

Travail & CHANGEMENT

Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins

- Dynamique interétablissements
- Organisation du travail
- Démarche participative



ARGUMENTS (p. 4 à 8)

Denis Garnier (FO-Santé)
Élisabeth Tomé-Gertheinrichs (FHP)
Isabelle Crouzet-Godard (CGT)
Claudine Villain (CFDT)
Cécile Kanitzer (FHF)
Philippe Guérin (ARS Centre-Val
de Loire)
Véronique Ghadi (HAS)
Anne-Marie Armanteras de Saxcé
(DGOS)
Philippe Colombat (CHRU Tours/PAV)

CÔTÉ ENTREPRISES (p. 9 à 14)

Fondation privée à but non lucratif
Guérir les maux par les mots
Institution privée à but non lucratif
**Quand qualité de vie au travail
rime avec satisfaction des
patients**
Centre hospitalier universitaire
**Quand personnels soignant et
médical réfléchissent ensemble**
Hospitalisation à domicile
**Hospitalisation à domicile :
une organisation revue autour
de la QVT**
Institution de santé privée d'intérêt
collectif
**Quand la QVT s'associe
à un projet de changement**
Centre hospitalier
**Trois piliers pour retrouver
le sens du travail**

Anact  Aract
LE RÉSEAU

Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins

• Dynamique interétablissements • Organisation du travail • Démarche participative

Avec deux millions de professionnels opérant dans 3 000 établissements, le secteur de la santé est à la croisée d'enjeux économiques, sociaux et sociétaux majeurs. Il est aussi un creuset privilégié d'expérimentations d'innovations sociales visant la qualité de vie au travail.

Le lien entre conditions de travail des personnels soignants et qualité des soins délivrés aux patients fait aujourd'hui largement consensus, étayé par de nombreuses études et soulevant beaucoup de questions. Car l'articulation entre qualité du travail et qualité des soins cristallise toute la complexité des enjeux qui traversent le secteur de la santé.

Complexe, le secteur l'est de manière structurelle : 3 000 établissements de statuts et de tailles divers, 2 millions de professionnels, une extrême diversité de métiers et de compétences.

Complexe, il l'est aussi nécessairement d'un point de vue sociétal par son étroite immixtion dans la vie de chacun d'entre nous, de la naissance jusqu'à la mort, de manière récurrente tout au long de parcours qui sont et seront de plus en plus longs.

Complexe, il l'est enfin sur le plan social, soumis à une triple tension entre pénurie de ressources, obligation de continuité de service et évolution des besoins (hospitalisation à domicile par exemple).

→ Objectifs d'une démarche QVT

Dans un contexte économique et social marqué par de multiples difficultés (empilement de réformes, restrictions budgétaires, tarification à l'acte, fermetures de services, restructurations, taux élevés d'absences, risques psychosociaux [RPS], épuisement professionnel, densification de la charge de travail, contraintes liées à la gestion des ressources...), la notion même de qualité de vie au travail (QVT) peut légitimement susciter des réserves, voire une défiance auprès de personnels déjà sursollicités. « La QVT n'est pas un projet supplémentaire : c'est une ressource qui concerne

tous les projets. L'objectif est d'associer les salariés concernés par des changements pour tenir compte de leur expérience et de leur connaissance des activités dans la préfiguration d'une nouvelle organisation », développe Anne-Marie Gallet, chargée de mission au



« L'objectif est d'associer les salariés concernés par des changements pour tenir compte de leur expérience et de leur connaissance des activités dans la préfiguration d'une nouvelle organisation »

Anne-Marie Gallet, chargée de mission au département EDOM de l'Anact

département Expérimentations et Développement Outils et Méthodes (EDOM) de l'Anact. Car l'objet d'une démarche QVT est bien là : revisiter le rôle du management, l'outiller, questionner et renouveler le dialogue social, renforcer la pluridisciplinarité, repenser les organisations.

Comment appréhender toutes ces dimensions avec suffisamment de cohérence – et si possible de sérénité – pour envisager des évolutions durables ? « La thématique de la qualité des conditions de travail est de plus en plus centrale dans la vie des établissements. Elle souligne le besoin profond de conciliation des intérêts collectifs dans des organisations en mouvement et conjugue des identités professionnelles plurielles », note Olivier Liaroutzos, responsable du département EDOM de l'Anact.

En affirmant le travail comme créateur de valeur, en invitant les partenaires sociaux à s'interroger sur l'articulation des différentes sphères de la vie, en développant l'adaptation des postes et les pratiques socialement responsables, en concourant à l'attractivité et la fidélisation des personnels et au maintien dans

l'emploi, la QVT favorise au sein des établissements de santé le développement d'un management durable. En s'appuyant sur l'instauration d'espaces de dialogue sur le travail et le sens de ce dernier, ce management peut accorder plus d'attention à la QVT dans une logique

bien comprise de qualité des soins. L'analyse des événements indésirables dans un établissement peut par exemple se faire à travers des retours d'expériences impliquant tous les professionnels (de l'agent hospitalier au chef de service) dans une perspective de renouvellement des pratiques.

→ Clusters régionaux

Qualité de vie au travail, sécurité et qualité des soins, performance des établissements : trois éléments constitutifs d'une même dynamique vertueuse, mais qui requiert un grand nombre d'expérimentations pour s'ancre avec réalisme sur le terrain.

Le réseau Anact-Aract intervient de longue date dans le secteur de la santé. En 2011, cette expertise se structure au travers d'un partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Une action renforcée par un bon niveau de mobilisation de la part des fédérations d'employeurs, organisations syndicales et ordres de médecins. « C'est en capitalisant depuis plus de 15 ans dans ce secteur sur les conditions de travail, sur la prévention des risques professionnels, que nous

sommes légitimes pour porter le sujet de la QVT au niveau national avec les principaux acteurs du secteur», note Anne-Marie Gallet. Depuis début 2015 la mobilisation s'est décentralisée à l'échelle régionale : des actions ont été lancées dans 80 établissements, portées au sein de chaque structure par un triptyque représentatif de la direction, du personnel et du corps médical. « Dans un secteur où le dialogue social est actuellement conflictuel, le fait de construire la dynamique de réflexion sur un binôme direction-personnel rencontre un écho très positif », explique Anne-Marie Gallet.

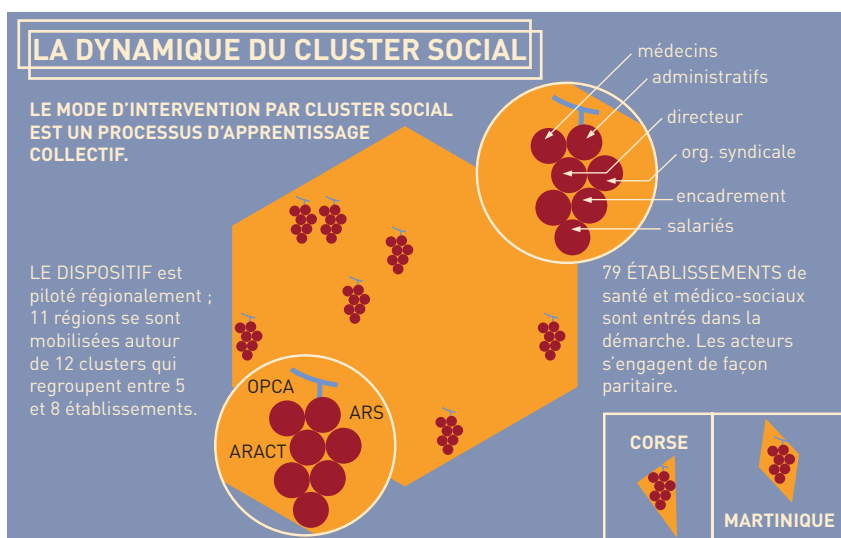
Mais l'objectif de cet essaimage à l'échelle de « clusters » régionaux est aussi d'ouvrir le champ au dialogue interétablissements, dans une logique expérimentale d'apprentissage collectif et de capitalisation méthodologique. Ce mode d'action collective permet la rencontre entre établissements de toutes tailles, de tous statuts et toutes spécialités. Au sein de chaque agence régionale de santé (ARS), le dispositif mobilise ainsi entre cinq à huit institutions, qui échangent régulièrement autour de thématiques spécifiques : QVT et filière gérontologique, hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, psychiatrie, etc. Et de questions plus concrètes encore : comment viser une amélioration de la qualité des soins tout en conduisant la fusion de deux établissements ? Comment, à l'occasion d'un renouvellement d'équipement, impliquer l'ensemble des professionnels concernés pour préfigurer de nouvelles situations de travail où les conditions d'exercice se trouveront nettement améliorées ?

→ Impliquer les représentants des usagers

Totalement inédite par son ampleur, sa gouvernance paritaire et sa portée méthodologique, cette première vague de « clusters » est financièrement soutenue par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) à hauteur d'un million d'euros. Un portage financier reconduit en 2017. « Nous avons réussi à mettre en place un cadre institutionnel et fonctionnel propice à une démarche constructive de recherche/action : avec l'HAS et les services du ministère de la Santé, avec les fédérations professionnelles et les organisations syndicales, avec les ARS et les établissements. Mais il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'un travail de longue haleine, autour duquel le consensus et la mobilisation ne doivent pas se relâcher », souligne Olivier Liaroutzos. Prochaine étape pour contribuer à la pérennisation de cette dynamique : impliquer, toujours sur un mode participatif, les représentants des usagers. Ce sera un axe fort pour consolider l'articulation entre qualité de vie au travail et qualité des soins.

Objets d'un intérêt médiatique soutenu, creusets de cristallisation d'enjeux sociétaux majeurs impactant l'intérêt général et le bien-être de chacun, le secteur de la santé et la qualité des soins sont au cœur de l'attention politique. Pour les observateurs des conditions de travail et les acteurs de la promotion de la qualité de vie au travail, ils sont aussi un terrain privilégié de développement des innovations sociales.

Muriel Jaouën (journaliste)



ÉDITORIAL

Hervé Lanouzière, directeur général de l'Anact

Qui serait insensible à la qualité des soins dans les établissements de santé ?

Cette question revient d'ailleurs souvent au-devant de l'actualité. Les pouvoirs publics engagent des réformes délicates et les professionnels font part de leurs difficultés à exercer dans un environnement sous pression. En présentant, le 5 décembre 2016, la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent », Marisol Touraine a confirmé le lien indéfectible

« Il existe un lien indéfectible entre conditions de travail des personnels et qualité des soins. »

entre conditions de travail des personnels et qualité des soins. Au point d'en faire une politique structurelle des prochaines années. C'est dire si les expérimentations des hôpitaux et cliniques présentées ici prennent leur importance. Chaque témoignage pose des éléments de méthode relatifs à une prise de parole pluridisciplinaire sur le travail, une revalorisation de l'activité des managers de proximité et une implication renouvelée des partenaires sociaux. L'accompagnement de ces initiatives par le réseau Anact-Aract y joue un rôle majeur. Ainsi, le dispositif d'actions collectives dans dix régions ayant impliqué en 2016 quatre-vingts établissements porteurs de démarches qualité de vie au travail est reconduit en 2017.

Vers une culture de diagnostic sur

Alors que le secteur de la santé est soumis à des contraintes financières drastiques, que les indicateurs sociaux sont au rouge, il est essentiel de renouer le dialogue et de revoir l'organisation du travail avec les véritables experts que sont les agents afin d'améliorer leur qualité de vie au travail.

Le point de vue **des partenaires sociaux** Propos recueillis par Muriel Jaouën

DENIS GARNIER,
assistant fédéral Force
Ouvrière (FO)-santé



Comment mesurer la qualité de vie au travail en milieu hospitalier ?

Entre le travail prescrit et la réalité du travail réalisé, de nombreux éléments viennent s'immiscer pouvant perturber le résultat. Les contraintes d'espace, de temps, d'urgence, la capacité et le nombre d'acteurs, l'organisation du travail ou bien encore son environnement sont autant d'éléments qui peuvent altérer la qualité du travail et donc, la qualité des soins. Des facteurs que les guides de procédures, référentiels ou protocoles ne peuvent pas prévoir.

Il faut alors évaluer le travail réel ?

Il faut partir du travailleur lui-même. Le premier régulateur du travail, c'est lui ! Seules son expérience, ses compétences et ses connaissances lui permettent de mettre en œuvre des réponses adaptées. Voilà pourquoi il est essentiel d'observer la situation de travail, d'écouter celui qui le fait, et de permettre une mise en discussion des conditions de cet exercice. C'est de ces observations, de ce débat, de la négociation qui suivra que la démarche qualité prendra toute sa dimension.

La qualité de vie au travail peut-elle faire l'objet d'indicateurs ?

Encore une fois, beaucoup de facteurs sont difficilement maîtrisables. Un exemple : le nombre de changements sur un tableau de service dans le mois est un marqueur pertinent pour évaluer la qualité de l'organisation du travail. Pourtant, il est quasiment impossible d'en apprécier

l'ampleur, car les observations possibles sont cantonnées dans le seul périmètre des unités fonctionnelles. Il convient donc de cibler les principaux éléments mesurables, quantifiables, qui peuvent traduire la volonté d'un établissement d'intégrer la qualité de vie au travail dans la gestion quotidienne. En l'occurrence, on peut identifier quatre indicateurs majeurs : l'insécurité de la situation de travail (précarité, restructurations, etc.), les heures supplémentaires, les temps de transmission entre les équipes et le « moral des troupes » par des enquêtes.

Quels constats faites-vous quant à l'intensification du travail en milieu hospitalier ?

C'est l'un des facteurs essentiels des risques psychosociaux. Aujourd'hui, on constate une moyenne de 20 % d'emplois précaires dans la fonction publique hospitalière (FPH). Le recours massif aux contractuels, qui sont seuls, isolés, quasiment abandonnés et doivent faire toujours plus sans être protégés par une quelconque réglementation, est devenu la norme. Un salarié sur un emploi précaire est dans une situation qui le prive de la nécessaire stabilité qu'exige un travail de qualité, qui le contraint d'accepter l'intensité du travail au-delà du raisonnable, qui l'oblige à se taire en face d'exigences émotionnelles intensives ou de conflits de valeurs, qui le prive de toute initiative et qui l'écarte trop souvent des bons rapports sociaux.

Quel est le rôle des organisations du travail dans cette situation ?

Les organisations du travail et les modes de management jouent un rôle majeur dans cette dégradation de la santé des personnels. Sur le terrain, les syndicats FO locaux ne peuvent que constater l'augmentation régulière des absences

pour raisons de santé, qu'elles soient imputables à des maladies ordinaires, des congés de longue maladie, des accidents de travail et de trajet-travail, ou des maladies professionnelles.

ÉLISABETH TOMÉ-GERTHEINRICH,
déléguée générale de la Fédération
de l'hospitalisation privée (FHP)



La question de la qualité de vie au travail est-elle prioritaire pour la FHP ?

Dans le secteur de la santé sans doute plus qu'ailleurs, l'humain est au cœur de tous les enjeux. La FHP est très consciente que le bien-être des salariés constitue l'une des clés majeures de l'attractivité des métiers et des entreprises. Elle est la première fédération du secteur sanitaire à avoir mis la question de la qualité de vie au travail sur la table de la négociation, puisqu'un accord soumis à l'approbation des partenaires sociaux est actuellement en discussion. Ce, alors que, si les entreprises ont depuis 2015 obligation de négocier sur la QVT, les branches ne sont pas tenues de conclure un accord. La démarche que nous avons engagée montre l'importance que revêt cette question à nos yeux.

La discussion se heurte-t-elle à des difficultés ?

La question de la qualité de vie au travail se heurte d'emblée à son propre péri-

Les conditions de travail

Comment la fédération CGT Santé et Action sociale appréhende-t-elle la notion de qualité de vie au travail ?

La notion en soi mérite que l'on s'y intéresse. Le problème est dans l'inadéquation entre ce que les directions d'établissement proposent et la réalité du travail des agents. Les conditions de travail dans le secteur de la santé et de l'action sociale continuent de se dégrader de manière critique, parfois délétère. Tous les indicateurs sociaux du secteur sont au rouge : turn-over, absentéisme (arrêt maladie, arrêt de travail, burn-out, risques psychosociaux, troubles musculo-squelettiques...), contrats précaires, démissions, situations de souffrance parfois extrêmes. Face à cette détérioration et lassés par les lois successives, menacés par les dégraissages massifs, légitimement alarmés par les restructurations territoriales en cours, les agents sont plutôt suspicieux face aux injonctions de qualité de vie au travail. D'autant plus qu'ils peuvent constater que

ISABELLE CROUZET-GODARD,
fédération Santé et Action sociale
Confédération générale du travail (CGT)

cette dernière, telle qu'elle leur est vendue aujourd'hui par certaines directions d'établissement, est totalement dévoyée, réduite par exemple à des séances de relaxation ou de massage proposées à des salariés épuisés.

Contestez-vous l'articulation entre conditions de travail et qualité des soins ?

Qui pourrait la contester ? Les agents, qui pour l'essentiel d'entre eux se sont engagés dans leur métier par vocation et au nom de valeurs, sont les premiers à souffrir de voir la qualité des soins prodigués aux patients et aux résidents sacrifiée au nom de la rentabilité. Mais là

encore, il ne faut pas occulter les vraies questions. De même que les RPS sont bien un risque organisationnel, la qualité du travail est d'abord une question d'organisation du travail.

Par quel bout attaquer le problème ?

D'une part, en renouant le dialogue social qui, dans beaucoup d'établissements, est en partie rompu. D'autre part en stoppant la casse. Pour que le travail soit bien fait, il faut réduire la charge qui pèse sur les agents, revoir à la baisse des objectifs de productivité devenus intenable, repenser la conception même des organisations en partant du travail réel et en rappelant que les véritables experts du travail sont les agents/salariés qui l'effectuent. Quel crédit voulez-vous que l'on porte à l'injonction de qualité de vie au travail quand, dans le même temps, se multiplient les pratiques illégales comme le rappel sur repos ou les 12 heures d'affilée hors volontariat ou dérogation ?

mètre et donc à un problème de définition. Que doit-on y mettre ? Ces dernières années, les réglementations successives ont empilé les obligations de discussion autour de sujets multiples (pénibilité, égalité hommes/femmes, contrats de génération, risques psychosociaux...) qui, tous, portaient en partie la thématique de la QVT.

Méthodologiquement, dans l'idéal, il eût été plus pertinent d'entrer par la porte de la QVT pour ensuite évoquer une à une les autres questions. Le fait que les choses aient été abordées dans l'autre sens cristallise en soi la difficulté de trouver un consensus autour de la définition de la QVT et celle de passer de la théorie à la pratique. Nous avons constaté qu'il existe encore de nombreuses confusions entre QVT et pénibilité, entre QVT et RPS... C'est pourquoi nous avons choisi, avec ce prochain accord, d'embrasser ces questions sans qu'elles se substituent pour

autant à la notion de qualité de vie au travail.

Quelle intention sous-tend la mise en débat de cette question de la QVT en vue d'un prochain accord ?

Nous avons voulu placer cet accord sous le signe du dialogue, du partage d'expériences, pour l'inscrire dans une logique pragmatique et utilitaire, en faire une boîte à outils au service des entreprises et de leurs salariés. L'idée étant de permettre à chaque établissement, à son échelle et en fonction de l'avancement de sa réflexion et de la réalité de ses pratiques et de ses besoins, de trouver une clé d'entrée opérationnelle rapidement actionnable. N'oublions pas que nous représentons des entreprises très diverses, qui abritent elles-mêmes de multiples métiers. Une solution universelle n'aurait donc pas de sens, en tout cas certainement aucune efficacité réelle.

Les cliniques et hôpitaux privés sont soumis à d'importantes contraintes financières.

Dans ce contexte, la QVT est-elle vraiment prioritaire ?

C'est justement parce que les directions d'entreprise sont soumises à une forte pression réglementaire et à des contraintes financières drastiques qui entravent sérieusement toute marge de manœuvre sur le champ de la négociation salariale qu'il nous a semblé essentiel de leur proposer des outils facilement applicables, déployables, mesurables et ajustables, pour leur permettre d'engager une négociation, de mettre en œuvre des indicateurs, ou encore de définir un programme d'actions rejoignant ainsi l'attente des salariés en matière d'amélioration des conditions de travail.

Comment la CFDT Santé-Sociaux aborde-t-elle de la notion de qualité de vie au travail ?

Ce n'est pas un sujet nouveau pour la CFDT. Longtemps, on a parlé de santé au travail, puis de conditions de travail. Aujourd'hui, on parle de qualité de vie au travail. Mais au-delà des variations dans la terminologie, les problématiques demeurent. Et les problèmes ont même tendance à s'amplifier. Pourtant, ce n'est pas faute d'avoir lancé le débat sur la table des partenaires sociaux et des pouvoirs publics. En 2010, nous avons déclenché une grande enquête sur la qualité de vie au travail dans l'hôpital public. Soixante mille personnes y ont répondu. Mais derrière, zéro effet. La CFDT s'est beaucoup investie dans les groupes de travail mis en place par le ministère de la Santé en 2013. Là encore, pas de résultat ! Nous avons donc repris nos conclusions de l'époque lors de la consultation lancée le 14 novembre 2016 par la DGOS en vue d'un projet de stratégie nationale sur la qualité de vie au travail.

Diriez-vous que la situation dans les établissements publics de santé se dégrade ?

Les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ont largement contribué à la diffusion d'une culture de

CLAUDINE VILLAIN,
secrétaire nationale Santé-
Sociaux Confédération française
démocratique du travail (CFDT)



diagnostic sur les conditions de travail. Ils ont permis de poser les bases d'un dialogue structuré au sein des établissements. Mais il y a réellement urgence. La baisse vertigineuse des effectifs est plus qu'inquiétante. Les conditions de travail s'en trouvent profondément altérées et l'on constate sur le terrain la multiplication et l'intensification des situations de souffrance. Pour la CFDT, les décrets nationaux ne suffisent pas. L'amélioration de la qualité de vie au travail, dans le public, ne peut véritablement passer que par une négociation annuelle obligatoire dans chaque établissement sanitaire, social et médico-social. Celle-ci devant permettre la conclusion et la signature d'un accord. La négociation annuelle obligatoire ne doit prendre fin qu'à partir du moment où un accord local est signé ou un procès-verbal de désaccord est établi en cas d'échec des négociations.

Les pratiques professionnelles sont-elles insuffisamment considérées ?

On n'écoute pas les professionnels. Or, il faut partir du travail réel en le distinguant du travail prescrit. C'est au cœur de l'activité que les professionnels doivent

être accompagnés quotidiennement afin de les guider dans leurs décisions, de leur permettre de résoudre les éventuels conflits de valeurs qui pourraient se poser à eux et de travailler en conformité avec les vertus qu'ils partagent avec l'institution. On peut ici s'appuyer sur les travaux menés par la HAS et l'Anact, mais également sur les outils dont disposent directement les établissements (document unique d'évaluation des risques professionnels [DUERP], bilan social, procès-verbal du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail [CHSCT], rapport de la médecine du travail...). La recherche de nouveaux lieux de réflexion sur les pratiques professionnelles au sein même des établissements et entre eux doit être fortement encouragée (site internet, rencontres régionales ou nationales...).

Des espaces de discussion ?

Il s'agira en effet de retrouver des temps de parole entre le cadre de proximité et les équipes afin de parler du travail, de l'organiser et d'aménager la qualité de vie en poste. Il apparaît à ce titre nécessaire de « désempêcher » le cadre de santé en le libérant de tâches annexes, pour lui permettre de se recentrer sur l'accompagnement des équipes et assurer ainsi la proximité nécessaire.

Où en est la FHF dans la démarche collective initiée au plan national puis régional autour de la QVT ?

Nous en sommes à la quatrième année de ce travail collectif entre HAS, Anact, fédérations d'employeurs du secteur médico-social et organisations syndicales. Nous nous réunissons trois ou quatre fois par an pour échanger sur les bonnes pratiques recensées au gré des expérimentations – aujourd'hui nombreuses – initiées dans les établissements à l'échelle des ARS. Parallèlement, nous sommes en train de construire une grande enquête autour de ces expériences, dont les résultats devraient être disponibles à l'été 2017.

Quelle définition la FHF donne-t-elle de la QVT ?

Il s'agit d'une démarche participative et progressive qui conduit le collectif de travail à réinterroger les organisations en place pour retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité. La qualité de vie au

travail est une condition de la qualité des soins. Car le sentiment de perte de reconnaissance du travail ou du sens au travail est problématique et dangereux pour l'excellence des soins. Pour la FHF, qui regroupe 3 500 établissements publics, la QVT repose sur cinq dimensions : la qualité des relations de travail, l'organisation et le contenu du travail, l'environnement physique de travail, la possibilité du développement professionnel, et la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Promouvoir la qualité de vie au travail, c'est agir concomitamment sur ces cinq leviers dans une vision ainsi que des échanges pluridisciplinaires, transversaux et quotidiens.

Quel est le rôle du management dans cette approche collective ?

Au-delà du portage politique, qui doit être pris en charge par les instances dirigeantes de chaque établissement, et du portage social qui repose sur le jeu des partenaires sociaux et de leurs instances

CÉCILE KANITZER,
conseillère paramédicale à la Fédération
hospitalière de France (FHF)



de représentation, la question du management de proximité est essentielle. D'un établissement à l'autre, les managers ont à gérer de 20 à 70 équivalents temps plein, ce qui est beaucoup trop, *a fortiori* quand les équipes sont dispersées sur plusieurs sites. Il est nécessaire d'augmenter les effectifs d'encadrants. Et ce, pas seulement sur les activités de soin, mais sur toutes les fonctions des établissements. Les managers de proximité doivent pouvoir exercer leur mission dans les conditions minimales de sérénité pour le faire. Il leur faut donc disposer de suffisamment de temps pour écouter les collaborateurs, être présents auprès des équipes, accompagner les besoins individuels et collectifs.

QVT : de la stimulation à l'outillage

De la théorie à l'application pour améliorer la QVT : des acteurs se mobilisent. Une stratégie nationale portée par le ministère, un dispositif de certification adapté par la HAS, 11 clusters sociaux impliquant 80 établissements.

Le point de vue **des invités du réseau Anact-Aract** Propos recueillis par Muriel Jaouën

Comment l'ARS Centre-Val de Loire aborde-t-elle la question de la qualité de vie au travail ?

Nous avons développé, pour une durée de trois ans, un dispositif d'accompagnement à la mise en œuvre de politiques de prévention santé (notamment RPS) dans les établissements. Celui-ci s'appuie sur une cellule de trois préventeurs, qui interviennent à la demande des établissements pour former les personnels au diplôme universitaire de conseiller en prévention des risques professionnels en établissement de santé délivré par l'Université de Cergy Pontoise.

Quelle est l'ampleur de cette démarche ?

Plus de 80 établissements se sont engagés, soit la très grande majorité des structures affiliées à l'Association nationale pour la

formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) Centre-Val de Loire. Le programme, à ce jour unique à l'échelle des ARS, bénéficie d'un budget de 800 000 euros, abondé par trois partenaires : l'ARS, l'ANFH Centre-Val de Loire et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). En 2017, nous allons définir et déployer des indicateurs pour mesurer les effets du dispositif. L'objectif étant de l'étendre et de faire en sorte que les établissements prennent le relais pour le rendre pérenne économiquement.

Avez-vous répondu à l'appel d'offres de la DGOS autour des clusters sociaux ?

Oui. Nous avons identifié avec notre Aract six établissements du secteur psychiatrique susceptibles d'entrer dans la démarche : cinq cliniques et un centre hospitalier. Le

PHILIPPE GUÉRIN,
responsable du pôle démographie médicale et gestion prévisionnelle des professionnels de santé

dispositif a très bien pris. Une journée de restitution aura lieu le 4 avril 2017, où tous les établissements de santé de la région seront invités. L'idée est en effet de proposer des outils leur permettant de préparer leur certification, mais aussi d'aider toutes les démarches visant à améliorer la qualité de vie au travail dans une logique de qualité des soins. Et nous ne pouvons que constater que les établissements sont ici très demandeurs. *A fortiori* dans une région confrontée à un gros déficit de démographie médicale et où les établissements doivent répondre de manière urgente à des enjeux d'attractivité.

Comment la HAS aborde-t-elle la question de la qualité de vie au travail ?

La Haute Autorité de Santé est une agence indépendante participant à la régulation du système de santé. Lui échoit notamment une mission de certification des établissements. La HAS est porteuse d'une conviction : qualité de vie au travail et qualité des soins sont intimement liées. Cette certitude, régulièrement étayée par des études, des expérimentations et des témoignages, est à l'origine de l'introduction d'un critère sur la « promotion de la qualité de vie au travail » dans le Manuel de certification des établissements de santé V2010. Elle est aussi au cœur de la démarche menée depuis 2010 avec l'Anact, les fédérations professionnelles et les partenaires sociaux, qui a permis d'aboutir à un socle partagé autour du concept de qualité de vie au travail, inspiré de la définition figurant dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 sur la QVT. En parallèle, la HAS a développé

la place de la qualité de vie au travail au sein de la certification en la faisant figurer au rang des thématiques obligatoires du Compte Qualité récemment mis en place dans le cadre de la certification V2014.

Vous avez instauré avec l'Anact le dispositif des clusters. Quel était ici votre objectif ?

Nous avons eu conscience de la nécessité de transformer l'essai au niveau des établissements. C'est ainsi qu'est né le dispositif des clusters, qui permet une réelle dynamique d'expérimentation de la démarche à l'échelle des environnements réels de travail, dans un esprit de consensus garanti par le respect du paritarisme social, et en phase avec des enjeux particulièrement prégnants dans les différentes régions : chirurgie ambulatoire en Normandie, filière gériatrique en Rhône-Alpes, hospitalisation à domicile en Languedoc-Roussillon. La première vague de clusters a embarqué 11 agences régionales de santé, 80 établis-

VÉRONIQUE GHADI,
chef de projet au service développement de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS)



sements et 10 Aract, avec un soutien financier de la DGOS à hauteur d'un million d'euros.

Pour quels résultats ?

Le 29 juin 2017, la HAS organisera une restitution des résultats de cette action. Il sera alors mis à disposition de l'ensemble des acteurs du système de santé des méthodes au regard des enjeux de transformation de l'offre de soins afin de favoriser le déploiement de démarches de qualité de vie au travail. Ainsi, la HAS oriente ses actions dans deux directions complémentaires : la stimulation par la certification, l'outillage par l'expérimentation.



**ANNE-MARIE
ARMANTERAS DE SAXCÉ,**
directrice générale de l'offre
de soins (DGOS)

**Quels sont les fondements
de la stratégie nationale portée
par la DGOS en matière de qualité
de vie au travail ?**

Tout est parti d'une décision de la ministre, en réaction aux drames qui ont touché les professionnels de santé ces derniers mois. Nous avons commencé par dresser un bilan des initiatives menées autour des conditions de travail dans le secteur de la santé au sens large, incluant la sphère médico-sociale et sociale. Nous avons recensé les différents plans, et considéré qu'il fallait une nouvelle impulsion politique au plus haut niveau sous la forme d'une stratégie nationale. Après consultation de l'ensemble des acteurs, nous

avons conclu qu'il ne serait pas pertinent de lancer un énième plan et qu'il fallait plutôt porter une stratégie globale. Celle-ci ayant vocation à servir de tremplin pour les dynamiques opérationnelles à l'échelle des établissements. Autre conviction : une stratégie nationale, si elle est véritablement ambitieuse, doit concerner l'ensemble des professionnels de santé, y compris ceux exerçant en ville.

**Quelles dispositions majeures
sont prévues par cette impulsion
nationale ?**

La stratégie porte sur une dizaine d'axes prioritaires. Parmi ceux-ci, je citerai trois décisions majeures, à commencer par la création fin janvier 2017 d'un observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, qui portera entre autres sur les aspects de prévention, de détection et de prise en charge des RPS. Deuxième mesure : la qualité du travail étant aussi – et d'abord – une question de culture, il est indispensable d'intégrer à toutes les formations, initiales et conti-

nues, un volet QVT afin d'y sensibiliser les professionnels futurs ou en exercice. Sans oublier la détection et la gestion des RPS. Enfin, une troisième décision importante porte sur l'incitation à la généralisation d'équipes pluridisciplinaires au sein des services de santé au travail dans les établissements et à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT), incitation pour laquelle une aide financière de 30 millions d'euros a été débloquée.

Quid du management ?

Désormais, tout professionnel accédant à un poste d'encadrement, de direction ou à haute responsabilité devra être formé au management des équipes. Des prestations de coaching seront également accessibles pour accompagner les parcours professionnels des managers. Cela nous semble d'autant plus important que la notion de collectif et la relation de proximité doivent être fortement valorisées au sein d'organisations de santé ayant, par ailleurs, le sentiment d'être en perpétuelle réforme.



PHILIPPE COLOMBAT,
professeur en hématologie au centre
hospitalier régional universitaire (CHRU)
de Tours, enseignant-chercheur au sein
du laboratoire de recherche Psychologies
des âges de la vie (PAV)

**Depuis 25 ans, vous défendez
le lien entre qualité de vie au
travail et qualité du management.
Cette conviction a fini par payer...**

Au début des années 1990, le Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH), association loi 1901 constituée de soignants travaillant dans les services d'hématologie, a proposé un schéma de démarche participative visant à associer prise en compte des difficultés des soignants et prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches. Depuis, cette démarche a inspiré trois circulaires

ministérielles – 2002, 2004, 2008 – et figure au rang des critères HAS d'accréditation des établissements pour la prise en charge des patients en soins palliatifs dans tous les services de soins.

En quoi consiste cette démarche ?

Elle repose sur quatre piliers. Premièrement, la formation interne qui, en complément des enseignements externes, a pour atout de permettre à tous les membres de l'équipe d'échanger sur les thèmes abordés. Deuxièmement, les staffs pluriprofessionnels. Ces rendez-vous fixés au moins une fois par semaine au sein de chaque unité de soin visent à définir un projet de prise en charge globale des patients et de leurs proches, en affinant l'analyse des besoins au travers de regards croisés (aides-soignants, infirmiers, médecins, cadres de santé, etc.). Troisième pilier : le soutien aux équipes sous forme de réunions de débriefing animées par un psychologue et/ou un psychothérapeute extérieur au service. Enfin, une démarche projet, qui consiste, à partir d'un dysfonctionnement ou d'un

besoin, à réunir toutes les catégories socioprofessionnelles concernées pour faire des propositions d'amélioration.

**Pour autant, cela ne prouve pas le
lien entre qualité de vie au travail
et management participatif...**

C'est pourquoi, dès 2004, à la faveur d'un financement du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), notre association a diligenté une étude auprès de 574 infirmiers et aides-soignants au sein des services d'oncohématologie du Cancéropôle Grand Ouest. Les résultats démontrent clairement une relation entre la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe, la présence de staffs pluriprofessionnels et la qualité de vie au travail. En 2009, un deuxième PHRC a retrouvé les mêmes résultats auprès d'une population de 323 soignants de même spécialité.

Parti d'une réflexion sur les TMS et RPS, l'établissement a mené une démarche plus globale sur la qualité de vie au travail, qui a notamment réinterrogé les pratiques managériales.

Guérir les maux par les mots

Avant de se lancer dans un projet de plus grande ampleur, baptisé «santé et bien-être au travail», la Fondation Bagatelle a commencé par une action expérimentale. Cet hôpital protestant à but non lucratif, qui gère 10 établissements de santé en Gironde, a en effet profité d'un changement de direction médico-sociale au sein du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour y mener une action pilote, orientée sur les risques psychosociaux (RPS) et les troubles musculo-squelettiques (TMS). Un premier groupe expérimental s'est ainsi mis en place dans ce service d'une cinquantaine de salariés, et dont Guérolé Jan, le directeur des ressources humaines de la Fondation, a rapidement mesuré l'impact positif sur le taux d'absentéisme et la motivation des équipes.

«Le dialogue social ne se résume pas aux obligations légales, il doit à mon sens être bien plus ambitieux que cela et rendre chacun acteur de ses conditions de travail, en donnant la parole au plus grand nombre», affirme-t-il. La décision est ainsi prise d'étendre la démarche à l'ensemble de l'établissement. Accompagné par le cabinet de conseil bordelais Cap GRH, le groupe dégage bonnes pratiques et premières problématiques à résoudre. «Les thématiques, en lien avec l'organisation du travail, permettaient à de nombreux salariés de prendre la parole, témoigne Isabelle Robertou, cadre de santé infirmier et l'une des participantes du groupe projet. Nous avons posé un premier diagnostic, certains sujets ont abouti à l'élaboration de fiches problèmes, sans qu'il soit encore question de résolution derrière».

Pour poursuivre la dynamique, le groupe projet est devenu un comité de pilotage (Copil) qualité de vie au travail, dans lequel la direction intervient pour arbitrer les diffé-

rentes priorités. Concernant l'axe TMS, RPS et conditions de travail, les thèmes de la sécurité et de la communication ont ainsi été retenus en vue de l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action.

En parallèle, un second volet concernant l'évolution du management de proximité a été retenu. «Cela inclut la construction d'un référentiel commun, afin que tous les services de la fondation aient le même management», précise Guérolé Jan. «Nous sommes alors passés sur un temps de formation/action pour les managers et les collaborateurs en délégation», explique de son côté Isabelle Robertou. Des fiches sont par exemple venues redéfinir ce qu'un responsable peut déléguer, et ce qui relève de l'autorité hiérarchique.

Déploiement

Concernant la communication interne, une réflexion est aussi en cours sur les réunions flash. «Dans un certain nombre de services, les agents ne peuvent se lever de leur chaise ou quitter un bloc opératoire, alors plutôt que de créer quelque chose qui n'est pas réalisable, l'idée est d'identifier comment de telles réunions peuvent s'organiser en fonction des réalités de chaque secteur», poursuit Isabelle Robertou soulignant l'enjeu «de montrer la

→ FONDATION BAGATELLE

Secteur : fondation privée à but non lucratif

Activité : établissements sanitaire, social, médico-social et éducatif

Effectif : 1 200 en équivalent temps plein (ETP)

Région : Aquitaine

capacité du Copil à pouvoir aller jusqu'au concret». «Le résultat de certaines actions commence à peine à se manifester, c'est long, il faut pouvoir tenir la dynamique, mais il fallait, je pense, tout ce chemin pour y arriver», estime-t-elle. L'enjeu est à présent de déployer la démarche sur l'ensemble des projets et ser-



«Le dialogue social ne se résume pas aux obligations légales, il doit (...) rendre chacun acteur de ses conditions de travail, en donnant la parole au plus grand nombre.»

Guérolé Jan, directeur des ressources humaines

vices. D'autant qu'un nouveau défi attend les équipes : le partenariat en un même établissement hospitalier civilo-militaire rassemblant l'hôpital de la Fondation Bagatelle avec l'hôpital d'instruction des armées Robert Picqué, premier du genre en France.

Caroline Delabroy (journaliste)

FABRICE CLOAREC, chargé de mission à l'Aract Aquitaine

Une démarche en continuité

Nous sommes typiquement dans un cas d'entreprise qui a compris qu'elle doit s'appuyer sur les personnels, et pas seulement sur le patient, pour continuer à remplir sa mission sur le territoire. Le travail, au sein du cluster, a d'abord consisté à leur montrer qu'une démarche QVT s'inscrivait dans la continuité de ce qu'ils avaient déjà mené en interne sur les RPS et TMS. À la condition que l'ensemble des actions soit bâti sur une

approche très participative. Sur les derniers comités de pilotage, j'ai trouvé très intéressant que le groupe formule des attentes bien construites, bien argumentées, en disant "notre QVT passe par telle ou telle dimension". C'est véritablement une démarche qui est partie de la direction qualité, pour concerner au final un comité élargi. La QVT est quelque chose qui doit ainsi être transversal et en lien avec la stratégie de l'entreprise.



Quand qualité de vie au travail rime avec satisfaction des patients

Après des années d'un fonctionnement très vertical, cet établissement a expérimenté une démarche QVT participative et pluridisciplinaire visant à proposer et tester des solutions concrètes.

Le projet de recherche sur la QVT lancé en 2012 par l'ARS Île-de-France est tombé à point nommé. Spécialisé dans la rééducation et l'appareillage de patients souffrant d'une affection de l'appareil locomoteur, notamment de patients amputés, l'Institut Robert Merle d'Aubigné (IRMA), à Valenton, vivait alors une période charnière. « Nous sortions d'années d'une même direction et d'un mode de fonctionnement très implanté et de hiérarchie descendante, rappelle Hélène Antonini-Castera, directrice générale arrivée



« **Aucun des projets menés n'a été orienté par la direction générale ou le médecin-chef.** »

Hélène Antonini-Castera, directrice générale

en 2009. De plus, il y avait un renouvellement important des personnels du fait de départs à la retraite». En moyenne, ce sont 30 à 35% des effectifs qui sont partis en trois ans.

« Culture partagée »

Les élus du CHSCT souhaitaient par ailleurs intégrer l'évaluation des risques psychosociaux au document unique. « Ils étaient beaucoup sur les questions de souffrance et de harcèlement, ce qui ne me paraissait pas forcément une approche très dynamique pour les équipes », poursuit Hélène Antonini-Castera. Direction

et partenaires sociaux se sont finalement entendus pour répondre positivement à l'appel à projets de l'ARS. Des quatre établissements qui ont mené une enquête sur leur qualité de vie au travail, l'IRMA a eu le meilleur taux de participation, d'environ 70 % (avec 219 répondants, sur un effectif moyen de 250 personnes).

Il est ressorti des résultats un fort sentiment d'appartenance et une situation globale satisfaisante. « L'enquête a montré que les personnels allaient bien, mais qu'ils iraient mieux s'ils étaient plus autonomes, s'il y avait davantage d'occasions d'apprentissage et de reconnaissance » complète la directrice générale. En interrogeant les facteurs qui ont un impact sur les quatre champs de la QVT, l'enquête a aussi permis « une culture partagée sur le sujet », estime Hélène Antonini-Castera. « Nous savons que l'équilibre doit être trouvé autour de ces piliers », ajoute-t-elle. Deux thématiques prioritaires ont été

→ INSTITUT ROBERT MERLE D'AUBIGNÉ

Secteur : institution privée à but non lucratif

Activité : rééducation de l'appareil locomoteur

Effectif : 250 collaborateurs

Région : Île-de-France

retenues : l'une transversale, liée à la reconnaissance et à l'équité de traitement ; l'autre plus organisationnelle, ciblée sur l'hôpital de jour qui représente un tiers de l'activité de l'établissement. Pour proposer et tester sur le terrain des solutions concrètes, le choix a été fait de mettre en place deux équipes « proaction », avec une participation pluridisciplinaire sur la base du volontariat. « Aucun des projets menés n'a été orienté par la direction générale ou le médecin-chef, précise Hélène Antonini-Castera. Nous ne souhaitons pas non plus que ces équipes soient animées par des cadres ». L'équipe « hôpital de jour » a par exemple travaillé sur la réorganisation de l'ensemble du parcours du patient, depuis son entrée jusqu'à sa prise en charge. « Les patients étaient agacés de devoir répéter les mêmes choses à plusieurs personnes, et cela créait du stress pour les salariés », relève la directrice générale. L'autre groupe a quant à lui mené une réflexion sur l'évaluation professionnelle et repensé aussi bien le processus que le contenu, avec l'instauration d'objectifs « SMART », autrement dit spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis.

La méthode mise en place en 2014 est toujours d'actualité, même si Hélène Antonini-Castera reconnaît un certain essoufflement des thématiques. Reste que « 20 à 25 % des salariés s'y sont directement impliqués » selon la directrice générale, qui salue leur « capacité à penser une solution, cela change la vie au travail ».

« **HÉLÈNE ANTONINI-CASTERA**, directrice générale de l'Institut Robert Merle d'Aubigné

Les partenaires sociaux sont sortis du Copil

Lorsque l'ARS a lancé son appel à candidatures, nous y avons répondu avec les élus, convaincus alors de la démarche et de l'indépendance d'une recherche publique. Le divorce a eu lieu lors de la mise en place des outils. Nous voulions aller vite, nous avons fait le choix d'un consultant externe avec lequel nous avions déjà travaillé, sans les associer à ce choix. Ils sont

tout de même restés un peu dans le Copil, mais lorsque l'on a évoqué la notion d'outils au service de la satisfaction patients, ils ont décroché. Il y a une attente forte des professionnels, il faut trouver des actions concrètes, rompre avec la distance hiérarchique et rendre les personnels acteurs de leur QVT. C'est un changement de paradigme compliqué.

Caroline Delabroy

La participation au cluster sur les liens entre QVT et qualité des soins a permis de repenser totalement l'organisation et la gouvernance de cette activité en plein développement.

Quand personnels soignant et médical réfléchissent ensemble

Premier employeur de la région, le CHU de Rouen était déjà dans une dynamique de groupe de travail interétablissements lorsque le cluster social sur les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins a été mis en place en Normandie. L'établissement, réparti sur cinq sites, s'est donc tout naturellement engagé dans la démarche proposée par l'ARS avec l'appui de l'Aract. « Les thématiques initialement retenues concernaient la qualité de vie au travail dans les secteurs ambulatoire et bloc opératoire, deux sujets très stratégiques au CHU », relève Franck Estève, directeur des opérations et de la performance. De fait, l'ambulatoire est en plein développement et, pour 2017, les cibles fixées par les autorités de tutelle sont de 45 % pour la chirurgie ambulatoire, et de 59 % pour la médecine ambulatoire. Le CHU a par ailleurs des projets architecturaux visant à regrouper la majorité des blocs opératoires dans de nouveaux bâtiments. « Dans ce cadre, il nous faut repenser l'organisation et la gouvernance de nos blocs », indique Franck Estève.

Implication des médecins

Très rapidement, le choix a été fait de redéfinir le cadre de l'expérimentation en regroupant les deux thématiques et en limitant le périmètre des blocs à ceux de l'ambulatoire. « Lorsque l'on aborde la question de l'ambulatoire, qui implique une transformation de l'offre de soins en profondeur avec des changements de pratiques et d'organisations, cela impacte l'utilisation des blocs et vice versa, explique Assia Milan, chargée de mission à l'Aract Normandie. D'autre part, cela a permis, sous l'égide du comité de

pilotage interne, de canaliser le projet sur les mêmes acteurs avec un périmètre raisonnable ».

Le questionnaire QVT, établi par l'équipe de l'unité de chirurgie ambulatoire avec l'appui de l'Aract, a mis en évidence deux ressentis forts des personnels, liés à l'interruption des tâches et au manque de communication entre les services. « Cet outil a aussi permis d'impliquer l'ensemble des acteurs, dont les médecins qui sont peu habitués à s'exprimer sur leurs propres conditions de travail », précise Assia Milan. Parmi les solutions coconstruites en groupe paritaire et pluridisciplinaire, plusieurs ont déjà une existence concrète. « Nous avons mis en place des "stand-up meetings" hebdomadaires, avec pour support un tableau blanc qui est alimenté de questions tout le long de la semaine, indique Sylvie Piot, cadre supérieur du pôle Réanimation Anesthésie SAMU. Le fait d'avoir une réponse, de réfléchir ensemble à d'autres organisations, les personnels se sentent écoutés et entendus ; cela participe de la QVT ».

« Chacun est force de proposition dans son périmètre de compétences et les solutions proposées par les acteurs de terrain sont souvent les

→ CHU ROUEN

Activité : centre hospitalier universitaire

Effectif : 10 212 personnels

Région : Normandie

plus appropriées », témoigne aussi Annie Vidal, de la direction des opérations et de la performance. La question des commandes de repas a par exemple été soulevée par les aides-soignant(e)s qui ont proposé de les regrouper au lieu de les effectuer quotidiennement. Cela a permis de libérer plus de temps auprès des patients, et donner ainsi plus de sens

@CONTACT
Assia Milan
a.milan@anact.fr



« Les thématiques retenues concernaient la qualité de vie au travail dans les secteurs ambulatoire et bloc opératoire, deux sujets très stratégiques au CHU. »

Franck Estève, directeur des opérations et de la performance

au travail et une meilleure qualité des soins. Pour Annie Vidal, le cluster constitue ainsi une démarche participative « innovante » que la direction, précise-t-elle, « souhaite modéliser sur d'autres projets ».

Caroline Delabroy

SYLVIE PIOT, cadre supérieur du pôle Réanimation Anesthésie SAMU

Ce cluster nous a permis de tester le lean management

L'augmentation de l'ambulatoire est passée par une optimisation de nos parcours patients et donc par une étude des flux. Il a fallu questionner la place du patient dans cette organisation et modéliser des règles en fonction de chaque typologie de sujet. C'est une réelle révolution dans la prise en charge, ne serait-ce que dans la façon dont les soignants et les médecins voient le patient, qui peut arriver debout et non plus sur un lit en salle d'opération.

Ce cluster nous a permis de mettre en place le lean management. Réunir des personnels soignants et médicaux pour les faire réfléchir ensemble sur des problématiques de prise en charge est un concept nouveau à l'hôpital qui redonne à chacun le vrai sens de son travail et permettant de se sentir réellement impliqué et considéré. D'autre part, ces nouvelles méthodes devraient permettre aux cadres d'harmoniser les pratiques.

Hospitalisation à domicile : une organisation revue autour de la QVT

Dans ces structures, qui jouent un rôle de coordinateur des professionnels de santé, la coopération constitue un enjeu déterminant de la qualité de la prise en charge des patients.

@CONTACT
Vincent Maurage,
v.maurage@anact.fr

Prise en charge des fins de vie, isolement du soignant, difficultés de communication, développement d'une nouvelle patientèle... De par ses caractéristiques, l'hospitalisation à domicile (HAD) revêt d'importants enjeux liés à la qualité de vie au travail. « Nous sommes un électron entre l'hôpital et la ville, le fonctionnement est difficile à appréhender pour les intrahospitaliers », relève le Dr Bruno Picamal, médecin coordonnateur, responsable du service HAD à l'hôpital de Perpignan. « La relation avec

→ HOSPITALISATION À DOMICILE OCCITANIE

Activité : hospitalisation à domicile
Région : Occitanie

était de faire reconnaître cette activité, encore peu développée et mal connue, et d'intégrer la dimension QVT comme facteur de développement et de performance », affirme Vincent Maurage, chargé de mission à l'Aract Occitanie-Montpellier.

Lancée en décembre 2015, l'expérimentation a alterné temps collectifs et temps d'accompagnement individuel par l'Aract dans chacune des

actes médicaux ou à l'administratif, étaient représentés au sein du groupe de travail régional.

« Nous coconstruisons nos organisations »

« Nous avons essayé de définir, pour chaque étape de la prise en charge du patient, ce qui fait QVT pour nos équipes, mais également pour les professionnels libéraux avec qui nous collaborons, détaille Yves Chatelard. Le besoin d'améliorer la communication avec nos partenaires est vite ressorti. Nous avons ainsi travaillé sur une trame, pour adresser notamment un message positif à travers un premier contact téléphonique avec les infirmiers libéraux. Cela diminue le stress de nos salariés, qui était parfois important lors de ces échanges. » L'établissement a aussi mis en place des réunions régulières de supervision d'équipe, gérées par un psychologue qui joue le rôle d'un tiers modérateur ; le but étant d'analyser les pratiques cliniques et les éventuels conflits de groupe. « Dans la suite logique, nous instaurons une réunion de service qui permet de donner la libre parole à chacun des professionnels par rapport aux difficultés évoquées en supervision », indique Yves Chatelard. « Aujourd'hui, estime-t-il, nous pilotons l'organisation de façon différente afin d'être plus efficaces et d'identifier au mieux ce qui fait QVT dans notre quotidien. Nous créons ainsi des temps d'échanges pour "coconstruire" nos organisations avec les professionnels. Cela renforce l'engagement de chacun, et favorise la performance de l'individu et donc de la structure. »



« Nous avons essayé de définir ce qui fait QVT pour nos équipes, mais également pour les professionnels libéraux avec qui nous collaborons. »

Yves Chatelard, directeur de Béziers HAD

les libéraux est une spécificité de notre secteur », abonde Yves Chatelard, directeur de Béziers HAD. Les deux établissements ont participé, avec cinq autres situés en Occitanie, au cluster qualité des soins et qualité de vie au travail dans les structures d'HAD. Portée par l'ARS, la démarche a aussi été soutenue et copilotée par la délégation régionale de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). « L'un des enjeux

structures. « Elles jouent un rôle de coordinateur des professionnels de santé. Dès lors se pose le sujet de la coopération, poursuit Vincent Maurage. Le fort turn-over des jeunes soignants, qui viennent se former avant de s'installer en libéral, a également été l'un des axes de travail : comment favoriser l'attractivité et la fidélisation, quelle formalisation des procédures pour être rapidement opérationnel. » Tous les métiers de l'HAD, qu'ils aient trait aux soins, aux

Dr BRUNO PICAMAL, responsable du service HAD à l'hôpital de Perpignan

L'encadrement a pris conscience du manque d'écoute

Le cluster est arrivé quelques semaines après ma nomination, toute cette sémantique a été une découverte pour moi. Souvent, on a de la QVT l'image des start-up ou des grandes entreprises de la Silicon Valley qui ont des niveaux très élevés de bien-être au travail. Et non celle de la participation à la qualité et la rentabilité du service rendu. La démarche a été très enrichissante. Nous avons pu faire avancer les

choses, notamment sur la question de la sécurité au travail : les infirmières de nuit signalent à présent leurs déplacements à un poste de sécurité de l'hôpital. De façon générale, il y a eu la prise de conscience par l'encadrement, dont je fais partie, du manque d'écoute et de retour. Nous sommes en train de modifier nos espaces de discussion pour les orienter davantage sur le vécu du personnel.

Caroline Delabroy

L'établissement a profité du cluster pour expérimenter la démarche autour de la fermeture d'une unité gériatrie et l'ouverture d'une unité court séjour.

Quand la QVT s'associe à un projet de changement

Depuis août 2013, l'hôpital européen de Marseille est installé dans ses nouveaux locaux à la Joliette. Issu d'une fusion, l'établissement avait déjà mené une réflexion sur la qualité de vie au travail pour préparer le futur déménagement, faire émerger une culture d'entreprise commune et répondre à différentes demandes du personnel, liées notamment à la conciliation vie professionnelle et vie privée*. C'est ainsi qu'une crèche, un espace de sport, un parking et l'incitation au covoiturage ont vu le jour. Depuis, l'hôpital a identifié de nouveaux axes de travail «dictés par un contexte hospitalier très mouvant, imposant des changements organisationnels avec de nouvelles modalités de prise en charge et autant d'exigences de sécurité comme l'engagement dans le virage ambulatoire », indique Chérifa Nimal, directeur qualité et gestion des risques. Aussi a-t-il vu dans la démarche lancée fin 2015 par l'ARS et Act Méditerranée l'opportunité «d'expérimenter une démarche QVT dans le cadre d'un changement organisationnel, afin de concilier objectifs social, technico-organisationnel et économique ». D'autant que le chantier test était tout trouvé: l'unité gériatrie de 30 lits devait fermer, pour laisser place à une nouvelle unité court séjour ne fonctionnant qu'en semaine.

la QVT et permettre à chacun de se positionner en termes de priorité», poursuivent-elles. «Cela a permis au comité de pilotage d'amorcer avec les personnels une discussion sur la qualité de vie au travail, d'où sont ressortis trois axes qui nous ont servi par la suite de fil conducteur», complète Chérifa Nimal.

Qu'allait devenir l'expérience acquise autour de la prise en charge de la personne âgée? Quid de la cohésion d'équipe dans un service vécu jusqu'alors comme un lieu de vie, aussi bien par les résidents que les personnels? Et qu'en est-il de la charge de travail, des plannings ou encore de la nouvelle typologie des patients? Tous ces questionnements ont été discutés sur le terrain, lors de réunions animées par la cadre de santé, et ont abouti à l'élaboration d'un plan d'action.

«Nous avons, à l'issue du diagnostic, travaillé les axes communication, santé au travail, et accompagnement et développement des compétences, détaille Chérifa Nimal. Nous avons diffusé une note de cadrage de la direction, réalisé un livret d'accueil pour valoriser cette nouvelle unité, réaménagé les locaux et adapté les équipements. Un effort a aussi été mené sur la formation du personnel, les parcours et les protocoles de prise en charge du patient. » La possibilité a par ailleurs été donnée

→ HÔPITAL EUROPÉEN PACA

Secteur : institution de santé privée d'intérêt collectif

Effectif : plus de 1 000 salariés et 300 médecins libéraux

Région : Provence-Alpes-Côte d'Azur

aux salariés de faire le week-end dans d'autres services.

Le cluster s'est terminé fin novembre. Outre le côté «très structurant», notamment en matière de calendrier à tenir, Chérifa Nimal en a conclu «qu'une démarche QVT peut être menée de façon concomitante à un projet organisationnel». Et plus encore qu'«il faut penser la QVT dans un contexte transversal, ne pas

@CONTACT
Johanna Sérée
j.seree@anact.fr

Françoise Nari
f.nari@anact.fr



«Nous leur avons proposé un prédiagnostic pour interroger toutes les dimensions de la QVT et permettre à chacun de se positionner en termes de priorité.»



Johanna Sérée et Françoise Nari, chargées de mission à Act Méditerranée

l'isoler et rendre les employés acteurs du changement». En 2017, l'hôpital européen va réorganiser son secteur d'imagerie médicale avec l'acquisition de nouveaux équipements. Ce sera l'occasion, cette fois, de mener une telle démarche sur un service support.

Caroline Delabroy

*Lire aussi le cas paru dans le numéro 346 de Travail & Changement

Un fil conducteur triple

L'hôpital européen a ainsi fait partie des 8 établissements du cluster qui, en région PACA, a aussi «consisté en trois accompagnements individuels en plus des temps collectifs», indiquent Johanna Sérée et Françoise Nari, chargées de mission à Act Méditerranée. «Nous leur avons proposé un prédiagnostic pour interroger toutes les dimensions de

CHRISTINE BEAUJOUR, cadre de santé et secrétaire du CHSCT

Le changement a été bien vécu

Parmi les différentes méthodes d'animation de groupe présentées dans le cadre d'un atelier collectif par Act Méditerranée, j'ai choisi celle du brainstorming. Elle me paraissait la plus adaptée pour donner la parole et le stylo aux treize personnes de l'équipe concernée par la fermeture de l'unité gériatrie. Je leur ai bien expliqué ce que l'on attendait de nous. J'ai

trouvé la démarche structurée et construite, le changement a été bien vécu. Cela conforte ce que je pensais : avoir toujours en tête l'angle QVT. Le fait aussi de procéder par petits périmètres me paraît important, on a encore plus d'effets positifs à mon sens. En l'occurrence, on a eu le temps, dans le cadre de l'expérimentation, d'aller jusqu'au plan d'action.



Trois piliers pour retrouver le sens du travail

Venu de l'ARS, le nouveau directeur inaugure avec le plateau de consultations spécialisées une démarche QVT structurée autour d'un projet associant direction, personnels médicaux soignants et organisations syndicales.

Voilà une direction qu'il n'a pas fallu convaincre des enjeux de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Et pour cause, le directeur du centre hospitalier de la Risle, à Pont-Audemer, avait auparavant en charge les questions de qualité et de performance au sein de l'ARS Haute-Normandie. « Une fois revenu en établissement, je me devais de porter le sujet », sourit Bruno Anquetil. Lorsqu'il prend ses

→ PONT-AUDEMER

Activité : centre hospitalier
Région : Normandie

du service rendu aux patients ». Ce plateau central de 7 salles de consultation commence à se mettre en place, et avec lui « une organisation qui doit être claire et lisible pour les agents et pour l'extérieur », souligne le directeur. Une première démarche QVT est ainsi initiée sur ce secteur.

rage, le service secrétariat a été centralisé et davantage isolé afin que les conditions de travail soient optimales pour rédiger et envoyer les comptes rendus plus rapidement notamment. « Ces changements commencent à se savoir, les agents retrouvent une fierté, cela fait partie des leviers qui peuvent contribuer à améliorer la QVT », estime Bruno Anquetil.

Projets médical, de soins et social

Plus généralement, la démarche doit selon le directeur s'appuyer sur les trois piliers fondamentaux que sont la direction, les médico-soignants et les organisations syndicales. « Il faut que la direction, au plus haut niveau, porte le sujet, estime-t-il. Cela implique une traduction dans le projet d'établissement, mais aussi dans le projet médical et soignant, 90 % de l'organisation des soins étant liés aux prescriptions. Troisième partenaire indispensable, les organisations syndicales qui doivent être convaincues, de façon pragmatique, du sujet. »

À Pont-Audemer, le projet médical et le projet de soins sont en cours de validation, tandis qu'un accord de méthode a été acté avec les partenaires sociaux quant au projet social. Pour Bruno Anquetil, cette nouvelle dynamique va exiger de réinterroger la QVT. « Le patient passe de moins en moins de temps à l'hôpital, l'environnement change, les organisations s'adaptent, il faut régulièrement vérifier que l'on n'a pas perdu le sens au travail », affirme-t-il, fixant comme objectif idéal tous les six mois.

« La QVT, ce n'est pas forcément des moyens en plus, mais c'est avant tout le sens au travail. Pourquoi je viens travailler, où j'y retrouve mes valeurs ? »

Bruno Anquetil, directeur du centre hospitalier de la Risle

fonctions en juin dernier, l'hôpital fait face à d'importants enjeux stratégiques. Après la suppression de l'activité de chirurgie à temps complet, et des tensions financières, une nouvelle orientation entend réaffirmer et développer le rôle du centre hospitalier dans la santé de proximité.

« Il faut souvent faire une heure de route pour consulter un spécialiste, l'enjeu est d'offrir en proximité toute la palette des spécialités », indique Bruno Anquetil, pour qui le projet représente « une vraie amélioration

« La QVT, ce n'est pas forcément des moyens en plus, mais c'est avant tout le sens au travail, fait-il valoir. Pourquoi je viens travailler, où j'y retrouve mes valeurs ? Dans beaucoup d'établissements, il convient de mettre cela en lumière. Il faut que toutes les parties osent se dire que l'on va coconstruire une organisation où chacun aurait connaissance du travail de l'autre, de ses ressources, ainsi que de ses contraintes. »

De premières actions concrètes ont été initiées. Outre des travaux de peinture, de chauffage ou d'éclairage,

BRUNO ANQUETIL, directeur du centre hospitalier de la Risle

Intégrer aussi à terme les usagers

Il y a d'énormes pressions sur les établissements de santé quant à la rentabilité à court terme, alors que la QVT interroge le moyen et le long terme. Pour autant, les directions doivent être convaincues de l'intérêt d'investir le sujet, ne serait-ce qu'au regard de l'absentéisme, des mensualités de remplacement ou de l'adaptabilité de l'organisation. À terme, je souhaiterais

intégrer à la démarche un représentant des usagers, en tant que principal utilisateur du système. Cela veut dire prendre le temps de ne pas être technocratique, d'expliquer les contraintes et les ressources des uns et des autres. Je crois au travail et à l'expérimentation collectifs, c'est un vrai changement de culture professionnelle.

Caroline Delabroy



Vers l'amélioration de la qualité de vie au travail

De plus en plus, les établissements de santé cherchent à améliorer la qualité de vie au travail. Les pouvoirs publics les encouragent avec le souci de conjuguer bien-être au travail et qualité des soins. Ces dernières années, diverses initiatives locales ont pris les devants. Sur la base de ces expériences, souvent accompagnées par le réseau Anact-Aract, il est possible de reconstituer une démarche type. À chaque établissement de se l'approprier en fonction de ses priorités.

Fiche réalisée par Anne-Marie Gallet, am.gallet@anact.fr, et Olivier Liaroutzos, o.liaroutzos@anact.fr

| ÉTAPE 1 | Actions | Points de vigilance |
|--|--|---|
| <p>PARTIR D'UN CHANGEMENT CONCRET À VENIR DÉFINIR LE PÉRIMÈTRE DE LA DÉMARCHE: UN SERVICE, L'ÉTABLISSEMENT, UNE FONCTION...</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faire connaître l'engagement stratégique de l'établissement. • Tirer les enseignements d'expériences antérieures en matière d'amélioration des conditions de travail (dont actions de prévention des risques). • Consulter les instances représentatives du personnel (IRP) et la commission médicale d'établissement (CME). • Recenser les changements à venir ayant un impact sur l'organisation du travail (aménagement de locaux, renouvellement d'équipements, nouveaux horaires, restructuration...). • Choisir une thématique collectivement ; discuter des objectifs à atteindre et convenir d'un dispositif d'évaluation permettant dès l'amont de définir des critères partagés. | <ul style="list-style-type: none"> → Une ambition affirmée, mais pragmatique qui intègre la qualité du dialogue social. → Une concertation initiale sur la méthode plutôt que sur les problèmes à résoudre. → L'appropriation du caractère expérimental (innovation, modestie, droit à l'erreur...). |
| ÉTAPE 2 | Actions | Points de vigilance |
| <p>ORGANISER LA DÉMARCHE ET ADOPTER DES OBJECTIFS SELON UN MODE PARTICIPATIF</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des espaces de discussions garantissant le dialogue entre personnels soignants et non soignants. • Porter la focale sur les activités de travail, les contraintes et les ressources de l'environnement professionnel. • S'appuyer sur l'analyse de ces situations de travail pour mieux se projeter dans les situations futures induites par le changement. • Soumettre aux instances de concertation les solutions jugées pertinentes, s'assurer qu'elles sont inscrites dans les circuits de décision. • Exploiter les résultats de l'évaluation pour procéder, chemin faisant, aux ajustements de la démarche. | <ul style="list-style-type: none"> → L'organisation des contributions autour de l'articulation entre qualité du travail et qualité des soins. → Le choix de se centrer sur le travail et ses conditions d'exercice. → La volonté de ne pas réduire la QVT à des initiatives à la périphérie du travail (parking, crèche, coaching, massages...). |
| ÉTAPE 3 | Actions | Points de vigilance |
| <p>ENVISAGER LA DÉMARCHE QVT AU-DELÀ DE L'ÉTABLISSEMENT ET S'APPUYER SUR LES RESSOURCES EXTERNES</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Enrichir la réflexion par un espace territorial de capitalisation : par spécialités (hospitalisation à domicile, psychiatrie, chirurgie déambulatoire, gériatrie, etc.) ou thématiques organisationnelles (regroupement de services ou d'établissements, taux d'absence, 12 h...). • Partager l'expérimentation avec d'autres établissements du territoire et profiter des clusters QVT soutenus par les ARS et animés par les Aract. • Mutualiser les outils. | <ul style="list-style-type: none"> → L'inscription d'une démarche participative dans le cadre de changements d'envergure (ex.: GHT). → L'articulation : amélioration des conditions de travail/démocratie sanitaire. → La connexion de la démarche avec la reconfiguration de l'offre territoriale de soins. |

ARTICLES

Qualité de vie au travail dans les établissements de santé : le pari de la certification, V. Ghadi, O. Liaroutzos, *Risques et Qualité*, volume XII, n° 4, 2015.

La responsabilité sociale des entreprises (dossier), S. Bertézène, V. Leroux et coll., *Gestions hospitalières*, n° 556, 05/2016.

L'hôpital numérique (dossier), *Gestions hospitalières*, n° 555, 04/2016, pp. 208-255.

Les défis de la documentation médicale en France. Une enquête menée dans les établissements hospitaliers, Nuance Communications, 10/2016, 22 p.

La GRH au cœur des transformations de l'hôpital public, *Entreprise & Carrières*, n° 1305, 04/10/2016, pp. 18-26.

L'usager, acteur du système de santé (dossier), *Gestions hospitalières*, n° 542, 01/2015, pp. 22-51.

L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital, C. Havard, C. Naschberger, @GRH, n° 17, 04/2015, pp. 9-41.

« Moderniser » les pratiques d'évaluation du travail dans la fonction publique : Analyse exploratoire du cas d'un hôpital public, S. Bertézène, B. Dubrion, *Formation Emploi*, n° 121, 01/2013, pp. 83-105.

La régulation de la qualité des soins hospitaliers. Avec ou sans les professionnels de santé ?, E. Minvielle, *Gestions hospitalières*, n° 514, 03/2012, pp. 152-159.

La qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé, V. Ghadi, V. Mounic, *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, n° 3, 06/2012, pp. 232-238.

AUX ÉDITIONS DE L'ANACT

COMMENT METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
Collection « 10 questions sur... », éditions de l'Anact

Ce guide est le résultat d'un groupe de travail animé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) qui a réuni les 5 fédérations d'établissements de santé : la FHF, la FHP, la FEHAP, la FNEHAD et UNICANCER. Ce groupe de travail mis en place depuis début 2013 a cherché à soutenir la dynamique de qualité de vie au travail dans les établissements de santé, en valorisant les expériences déjà existantes et en promouvant l'expérimentation sur le sujet. Pour chacune de ces institutions, le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins est suffisamment démontré pour inviter l'ensemble des acteurs à s'engager sur la voie de la qualité de vie au travail.



OUVRAGES

Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne, M. Dupuis, R. Gueibe, W. Hesbeen, Seli Arslan, 2015, 189 p.

La qualité à l'hôpital : un regard sociologique, G. Herreros, B. Milly, L'Harmattan, 2011, 152 p.

RAPPORTS

Les établissements de santé. Édition 2016, *Panoramas de la DREES Santé*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2016, 186 p.

L'hôpital : rapport 2012 de l'Inspection générale des affaires sociales, La Documentation française, 2013, 298 p.

PUBLICATIONS DU RÉSEAU

De quels espaces de discussion les établissements de santé ont besoin ?, V. Ghadi, O. Liaroutzos, *La revue des conditions de travail*, n° 4.

La qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?, Anact/HAS, 2015, 16 p.

10 questions sur la charge de travail, Anact, 10/2016, 20 p.

sur le web

« Qualité de vie au travail et qualité des soins »
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2610262/fr/revue-de-litterature-sur-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite

« Publications projet HAS/Anact : outils, guides et méthodes/qualité de vie au travail »
<http://www.has-sante.fr>

Portail national de l'Agence Régionale de Santé
<http://www.ars.sante.fr/Documentation.89711.0.html>