>NB : un exemple similaire a été présenté pour une ASH qui, après une intervention invalidante, ne pouvait plus exercer sur son poste. Elle a alors été reclassée sur un poste pour sécuriser le parcours du dossier patient entre les archives, les consultations, les services. Ceci a permis de d'améliorer les relations entre les services. De plus, cette ASH connaissant beaucoup de professionnels, dans tous les services, s'est révélée excellente médiatrice. Son implication a été reconnue par une progression de grade.</i></p>	

Fiche action 2 :

Instauration de temps collectif de travail dans une unité restructurée	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>Dans un service de chirurgie restructuré (nouveaux locaux, nouvelle organisation, nouvelle équipe, nouveaux plannings, nouveaux horaires), de nombreuses difficultés apparaissent, qui n'ont pu être anticipées avant la mise en œuvre des changements.</p> <p>Afin de palier à ces difficultés, il est choisi de mettre en place des temps collectifs de travail associant les professionnels et l'encadrement de proximité avec la direction.</p> <p>Des « cahiers de doléances » permettent de recueillir les ajustements à faire dans l'organisation.</p> <p>Les réunions de service associées à des séances « CREX », avec implication du chirurgien-chef de service et du cadre de santé sont instaurées.</p> <p>Avec ces temps collectifs, l'établissement engage un travail en commun sur une charte des engagements de l'équipe au regard des patients.</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <p>Position d'ouverture de la direction pour ajuster les organisations retenues</p> <p>Implication du cadre de santé et du chef de service</p> <p>Réalité des marges d'actions identifiées</p>	<p>Freins identifiés</p> <p>Contexte de restructuration qui engendre une perte de repère et parfois de sens</p> <p>Leviers d'action</p> <p>Ce travail contributif, aboutissant à une Charte d'engagement de l'équipe vis-à-vis des patients permet de retrouver du sens sur des éléments partagés collectivement</p>
<p>Impact et résultat :</p> <p>Le travail engagé au sein de ces réunions a redonné du sens et de l'ambition à l'ensemble de l'équipe</p> <p>Cela a permis d'accompagner le changement, sans revenir sur les réorganisations mises en œuvre, mais en les adaptant pour en faciliter l'acceptation.</p> <p>Aujourd'hui, les équipes ne feraient plus marche arrière pour retrouver l'organisation antérieure.</p>	

• **Fiche Action 3**

Le modèle organisationnel de la démarche participative (DP)	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>Basée sur une volonté commune d'amélioration, elle est assortie d'outils pratiques et évaluables, particulièrement les espaces d'échanges permettant l'émergence d'une intelligence collective positive et la démarche projet.</p> <p>1) La démarche projet fait appel à des groupes de travail pluriprofessionnels. Elle répond à la résolution d'un dysfonctionnement ayant donné lieu à un EIG ou à l'élaboration d'un projet d'amélioration de la QdS /QdA en partant du travail réel. Elle peut s'inclure dans un projet de service.</p> <p>2) Les espaces d'échanges</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les plus importants des espaces d'échanges sont les staffs pluriprofessionnels (SPP). Ils réunissent dans l'unité tous les soignants du service et les professionnels de soins de support. Ils permettent, à partir des besoins identifiés du patient de partager les informations, délibérer collectivement des questions éthiques et répondre aux besoins et attentes spécifiques par un projet de soin et un projet de vie adaptés. Ils doivent être reconnus par l'institution comme temps de travail et de soin - La formation interne aide à la constitution des collectifs de travail et à la mise au niveau des connaissances techniques et relationnelles - Les espaces de soutien aux soignants permettent de débriefer ou prévenir les situations de crise et protègent du SEPS. - Les espaces d'échanges entre managers sont indispensables. La cohérence du binôme médecin sénior ou référent /cadre de santé favorise un climat d'équipe plus apaisé qui influe sur la QdS/QdA. <p>Le modèle de la DP est applicable quel que soit le cadre de travail du collectif de soin. (GHT, établissements de santé et médico-sociaux, CPTS, EPHAD, maisons de santé)</p>	
<p>Facteurs clés de succès:</p> <ul style="list-style-type: none"> Qualité du management et de leadership des managers de proximité Nécessité de pouvoir libérer du temps pour la création d'espaces d'échanges Qualité des espaces d'échanges participatifs Une équipe stable travaillant avec des valeurs communes La qualité du binôme chef de service / Cadre de santé 	<p>Freins identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> Image du pouvoir et habitude du pouvoir directif Formation des managers <p>Leviers d'action</p> <p>La HAS dans son manuel de certification 2020 conforte cette approche dans un de ses critères : « S'adapter aux évolutions du système de santé en valorisant le travail en équipe et les résultats de la prise en charge au service du patient tout au long de son parcours, en prenant en compte les regroupements d'établissements et la structuration d'un management de la qualité et de la gestion des risques à l'échelle du territoire ». Il est repris dans la circulaire CIRCULAIRE N° DGOS/ CABINET /2021/182 du 6 août 2021</p>
<p>Impact et résultat:</p> <p>Amélioration démontrée scientifiquement de la qualité de vie au travail des soignants mais aussi de la qualité des soins, notamment en permettant de mettre en place un projet de prise en charge globale personnalisé</p> <p>Lejeune J, Fouquereau E, Chenevert D, Coillot H, Chevalier S, Gillet N, Michon J, Gandemer V, Colombat P. (2021) The participatory approach: a specific french organizational model at the department level to serve the quality of work life of healthcare providers and the quality of care in pediatric oncology. <i>Cancer management and research</i>. https://doi.org/10.2147/CMAR.S284439</p>	

Fiche Action 4 :

Donner au binôme d'encadrement médico-soignant des modalités d'action et d'initiative associant QVT et QDS	
Contenu de l'action : Dans un établissement de santé, face à des soignantes confrontées à de nombreuses tensions dans la prise en charge des patients, en partie liés à des difficultés relationnelles entre professionnels et à une charge de travail accrue, le binôme formé du cadre et du chef de service prend l'initiative de proposer à l'équipe un temps collectif remplaçant 1 à 2 fois par semaine la transmission par une séance de méditation de pleine conscience pilotée par le psychologue du service. Cette action a été soutenue et financée par l'établissement.	
Facteurs clés de succès : Une initiative concertée et émanant du terrain Une direction et notamment DRH positionnée en soutien et non en prescription de la démarche	Freins identifiés Risque de dégradation des transmissions ou de vision péjorative de l'action qui se fait au détriment d'une partie des transmissions
	Leviers d'action Accompagnement par le binôme managérial de proximité qui a été à l'initiative de la démarche Management participatif
Impact et résultat : L'équipe témoigne d'un réel bénéfice de ces séances sur la gestion du stress inhérent à la charge en soin auquel les personnels sont confrontés, ainsi qu'une meilleure cohésion et articulation entre les professionnels	

Fiche action 5 :

Savoir parfois ajuster ses pratiques pour conjuguer obligations et recommandations, garantes de la QDS, en s'adaptant aux besoins quotidiens des patients, contribue à la QVT	
Contenu de l'action : Tout en sachant que l'évaluation pluriquotidienne de la douleur est un enjeu majeur dans la prise en charge des patients, il faut parfois savoir adapter sa pratique face à un patient séjournant sur une longue durée dans un service (ex unité stérile d'hématologie, soins de suite). En effet la question « sur une échelle de 1 à 10 » posée plusieurs fois par jours durant des semaines, contribue à agacer le patient, consomme du temps soignant	
Facteurs clés de succès :	Freins identifiés
Consacrer ce temps à échanger quelques mots avec le patient et l'encourager à signaler quand il a mal	Risque de dégradation de la prise en charge de la douleur
Eviter l'aspect « automatique et répétitif » de la question en privilégiant un contact humain	Leviers d'action
Tracer l'absence de douleur ou adapter le traitement si douleur	Accompagnement par le CLUD (Comité de lutte contre la douleur) de cette démarche, en intégrant d'autres échelles d'évaluation
	Auditer la prise en compte de la douleur par ces autres modes d'évaluation
Impact et résultat :	
L'équipe témoigne d'un réel soulagement de ne plus faire face à l'agacement des patients, et de pouvoir malgré tout rester vigilant sur la prise en charge de la douleur, sans avoir l'impression d'exécuter une démarche systématique. Cette situation ne vaut que pour des patients relevant de plusieurs semaines d'hospitalisation.	
Une démarche similaire peut-être envisagée dans le cadre de la contention, en particulier lorsque c'est le patient lui-même qui demande la mise en place des doubles barrières. Dans ce cas, une réévaluation quotidienne obligatoire peut manquer de sens.	

Fiche action 6 :

Mise en place d'OT de saisonnalité dans un hôpital de montagne	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>L'établissement de santé ayant mis en place cette action connaît une forte saisonnalité inhérente aux différentes périodes touristiques (haute saison hiver, haute saison été et saisons intermédiaires dites basses saisons), et de fait une forte fluctuation des populations présentes dans son bassin de vie.</p> <p>Chaque année, les organisations des saisons sont préparées par la Direction, la DSI et les cadres en fonction des bilans des saisons précédentes.</p> <p>Les partenaires sociaux participent à cette préparation et signalent les ajustements nécessaires au regard de l'expérience des années antérieures.</p> <p>Des questionnaires sont proposés au personnel, portant tant sur la Qualité des Soins que sur les éléments relatifs à la QVT pendant ces périodes.</p> <p>L'organisation est présentée en CME, CTE, et CHSCT</p> <p>La saison d'hiver est anticipée dès le début de l'automne : la période est définie tous les ans en fonction des vacances en France et dans les pays étrangers « usagers » des stations.</p> <p>Les périodes prennent en compte également les « épidémies » prévisibles (en pédiatrie par exemple).</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <p>Des postes transversaux sont nécessaires : administratif (pour organiser les rapatriements) ; bed managers (pour anticiper les lits disponibles dans la journée, soirée).</p> <p>Le matériel nécessaire à la haute saison est également anticipé (brancards, attelles, lits ...).</p> <p>Dialogue social adapté s'appuyant sur une démarche participative avec les équipes</p>	<p>Freins identifiés</p> <p>Inadaptation des moyens mobilisables dans les périodes de tensions</p> <p>Sentiment de frustration dans le cadre d'organisation en mode dit « dégradé »</p> <p>Leviers d'action</p> <p>Démarche réitérée sur plusieurs années ayant permis d'adopter les bons réflexes</p> <p>Un protocole actant la possibilité d'hospitaliser les patients dans tous les services ayant de la place, facilite les admissions et l'ordonnancement des lits</p>

Impact et résultat :

Les services impactés par la Haute Saison connaissent suffisamment en amont les modalités d'ajustement de leur capacité en hébergements (augmentation de la capacité en lits – chirurgie adulte, pédiatrie) ou de fonctionnement (logistique, urgences imagerie, bloc opératoire).

Pendant la saison, le suivi est régulier avec réévaluation si nécessaire.

Après la saison, un bilan très complet permet de pointer les adaptations nécessaires.

Il comprend notamment l'analyse d'indicateurs tels que : les FEI, Accidents de travail, absentéisme, relation au travail, questionnaire de satisfaction des usagers.

L'institution constate au fur et à mesure des années que des éléments d'ajustement d'organisation deviennent des réflexes et ne font plus l'objet de conflits

Fiche Action 7 :

Mise en place d'une démarche « Et toi tu fais quoi ? »	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>Dans un établissement de santé, au sein du pôle biologie, l'encadrement a constaté une très faible mobilité des techniciens de laboratoires, due à de faibles perspectives de carrière pour ces professionnels en dehors des laboratoires eux-mêmes.</p> <p>De par leur formation initiale, les laborantins sont capables d'exercer dans diverses spécialités de la biologie. La mobilité est donc pour eux un moyen de diversifier leurs compétences et pour l'encadrement, de décroiser les laboratoires, redonnant ainsi du sens au métier de technicien.</p> <p>Fort de ce constat, l'établissement fait le choix de mettre en place une démarche visant à faire connaître les activités des techniciens dans les différents secteurs pour susciter des envies de mobilité. Les techniciens avaient la possibilité de prendre la parole pour « vendre » leur spécificité : « les techniciens parlent aux techniciens ».</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <p>Une initiative émanant du pôle d'activité</p> <p>Un soutien de la Direction sur les moyens à mobiliser</p>	<p>Freins identifiés</p> <p>Méfiance initiale des techniciens</p> <hr/> <p>Leviers d'action</p> <p>Management participatif qui a conduit les techniciens à se prendre au jeu des présentations</p>
<p>Impact et résultat :</p> <p>Les retours, ont été très positifs. Beaucoup de techniciens ne se connaissaient pas entre eux et surtout ont découvert tout le champ et la pluralité des activités de la Biologie. Aujourd'hui, on voit des techniciens « experts » candidater lors des choix de postes en interne, pratique plutôt nouvelle et encourageante sur la Biologie.</p>	

Fiche Action 8 :

Mise en place d'une démarche « porte ouverte »	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>Dans un établissement de santé, le laboratoire est confronté à de nombreuses difficultés dues à la non-conformité des prélèvements biologiques qu'il reçoit.</p> <p>Le service prend l'initiative d'organiser chaque 1^{er} mardi du mois une session « porte ouverte » incluant :</p> <ul style="list-style-type: none">présentation du pôle ;un film sur les bonnes pratiques de prélèvement ;une visite des laboratoires ;un temps d'échange avec les cadres et des biologistes <p>et la correction du quizz sur les bonnes pratiques de prélèvement que les professionnels ont reçu au préalable</p> <p>Chaque session est ouverte à 12 personnes IDE</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <ul style="list-style-type: none">Une initiative émanant du serviceUne adhésion des équipes à la démarche	<p>Freins identifiés</p> <ul style="list-style-type: none">Capacité des cadres à libérer les IDE pour participer à la sessionTemps disponible pour les équipes pour organiser ces sessions <p>Leviers d'action</p> <ul style="list-style-type: none">Garantie sur la capacité à libérer les IDE pour participer à la formationDurée de la session adaptée : ½ journée
<p>Impact et résultat :</p> <p>Les retours sont particulièrement positifs. Le pôle note que les échanges entre les professionnels sont l'occasion pour chacun (labo et services) de présenter ses difficultés et impératifs et pour les IDE de découvrir de plus près le fonctionnement et les contraintes du Laboratoire.</p> <p>La qualité des prélèvements biologiques est améliorée évitant de prélever à nouveau les patients et réduisant les- examens inutiles</p> <p>La démarche permet une valorisation des équipes du laboratoire et limite les pertes de temps infirmier.</p> <p>NB : de nombreux établissements développent des actions similaires avec d'autres secteurs d'activité en interface avec les services de soins :</p> <ul style="list-style-type: none">Services logistiquesServices techniquesPUI	

Fiche action 9 :

Amélioration des transmissions en EHPAD	
<p>Contenu de l'action :</p> <p>En Normandie, dans le cadre de la mise en place des clusters QVT en EHPAD, il est apparu que la qualité des transmissions entre équipes AS-IDE semblaient insatisfaisantes au sein des 6 EHPAD participants, tant sur le contenu que sur la forme. Ce vecteur d'informations, pierre angulaire de la qualité des soins, impacte directement la QVT en étant source de stress et de tension entre personnels.</p> <p>Le soutien méthodologique de l'ARACT permet d'établir un projet commun, interprofessionnel et intersectoriel (le groupe étant constitué d'EHPAD associatifs, privés et hospitaliers) : la rédaction d'un cahier des charges, visant à mieux adapter au contexte EHPAD les formations sur les modalités et les contenus des transmissions.</p> <p>L'ARS relaiera à l'ANFH et l'OPCO Santé ces travaux de terrain, afin de mettre en place ce type de formation, et d'en faire bénéficier l'ensemble des établissements intéressés.</p>	
<p>Facteurs clés de succès :</p> <p>Une initiative émanant des établissements</p> <p>Le soutien méthodologique dans le cadre du cluster</p> <p>La coordination EHPAD-ARS-ANFH&OPCO</p>	<p>Freins identifiés</p> <p>Méconnaissance sur difficultés communes inter-établissements</p> <p>Capacité à libérer les agents pour recueillir les besoins et retour d'expériences</p> <p>Leviers d'action</p> <p>La mutualisation de la réflexion à l'échelle régionale permettra de mobiliser des compétences expertes</p> <p>La démarche collective qui permet au manager de se sentir «moins seul » face à une problématique</p>
<p>Impact et résultat :</p> <p>Cette démarche collaborative permet une ingénierie de formation au plus près des personnels et une meilleure corrélation entre théorie et pratique. La validation conjointe ANFH-OPCO Santé-EHPAD permet de s'assurer de la qualité et de l'adéquation de la formation et des bonnes pratiques induites ; bonnes pratiques relayées par la suite au sein des volets qualité des CPOM.</p>	

ANNEXE 1 : Composition du groupe de travail

Antonia ALTMAYER : Psychologue, CH Belfort-Montbéliard

Chantal BAUCHETET : Cadre de santé, commission éthique SFH

Joël CECCALDI : Hématologue honoraire, commission éthique SFH

Philippe COLOMBAT : Président ONQVT

Armelle COURTOIS : Pharmacien, CH Erdre et Loire

Danièle FREGOSI : Directrice CH APT

Guillaume GONCALVES : SYNERPA

Aude LE DIVENAH : Médecin soins palliatifs, CH Lorient

Jérôme MALFROY : Directeur CHU Nancy

Cécile MOULINIER : Conseil National de l'Ordre des sages-femmes

Agnès NINNI : CFDT Santé Sociaux

Sophie NIVET : SYNERPA

Christine PREAUBERT : Infirmière, vice-présidente AFSOS