



Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail

Liée aux conditions de travail et à son organisation, la qualité de vie au travail des professionnels de santé repose notamment sur un encadrement à l'écoute.

Définition et concept de la qualité de vie au travail : de quoi parle-t-on ?

Pascale Levelt
Ex-directrice scientifique de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), professeure associée en management à l'Institut d'administration des entreprises (IAE) Lyon, présidente de la commission Études et Recherche du Conseil d'orientation des conditions de travail, déléguée générale du Nouvel Institut

La qualité de vie au travail est une notion qui ne jargonne pas et on peut s'en réjouir – cela signe en particulier qu'elle n'est pas réservée à des experts mais au contraire destinée à un usage profane – comme s'en alarmer – car la simplicité de ces trois mots est trompeuse, réductrice, au risque d'en disqualifier la portée.

Cette notion va s'affirmer progressivement à partir de 2012, à un moment où les modèles de développement des entreprises et des organisations commencent à faire face à de nombreuses limites, sur les plans politique, social, économique ; des limites qui engendrent de fortes tensions – la « crise des suicides » par exemple –, sources de déstabilisation mais aussi d'innovation. La qualité de vie au travail (QVT) fait partie de ces propositions innovantes, qui ouvrent des voies nouvelles – et non des obligations réglementaires et des prescriptions juridiques auxquelles il faudrait se conformer – pour envisager de nouveaux équilibres dans les « modèles sociaux de performance » des entreprises et des organisations.

Le travail de définition qui ouvre ce dossier va donc s'efforcer d'intéresser le ou la lectrice – plus de six ans après l'institutionnalisation du sigle QVT par l'accord national interprofessionnel de 2013 (ANI QVT) – à ces

enjeux de définition, à son inscription dans un moment particulier de l'histoire mouvementée des conditions de travail, à ses différentes dimensions.

Une idée ancienne et une série de rendez-vous manqués jusqu'à l'ANI QVT

La qualité de vie au travail est une notion ancienne, qui naît dans le sillage des grandes transformations des appareils productifs dans l'industrie, dès les années 1950 ; elle repose sur l'idée que les moyens et l'organisation du travail ne peuvent être pensés efficacement sans les hommes et les collectifs chargés de sa mise en œuvre (école des relations humaines, approche socio-technique). Selon les cultures politiques et sociales, la notion de qualité de vie au travail alimente deux courants féconds mais relativement étanches : pour simplifier, l'approche nord-américaine centrée sur l'homme au travail (autonomie, épanouissement...) et l'approche nord-européenne centrée sur l'étude des collectifs et l'idéal de démocratie sociale (groupes autonomes, concertation...). Ces courants seront pourtant supplantés, en France en particulier, par la voie législative et réglementaire, focalisée sur un enjeu du travail : la préservation de l'intégrité physique des individus au travail, avec une dynamique elle-même fortement

tirée par le développement des approches « risque » et de leur corolaire, la prévention. Pour l'employeur, l'obligation de résultat en matière de santé et sécurité au travail coexiste avec un principe de base : l'organisation du travail reste l'objet de la prérogative privée de l'employeur¹.

Tant et si bien que, malgré la crise sociale générée en France par les suicides au travail à partir de 2007, il a d'abord été très difficile d'entendre ce que disaient les salariés (des opérateurs aux managers) quand ils faisaient part de formes persistantes de désorganisation des organisations dites innovantes : ordres contradictoires, changements incessants, centrage des questions organisationnelles sur des problèmes interpersonnels. Tout cela sur un fond de chômage particulièrement élevé.

Ainsi, à partir de 2012 environ, la notion de qualité de vie au travail a réémergé dans le sillage des risques psychosociaux, non pour en euphémiser les enjeux mais, au contraire, pour mettre l'accent sur les profondes transformations du travail et le brouillage des repères rendant l'action collective si complexe et appelant un nouveau répertoire de négociation sur le travail².

Les entreprises engagées dans la prévention des risques psychosociaux ont éclairé ces enjeux en réalisant qu'une conception étroite des enjeux du travail – le travail seulement défini comme un coût ou un risque – n'intégrait pas ses dimensions positives en tant que créateur de valeur et facteur de développement des personnes. Autrement dit, plus de prévention des risques psychosociaux ne garantissait pas d'obtenir des organisations du travail permettant de s'engager pour répondre aux exigences de l'activité³, pour faire un travail de qualité, pour pouvoir « *prendre son travail à cœur*⁴ ». La voie était ouverte pour se saisir à nouveau de la notion de qualité de vie au travail.

Exégèse de la définition de la qualité de vie au travail (ANI 2013)

L'accord de 2013, institutionnalisant la notion de qualité de vie au travail, a pu être considéré comme un ovni par de nombreux observateurs. Pourquoi ? parce que

1. L'Anact propose sur son site de nombreuses ressources documentaires détaillant ces enjeux. Les articles scientifiques et la littérature grise des experts de l'agence (notamment Julien Pelletier) composent un ensemble complet sur tous ces enjeux, à la croisée entre la prévention des risques et le changement organisationnel.
2. Le lecteur intéressé par ces enjeux peut mobiliser par exemple les travaux de Christian Thuderoz, professeur émérite en sociologie du travail, directeur de la revue *Négociations*, et de Pierre Éric Tixier, sociologue et professeur à Sciences Po.
3. Ces questions sont particulièrement bien documentées dans les articles scientifiques, les publications dans des revues spécialisées, les interventions dans des colloques, disponibles en ligne, de Philippe Davezies, enseignant-chercheur en médecine du travail et contributeur de nombreuses recherches-actions, notamment dans le monde de la santé.
4. La formule est d'Yves Clot, alors titulaire de la chaire de psychologie du travail au Conservatoire national des arts et métiers et auteur d'un ouvrage, *Le Travail à cœur*. Pour en finir avec les risques psychosociaux, paru en 2010 aux Éditions La Découverte.

les partenaires sociaux ont pris acte de la complexité des situations de travail dans les entreprises, amplifiée par les fréquentes réorganisations et restructurations, portées par les dispositifs de rationalisation flexible, exigeant non seulement de s'entendre sur le contenu du travail et les formes de prescription à mettre en place, mais aussi sur la question du pilotage du changement et de l'anticipation de ses effets multiples. Ils n'ont donc pas formalisé un accord renforçant les obligations des employeurs et ouvrant de nouveaux droits aux salariés mais cherché à définir un cadre pour l'action, la concertation et la négociation en privilégiant une approche systémique des problèmes.

Le cadre de la qualité de vie au travail parie sur la mise en visibilité du travail en tant que facteur d'accomplissement et créateur de valeur et, ce faisant, il vise des effets positifs au plan de la performance de l'entreprise et du développement des salariés (capacité d'agir, santé et employabilité). Un postulat central donc : la convergence du bien-être professionnel et de la performance.

Attachons-nous à décortiquer les champs de la définition de la QVT telle que définie par l'ANI de 2013. Pour commencer, un extrait du préambule : « *La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. De ce fait, la question du travail fait partie intégrante des objectifs stratégiques de l'entreprise et doit être prise en compte dans son fonctionnement quotidien afin, en particulier, d'anticiper les conséquences des mutations économiques.* »

Le champ des effets

Aux origines du concept, on place plutôt l'accent sur les conséquences individuelles (satisfaction, bien-être psychologique) de l'expérience de travail. Avec l'idée que ces conséquences ont elles-mêmes des effets sur les comportements au travail et l'efficacité productive. Les effets de la qualité de vie au travail sont ainsi déclinés selon quatre dimensions :

- psychologiques (motivation, satisfaction au travail...);
- de santé (bien-être, réduction du stress, préservation de l'intégrité physique...);
- économiques (performance, productivité, innovation...);
- comportementaux (engagement, implication, créativité...).

On retrouve cette perspective dans l'ANI avec une définition de la qualité de vie au travail comme sentiment issu de l'expérience au travail : « *La qualité de vie au travail peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.* »



Prendre soin des professionnels de santé

Le champ des déterminants

Les négociateurs de l'ANI ont délimité un champ qui renvoie aux déterminants de la qualité de vie au travail sous la forme d'une liste de dix points :

- la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise ;
- la qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise ;
- la qualité des relations de travail ;
- la qualité des relations sociales, construites sur un dialogue social actif ;
- la qualité des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail ;
- la qualité du contenu du travail ;
- la qualité de l'environnement physique ;
- la possibilité de réalisation et de développement personnel ;
- la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle ;
- le respect de l'égalité professionnelle.

Le champ des leviers

Ici l'accent est mis sur l'action, et va plutôt mettre en valeur les leviers socio-organisationnels, les moyens d'agir permettant d'atteindre la qualité de vie au travail, qu'il s'agisse de l'enrichissement et élargissement des tâches, de la co-conception du travail, de la refonte du système de rémunération et des politiques d'intéressement, du développement de plans de carrière adaptés aux attentes, de la mise en place d'une organisation participative, de la conciliation des temps, etc.

Cette conception de la qualité de vie au travail comme leviers est explicite dans l'ANI : « La qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mises en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle est un des éléments constitutifs d'une responsabilité sociale d'entreprise assumée. »

Le champ des démarches

Enfin, la plupart des définitions inscrivent la qualité de vie au travail dans une démarche de type participative. L'ANI énonce un principe général : « La définition de la QVT, sa conduite et son évaluation sont des enjeux qui doivent être placés au cœur du développement du dialogue social. »

Dans une organisation, cette capacité a d'abord une dimension collective – ce caractère collectif est d'ailleurs explicite dans la définition des partenaires sociaux puisqu'on parle « des salariés » et de « leur capacité » – et peut prendre différentes formes, telles que le participatif (groupe de résolution de problèmes, groupe d'expression, débats sur le travail...), le partenariat social (concertation, dialogue social...), le soutien managérial (management du travail...), le soutien (par) des collectifs (solidarité métier, équipe, échanges sur les

pratiques...). Des combinaisons de ces démarches sont possibles, en fonction de la culture de l'entreprise, des atouts et des enjeux de son modèle social, de l'ambition des directions, du management, des représentants du personnel et des élus syndicaux.

La qualité de vie au travail, des conditions et des questions de méthode

L'exégèse de la qualité de vie au travail permet d'en situer le potentiel d'innovation. En effet, la qualité de vie au travail répond à la fois aux besoins des salariés – pouvoir exister dans son travail par une expression active, par le « pouvoir d'agir » – et aux besoins des entreprises – soutenir et développer la capacité des salariés à s'organiser pour coopérer, prendre des décisions, déployer un travail de qualité, créateur de valeur et facteur d'accomplissement. *In fine*, il s'agit de redonner de la cohérence aux décisions touchant à l'organisation, de faire confiance aux opérationnels et de les accompagner pour les faire monter en puissance, en constatant, en situation, les problèmes pratiques qu'ils affrontent, les équipements qui leur seraient utiles dans leur travail.

Tout ceci ne va pas sans conditions⁵, en particulier du côté des directions des ressources humaines, appelées à recouvrir des compétences organisationnelles, développer une connaissance fine des « populations au travail », concevoir des dispositifs outillés pour soutenir le développement des parcours, favoriser la négociation de plans d'action ou d'accords conventionnels... Les directions elles aussi doivent se départir de leur prérogative sur l'organisation du travail, pour introduire effectivement l'autonomie qu'elles appellent de leurs vœux, pour favoriser la subsidiarité et, ce faisant, renforcer la pertinence de leurs décisions organisationnelles. Les organisations syndicales sont *challengées* elles aussi, à la fois par de nouveaux registres de mobilisation et de discussion sur le travail, combinant registre participatif et registre représentatif en prise avec la « réalité » du travail, garante d'un renouvellement possible du répertoire revendicatif.

Ces conditions ne sauraient suffire sans méthode et l'ANI insiste sur tous ces points : formation des managers, action collective, diagnostic préalable, conception d'indicateurs, espaces de discussion sur le travail, etc. Pas de qualité de vie au travail sans acteurs outillés pour alimenter des projets à même de porter l'innovation socio-organisationnelle.

Derrière cette notion de qualité de vie au travail un paradigme nouveau se profile, qui mise sur la mobilisation des ressources de l'activité pour faire face aux exigences productives et à la santé au travail.

5. Dans des champs disciplinaires différents mais complémentaires, les travaux et les écrits de Pascal Ughetto, sociologue au Laboratoire techniques, territoires et sociétés (LATTs) de l'université Paris Marne-la-Vallée, et de Mathieu Detchessahar, professeur à l'Institut d'économie et de management de l'université de Nantes, décrivent dans des contextes organisationnels variés ces enjeux et les réponses qu'ils appellent.

En forme de conclusion, la définition de la qualité de vie au travail, le retour aux fondamentaux du management et les enjeux propres au monde de la santé

Le piège de la gadgétisation est omniprésent avec ces trois mots tout simples voire ce sigle passe-partout : QVT. Pourtant, l'analyse de cette définition de la qualité de vie au travail le prouve⁶ : c'est une invitation argumentée à revenir aux fondamentaux du management, une approche qui, au-delà de l'exposition à des risques, explore les ressorts du développement de l'individu au travail. Ce concept dépasse (et de loin) la question traditionnelle des conditions de travail, chères aux syndicats, ou de l'environnement de travail, cher aux start-up⁷.

Au centre de la qualité de vie au travail résident des leviers essentiels : la latitude donnée aux salariés pour s'exprimer et agir sur leur travail. Leurs expériences se structurent autour de modes d'organisation destinés à développer l'autonomie, la capacité à prendre des décisions, le dialogue entre les salariés et avec leur hiérarchie. Tout cela nourrit de nouveaux modèles orga-

6. Cf. l'exposé très didactique d'Hervé Lanouzière dans l'article « La qualité de vie au travail, un coup pour rien ou un tournant décisif? », publié dans la Semaine sociale Lamy du 16 septembre 2013.

7. Pour reprendre une formule de Martin Richer, dans son blog très intéressant : Management & RSE.

nisationnels, plus matures, fondés sur la confiance, la capacité à débattre des conditions d'exercice du travail, à expérimenter des compromis inédits pour articuler engagement au travail, santé et performance.

Dans le monde de la santé, après des années de rationalisation par tous les leviers disponibles (tarification, outils de gestion et systèmes d'information, process qualité, etc.) et concomitamment aux années de revendications sur les moyens et sur les effectifs, la qualité de vie au travail a aussi impulsé des inflexions : par exemple, la Haute Autorité de santé⁸ a fait évoluer le cadre de référence de la certification pour progresser dans l'articulation entre la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Elle s'appuie notamment sur des travaux en sciences humaines et sociales jusqu'alors considérés marginalement et qui envisagent l'organisation comme un dispositif sociotechnique au service des exigences de l'activité ; hôpitaux magnétiques, communautés stratégiques, autant de modèles organisationnels dont les fondements épousent les champs de la qualité de vie au travail déclinés plus haut. 🍷

8. « Qualité de vie au travail et qualité des soins », revue de littérature de la Haute Autorité de santé, janvier 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Au risque des signaux faibles : pour une éthique managériale du sentir

Deux séquences survenues lors de formations que j'ai animées sur le sujet de la maltraitance et de la bientraitance montrent la proximité, la résonance, des enjeux concernant le respect des personnes que l'on soigne et celui des personnes avec qui l'on exerce les missions. Ces enjeux sont nombreux, mais c'est sur l'un d'entre eux que j'axerai ma réflexion : la capacité du management à créer et entretenir une culture de l'alerte et de la prise en compte des signaux faibles qui, dans les lieux où soigner et accompagner les personnes vulnérables est la mission première, semblent plus inaudibles encore qu'ailleurs.

Deux exemples d'alerte non faite

La première situation surgit à l'occasion d'une formation réalisée auprès d'une douzaine de professionnels travaillant au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), pendant deux journées. Lors de la seconde après-midi, alors que nous devons collectivement réfléchir à des améliorations pour l'avenir issues des difficultés préalablement évoquées, une professionnelle de l'équipe de nuit pose, avec une

grande émotion, un récit manifestement difficile pour elle de faits dont elle nous dit : « Il y a quelque chose qui doit s'arrêter en tout cas, parce que je n'en peux plus. » Elle explique que depuis plusieurs années, sa collègue de l'équipe de nuit souffre d'une addiction à l'alcool et arrive régulièrement dans l'établissement en état d'ébriété. Elle dit également avoir couvert, pendant toutes ces années, l'ensemble des dysfonctionnements occasionnés par cette situation, ne révélant à personne le problème d'alcool de sa collègue de peur de lui nuire. Cependant, afin que les personnes âgées accueillies ne subissent pas de torts de la part de sa collègue, elle dit avoir régulièrement assumé une charge de travail bien supérieure à celle qui lui était assignée, s'occupant d'abord, nous dit-elle, de mettre sa collègue sous la douche puis dans la salle de repos pour qu'elle puisse y dormir, avant de faire seule des tâches normalement attribuées à deux personnes. À la fin de ce récit poignant, qui frappe toute l'assemblée par la grande sincérité et la vive souffrance qui s'en dégage, je demande à la professionnelle pourquoi à son avis le problème n'a jamais été mis à jour. Elle me répond que « c'est déjà

Alice Casagrande
Directrice formation, innovation et vie associative, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)



Prendre soin des professionnels de santé

assez difficile d'avoir des professionnelles qui ont l'air de tenir la route, qui viennent quand elles sont censées venir. Les cadres ont d'autres chats à fouetter et moi je veux pas qu'elle se retrouve au chômage.»

La seconde situation a lieu à l'occasion d'une formation proposée aux professionnels d'un institut médico-éducatif – une quarantaine environ – réunis pour une journée qualifiée d'« institutionnelle » par la direction qui me demande l'intervention. Au terme de la journée de formation, une professionnelle vient me trouver pour me demander si j'accepte de lui confier mes coordonnées, ce que j'accepte. À l'issue de mon voyage de retour, je trouve en sortant de l'avion un récit transmis par courriel concernant un collègue responsable d'équipe, qui est mis en cause à la fois pour des propos et plaisanteries sexistes à l'égard des collaboratrices de l'équipe éducative, et pour des transgressions impliquant des jeunes en situation de handicap. Le chef de service en question a, est-il expliqué, utilisé les téléphones portables des jeunes pour envoyer des messages à caractère sexuel aux éducatrices, celles-ci en ayant conclu que les auteurs des messages étaient les jeunes eux-mêmes, et leur ayant fait de vifs reproches à ce sujet ensuite. Le courrier se termine en soulignant qu'il est impossible d'alerter la direction de l'établissement sur les faits car, malgré les signaux déjà émis concernant ses transgressions des règles de travail, celle-ci, loin de prendre des mesures disciplinaires, lui a au contraire donné accès à une formation qualifiante pour devenir chef de service. Je contacte la professionnelle suite à ce message et lui demande pourquoi elle est la seule à vouloir alerter alors que les difficultés touchent de nombreuses personnes, à la fois les personnes accueillies et les collaboratrices. Elle me répond que les jeunes ont trop peur pour parler, et que les autres professionnels à qui elle en a parlé semblent s'en accommoder. Elle ajoute : « J'ai depuis des années enchaîné les missions d'intérim et les CDD, je viens enfin de signer mon CDI, c'est vraiment pas le moment pour moi de mettre le bazar. »

Dans ces deux situations sont simultanément transgressées les règles permettant la qualité des soins ou des accompagnements, et celles qui régissent le fonctionnement professionnel normal, du fait d'une difficulté ou déviance individuelle que vient recouvrir le silence du collègue témoin. Et dans ces deux situations semblent se cumuler différentes formes de vulnérabilité (celle des salariés, celle de l'encadrement, celle des personnes accueillies), cela aboutissant à conforter un silence qui devrait précisément s'interrompre pour permettre de restaurer la qualité du service rendu et la qualité de vie au travail. On sait en effet à quel point être le témoin impuissant d'actes qui transgressent sa propre éthique personnelle met un professionnel à risque de *burn-out*.

Il existe une profonde convergence entre les raisons du silence qui recouvre les dysfonctionnements dans un collectif de travail dus à des transgressions individuelles (retard dans la prise de poste, manifestations de sexisme,

actes de harcèlement envers des collègues) et celles qui expliquent les manquements aux règles des bonnes pratiques de soin et d'accompagnement. Dans les deux cas, les dysfonctionnements sont souvent assez vite connus par le collectif qui les entoure, composé à la fois des personnes soignées et des collègues ; et dans les deux cas également, l'énoncé même des faits se trouve ralenti, voire empêché, par différentes formes d'inhibitions qui se cumulent : difficulté de l'acte de dénonciation, incertitude des suites qui y seront données, peur des représailles, aspiration à ce que la difficulté se résolve sans qu'il soit pour autant nécessaire d'en assumer la part la plus difficile, à savoir la mise à jour du problème.

Un management bienveillant pour permettre une culture de l'alerte et de la prise en compte des signaux faibles

Un collectif de travail sain est pourtant un collectif où les erreurs individuelles, les fatigues ou les déviances sont énoncées, assumées et résolues précisément par le collectif. Ce qui préside à la prise de parole sur les difficultés n'est pas la recherche d'un bouc émissaire et de la possibilité d'une décharge d'agressivité contre lui, mais au contraire la volonté que chacun prenne la part qui lui revienne dans ce qui a pu déclencher ou faciliter la défaillance individuelle. Une équipe est professionnellement mûre lorsque chacun de ses membres se sait partie prenante des actions des autres et de leurs conséquences sur autrui.

De ce point de vue, il n'y a pas de fondamentale différence entre une équipe qui tait les plaisanteries racistes de l'un de ses membres sur un autre, et une équipe qui laisse l'un de ses membres manipuler avec brutalité un corps fragile, ou parler de manière humiliante à une personne trop intimidée pour se défendre. Dans un cas comme dans l'autre, le laisser-faire signale que la responsabilité collective est défectueuse, et que chacun est abandonné à ses propres ressources et à ses propres arbitrages, ce qui laisse à chacun, patient ou professionnel, la responsabilité de se défendre lui-même des violences ou des dysfonctionnements éventuels, et à l'envers de cela, la responsabilité de freiner ses propres impulsions ou de réguler ses propres affects ou écarts le cas échéant.

De manière presque consensuelle aujourd'hui, il est admis que la bienveillance des patients dans une structure qui les soigne ne saurait se penser indépendamment d'une posture managériale respectueuse des collaborateurs, pratiquant envers eux bienveillance et respect dans la mesure identique où on les appelle à se montrer bienveillants et respectueux envers les personnes qu'ils soignent.

Il me semble que cela est vrai si le passage obligé de ce management bienveillant repose sur une véritable éthique de l'attention, condition sans laquelle il est impossible à un collaborateur d'alerter sur des signaux faibles sans les voir banalisés ni excusés implicitement. En effet, les obligations réglementaires et les dispositifs

de régulation et d'amélioration de la qualité auxquelles s'adosse la fonction d'encadrement ne suffisent pas pour que l'on puisse se passer d'une attention de première ligne, et cela pour trois raisons au moins.

Premièrement, les signaux faibles dont nous parlons ne trouvent pas, ou trouvent très imparfaitement, leur place dans les systèmes informatisés de remontée des événements indésirables, et des événements graves (liés aux soins ou non) moins encore. Ainsi que le montre par exemple Simon Azais [7] et que le révèlent bien les statistiques concernant les événements indésirables graves qui sont utilisés pour le pilotage interne de la politique qualité, puis transmis aux agences régionales de santé et à la Haute Autorité de santé, la création de systèmes de recueil informatiques extrêmement sophistiqués puis d'analyse extrêmement fine ne vient nullement à bout des réticences, voire des résistances à l'alerte. Autrement dit, un système très robuste de traitement de l'information aboutit à un effet très médiocre en termes de pilotage de l'amélioration de la qualité en ces matières, car le réel échappe très largement à ce système dès le départ. Un soignant n'inscrira pas dans le système d'information que l'une de ses collègues subit un harcèlement sexuel de la part d'un chirurgien, ni que l'une de ses collègues gave régulièrement les tout petits enfants patients au lieu de les nourrir avec respect.

Deuxièmement, les situations dont nous parlons font non seulement l'objet d'une sous-déclaration¹, mais aussi d'une fréquente relégation au plus bas niveau des priorités opérationnelles, du fait de leur complexité. Bien que très connus des soignants et des patients dans leur expérience ordinaire, les dysfonctionnements de cet ordre sont difficiles à entendre par l'encadrement, et plus encore à traiter, car le temps qu'il prend à les énoncer puis à les résoudre l'empêche de se consacrer à des priorités très nombreuses dont le traitement offre des issues plus assurées et plus gratifiantes. Donner la priorité à l'écoute et au traitement d'un signal faible relevant du manque de respect du patient ou des collaborateurs signifie que le manager en poste a refusé très profondément la banalisation des microtransgressions. Cela prend du temps et exige un positionnement très ferme, cohérent et durable de l'encadrement en ce sens, tant sont nombreuses les incitations inverses.

Troisièmement, les signaux faibles en matière de droits des patients et de qualité des relations professionnelles ne sont régulés qu'avec peine par les régulateurs externes que sont les équipes d'inspection des agences régionales de santé, et les dispositifs de certification de la Haute Autorité de santé. Inspecteurs comme experts visiteurs ne sont pas positionnés prioritairement sur

ces dimensions, ils sont peu équipés juridiquement et peu outillés sur ces dimensions, ils ne sont pas formés à les détecter, et elles trouvent une place modeste dans les sources de recommandations et de mesures correctives, échappant très largement à leur approche technique. S'ajoute à cela l'impossibilité chronique des régulateurs externes de participer de manière rapide et efficace à la régulation des relations entre les médecins eux-mêmes, ce qui est une autre source de difficulté car, comme on le sait, ces relations ne sont pas non plus régulées par les directions des ressources humaines.

Installer un équilibre des prises de parole réel au sein des collectifs de travail des soignants

Si toutes les situations de maltraitance et toutes les situations de violence au travail ne surgissent pas pour les mêmes raisons, elles ont en commun de ne pas s'interrompre lorsque le collectif de travail s'avère incapable de dire vrai sur ce qui le traverse, et d'en tenir compte pour s'améliorer, de manière lucide et courageuse. Cela suppose de réinventer profondément la relation soignant-soigné afin de rendre enfin audible une parole qui est dans un nombre écrasant de cas disqualifiée comme incompetente ou anecdotique, alors qu'elle est au contraire porteuse de savoir expérientiel profondément complémentaire des compétences et expertises professionnelles². Cela suppose également d'installer un équilibre des prises de parole beaucoup plus réel au sein des collectifs de travail des soignants eux-mêmes, afin que le poids des différences hiérarchiques ou des représentations symboliques ne vienne pas entraver la circulation des points de vue et la possibilité d'interpellation de tous les collaborateurs.

De ce point de vue, l'enjeu d'encadrement est identique pour installer la bienveillance envers les patients et entre les soignants : il s'agit de privilégier et de protéger avec constance la prise de parole de ceux que les systèmes symboliques situent au plus bas de l'échelle de pouvoir et de respectabilité, et de permettre que cette prise de parole ne soit pas invitée pour des motifs compassionnels, mais sollicitée dans une finalité de coconstruction. À la capacité attentionnelle évoquée plus haut s'ajoute donc une seconde dimension pour construire l'éthique managériale : celle de la reconnaissance, entendue ici moins dans ses dimensions de capacité à rémunérer justement le travail (les managers ne sont que rarement décisionnaires en la matière dans les espaces de soin), que dans la recherche d'un espace de pensée où les hiérarchies sociales n'invalident

2. Voir à ce sujet les travaux d'Angela Towle visant à faciliter la décision médicale partagée par la participation des patients et personnes handicapées à la formation initiale des professionnels médicaux et paramédicaux : Towle A., Brown H., Hofley C., Kerston R. P., Lyons H., Walsh C. The expert patient as teacher : a interprofessional Health Mentors program. *Clinical Teacher*, 2014, 11 : 301-306. Et en France, voir le plaidoyer *Associations nos savoirs*. Pour la participation des patients et des personnes accompagnées à la formation initiale et continue des professionnels de la santé et du social, <https://associations-nos-savoirs.fr/le-plaidoyer/>

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

1. À titre d'exemples, une recherche effectuée en novembre 2019 dans la base de données des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) de la Haute Autorité de santé à partir du mot-clé « maltraitance » indiquait trois événements signalés en un an par l'ensemble des ARS. Dans un groupe de plus de 200 structures sanitaires et médico-sociales non lucratives, les chiffres EIGS pour l'année 2018 étaient de trente-quatre EIGS, dont deux situations de maltraitance.



pas la possibilité de poser en commun les constats et les recherches de solutions aux difficultés posées par la prise en charge. Et respectent toutes les alertes, fussent-elles infimes, car c'est bien à cette échelle que se joue toute prévention réelle.

La qualité de vie au travail et la qualité des soins ont en commun de reposer sur la faculté d'un système de réguler rapidement, de manière agile et légère, les microdysfonctionnements qui, à terme, faute d'être pris au sérieux, mettront en échec la possibilité même du soin réussi, entravant simultanément la qualité du soin et la possibilité d'accomplissement professionnelle du soignant, dont on sait combien elles ont partie liée. Pour cela, dans un univers saturé de messages de toutes provenances qu'il est délicat de hiérarchiser,

l'éthique managériale repose sur une priorité donnée à l'observation directe et au respect des signaux faibles, qu'ils soient énoncés verbalement ou détectés personnellement. Cela fait appel à un double courage de la part de l'encadrement. Celui de rester au plus près des réalités concrètes, physiques, des soins, là où la fonction d'encadrement encourage sans cesse à recourir à des outils qui logent la fonction managériale dans les mêmes lieux que la fonction gestionnaire : loin de là où les désordres se produisent et peut-être, à bas bruit, grandissent. Et celui de résister à la banalisation de signaux au seul motif qu'ils sont émis dans un registre émotionnel qui nuit à leur intelligibilité. Dans ces deux formes de courage réside le creuset d'une éthique managériale du temps présent. ■

Que nous enseigne l'état actuel de la recherche sur la qualité de vie au travail ?

Héloïse Haliday

Docteure en psychologie clinique, chercheuse associée au Clipsyd (Clinique Psychanalyse développement, université Paris Nanterre), membre du groupe de travail Qualité de vie au travail dans les établissements de santé de la Fédération hospitalière de France

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

La qualité de vie au travail dans les hôpitaux n'est plus un enjeu nouveau en France, mais la volonté de « *prendre soin de ceux qui nous soignent* » – pour reprendre les termes de la stratégie nationale de santé lancée fin 2016 par Marisol Touraine – risque toujours d'être réduite à la seule résolution des situations de conflit. Les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés depuis le début de l'épidémie de Covid-19 n'échappent pas à ce risque, et les administrations hospitalières pourraient être tentées d'abandonner leurs espoirs d'une meilleure qualité de vie au travail au profit d'une plus grande focalisation sur l'urgence psychologique. Il s'agirait d'éviter que les inévitables conflits n'aggravent les risques psychosociaux (RPS) auxquels sont exposés les professionnels du soin. La lutte contre les risques psychosociaux et le mouvement en faveur d'une meilleure qualité de vie au travail ne sont pourtant pas équivalents : ils gagnent à être distingués et considérés comme complémentaires, car une approche du travail par le risque n'est pas suffisante pour faire face aux situations de crises et de remaniements que traverse régulièrement le monde hospitalier. La spécificité de l'approche qualité de vie au travail tient à sa démarche clinique : partant du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes, le seul traitement des symptômes visibles des professionnels – mal-être psychologique, absentéisme, suicide... – ne suffit pas ; ce sont directement les organisations qu'il s'agit de soigner.

Un processus complexe à la temporalité longue

Cet article procède d'une revue de la littérature internationale produite à l'été 2017 pour la commission

« Qualité de vie au travail » de la Fédération hospitalière de France (FHF). Toutes les évocations de la littérature scientifique dans les lignes à suivre se réfèrent au corpus que nous avons analysé dans ce travail, qui est librement disponible sur le site de la FHF. La qualité de vie au travail est un processus à long terme qui procède de la conjugaison de deux ensembles distincts et parfois divergents : d'un côté, l'ensemble des perceptions subjectives des professionnels d'une organisation donnée sur leur environnement de travail – autrement dit une somme d'évaluations individuelles mais socialement située de leurs conditions de travail ; de l'autre, l'ensemble des stratégies et des procédures définies par cette même organisation dans le cadre de sa politique institutionnelle d'amélioration des conditions de travail. La qualité de vie au travail est ainsi à la fois un principe et un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un ordre négocié entre des paramètres cliniques, humains et économiques parfois antagonistes.

La qualité de vie au travail, facteur de durabilité des organisations

La littérature que nous avons analysée en 2017 dans notre rapport de synthèse [43] confirme que la qualité de vie au travail est un déterminant de la qualité des soins [44] et qu'elle impacte positivement, à court terme, la performance économique des organisations. Les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail influent sur les performances individuelles des professionnels, notamment en termes d'efficacité, de réduction des erreurs médicales et des surcoûts liés à l'absentéisme et au *turnover*.

Une bonne qualité de vie au travail apparaîtrait ainsi sinon comme la cause, au moins comme une garantie efficace de durabilité et de soutenabilité des établissements de soins. Si son efficacité à long terme sur la performance reste encore à démontrer, il est important d'insister sur la multiplicité des motivations qui président à son amélioration, qui ne peuvent se réduire au champ économique au risque d'évincer la dimension éthique d'une réflexion sur le mieux-être au travail.

Au carrefour des logiques individuelles et collectives : l'équipe

Lorsque l'on aborde les modalités organisationnelles à même de favoriser l'épanouissement au travail des professionnels de santé, reconnus par la littérature comme étant plus motivés par leurs missions que les salariés du privé, de nombreux prérequis apparaissent comme autant de besoins fondamentaux des individus au travail : reconnaissance, soutien de l'équipe, autonomie, sens et utilité du travail, équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Les études recensées dans notre revue de littérature proposent divers paradigmes à même d'aider les organisations de santé à s'adapter à ces besoins : le *lean* santé, les organisations apprenantes, l'agilité, les hôpitaux magnétiques... Ces paradigmes impliquent de repositionner les hôpitaux au carrefour de trois niveaux organisationnels : celui, macroscopique, des politiques de santé et de la volonté des gouvernements ; celui, dit « méso », des hôpitaux appréhendés comme des organisations éligibles à l'élaboration de politiques institutionnelles volontaristes ; enfin celui de l'organisation coopérative et décloisonnée des équipes cliniques, dont le qualificatif « micro » ne doit pas minimiser l'importance capitale.

Tous ces modèles organisationnels, peu importe le niveau d'action auquel ils s'intéressent, considèrent l'équipe comme la clé de voûte d'une organisation durable. Ils valorisent la confiance des échelons hiérarchiques envers des équipes de terrain expertes dans leur art, et à qui doit donc être garantie une certaine latitude organisationnelle. La réussite de prises en charge pluriprofessionnelles repose majoritairement sur la qualité du collectif de travail, qualité qui dépend de fonctionnements relationnels (comprenant la socialisation mais aussi les tensions de pouvoir entre professionnels), processuels (comme le temps et l'espace qui influent sur le travail réalisé), organisationnels (allant du style de direction à la taille de l'hôpital) et contextuels (comprenant les mouvements politiques, économiques et sociaux plus globaux qui peuvent affecter le travail collectif). Ainsi peut-on affirmer que l'activité d'une équipe n'est efficiente pour l'usager que lorsqu'elle est collaborative, et qu'il est important que l'équipe ait le temps et la disponibilité psychique suffisante pour prendre soin d'elle. Le fonctionnement par équipes apporte en effet une reconnaissance existentielle aux professionnels, avec des effets bénéfiques repérés dans la littérature

scientifique sur la qualité et la sécurité des soins, la réduction des erreurs médicales, la répartition de la charge de travail ou encore la diminution du risque de *burn-out*.

La sensation de bénéficier d'une certaine autonomie est tout aussi satisfaisante pour les individus qu'efficace du point de vue de la qualité des soins. Elle s'appuie sur des formations initiales décloisonnées, des espaces de discussion pluriprofessionnels sur le travail et un management « transformationnel » qui soutient et facilite la coopération au sein des équipes. L'idée d'un épanouissement de chacun dans son travail nécessite de promouvoir des temps de formation, un apprentissage en continu ainsi que des politiques d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels : l'éthique du *care* doit imprégner les échanges patients-soignants mais aussi les relations des soignants entre eux.

Faire émerger le changement, une logique du cas par cas

Face à la tentation d'appliquer des méthodes prêtes à l'emploi, la littérature relative aux conséquences des réformes françaises en santé sur la qualité de vie au travail des soignants met en avant quelques points de vigilance essentiels.

L'introduction des réformes sur les organisations de santé touche de nombreux facteurs psychologiques et managériaux qui ont un impact direct sur la qualité de vie au travail. L'informatisation des hôpitaux et l'introduction de la T2A (tarification à l'activité) ont ainsi eu des effets paradigmatiques des conséquences de toute réforme sur le moral des soignants lorsque l'implémentation est descendante et sans partage d'information ni concertation préalable : baisse du sentiment d'autonomie au travail, manque de reconnaissance, reconfigurations du travail propres à l'éclosion de conflits multiples, défiance des professionnels vis-à-vis des organisations du fait du manque de transparence, évincement des échelons intermédiaires du management malgré leur importance capitale...

L'impact des réformes sur la qualité de vie au travail dépend par conséquent en majeure partie du contexte d'implémentation, c'est-à-dire de la démarche choisie par les directions pour mettre en œuvre les grands axes des politiques publiques en matière de santé. Cette relation entre les réformes et la qualité de vie au travail permet de penser que le succès de l'implémentation des réformes dépend de ce que leur mise en œuvre génère comme nouvelles situations cognitives et affectives chez les soignants, facteur qui dépend lui-même de leur association aux réformes en tant qu'acteurs clés de leur réussite plutôt qu'en tant qu'objets des reconfigurations du monde de la santé. Ce constat appelle des pratiques de management « à la confiance » [1], basées sur la collaboration et la participation [24], qui prennent en compte le point de vue des professionnels et leur définition contextualisée de la qualité de vie au travail sans préjuger de l'adéquation de leurs besoins



Prendre soin des professionnels de santé

avec ceux de l'organisation ni idéaliser les effets de ce type de démarche.

Conclusion : des préconisations et points de vigilance convergents dans les études

Si la littérature traitant de la qualité de vie au travail ne peut pas donner de recette généralisable à la transformation de tous les établissements de santé, elle établit toutefois un certain nombre de consensus sur les facteurs de réussite d'un changement en vue de l'amélioration de la qualité de vie au travail des personnels hospitaliers. On aurait tort de parier que ces consensus seront remis en cause par les conséquences de l'épidémie de Covid-19 : au contraire, jamais une crise n'aura tant révélé la nécessité de mettre en œuvre les modalités organisationnelles collectives que les études sur la qualité de vie au travail appellent de leurs vœux depuis plusieurs années. Sur les valeurs, tout d'abord : sont toujours mises en avant, aux niveaux organisationnel et managérial, des qualités telles que l'adaptabilité, la durabilité, la justice sociale, la responsabilité, la démocratie et la pleine participation de tous au changement. Ces principes sont portés à des niveaux différents (méso et micro) par les modèles que nous avons évoqués – agilité, organisations apprenantes, hôpital magnétique [15, 61] ou encore démarche participative. Concernant les modalités formelles de mise en place du changement, le corpus que nous avons étudié est aussi très clair :

la recherche-action, la formation interprofessionnelle, l'ouverture d'espaces de discussion, le changement de style de leadership – entre autres – semblent tout particulièrement aptes à générer des réponses originales et adaptées au contexte de chaque hôpital français.

Constaté que la littérature disponible a peu varié au cours des dernières années dans ses prescriptions – mise en avant de la subversion des hiérarchies traditionnelles au profit de l'autonomie des équipes, de la liberté de parole et de l'importance du sentiment de reconnaissance au travail – doit pousser à la modestie en matière de gestion des ressources humaines. Si les nombreuses études en sciences de gestion et du management donnent parfois le sentiment d'enfoncer des portes ouvertes, il semble finalement plus nécessaire de se questionner sur les raisons pour lesquelles des pratiques pleines de bon sens et apparemment évidentes ne sont pas toujours la règle à l'hôpital. Certaines actions visant à améliorer la performance sociale des hôpitaux et la qualité de vie au travail des personnels soignants ont certes d'ores et déjà prouvé leur efficacité, mais les établissements de santé auront sans doute besoin de temps et d'investissements avant que ces démarches aient des effets notables en termes de performance économique. La qualité de vie au travail doit donc avant tout être prise comme une nécessité humaine et éthique, celle d'améliorer le ressenti des professionnels au travail afin de mieux soigner tous ceux que l'hôpital accueille. 🍀

Éclairage statistique sur les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé

Jacques Pisarik
Chargé d'études,
Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques
(Drees)

Menée en 2016, l'enquête Conditions de travail et risques psychosociaux (lire l'encadré p. 21) permet de s'intéresser plus particulièrement aux salariés des établissements de santé publics et privés (à but lucratif ou non). Elle permet de les comparer à l'ensemble des actifs occupés [11], faisant ressortir l'intensité des conditions de travail dans le secteur hospitalier, et l'importance de la charge émotionnelle, dans un contexte caractérisé par un sentiment d'effectuer un travail utile mais insuffisamment rémunéré. Cette comparaison peut se décliner par statut de l'établissement et par famille professionnelle.

Un travail marqué par son intensité

Selon plusieurs indicateurs, le secteur hospitalier est un environnement de travail intrinsèquement intense. En 2016, les salariés du secteur déclarent plus fré-

quemment devoir toujours ou souvent se dépêcher (61 % d'entre eux, contre 45 % des actifs occupés). Le travail dans les établissements de santé est également plus souvent marqué par des interruptions pour des tâches non-prévues : 80 % des salariés du secteur doivent fréquemment s'interrompre pour de telles tâches, contre 64 % de l'ensemble des actifs occupés. De plus, la part de salariés dont le rythme de travail est déterminé par au moins trois contraintes de rythme¹ est également

1. Parmi sept contraintes, qui sont : le déplacement automatique d'une pièce ou la cadence automatique d'une machine ; d'autres contraintes techniques ; la dépendance immédiate vis-à-vis du travail de collègues ; des normes de production à respecter dans l'heure ; des demandes extérieures obligeant à une réponse immédiate ; un suivi informatisé ; ou des contrôles au moins quotidiens de la hiérarchie. Certaines étant spécifiques au salariat, cet indicateur est comparé à l'ensemble des salariés.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

Précisions sur la source des données de l'enquête

Les enquêtes du dispositif Conditions de travail et risques psychosociaux permettent de décrire la façon dont les travailleurs perçoivent leurs conditions de travail, en abordant différentes dimensions des conditions de travail et de l'exposition à des risques psychosociaux [12] : les contraintes horaires, les contraintes physiques, et, s'agissant des risques psychosociaux, l'intensité du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie, les rapports sociaux au travail, la dimension de conflits de valeur, les changements vécus au travail, la reconnaissance, la rémunération et l'évaluation au travail.

Ce dispositif remonte à 1978 mais a fortement évolué en 2013 : les enquêtes Conditions de travail, comme en 2013, et Conditions de travail et risques psychosociaux, comme en 2016, sont désormais menées en alternance et comportent une dimension de panel.

L'interrogation est menée en face-à-face mais certaines questions, plus sensibles, font l'objet d'un questionnaire autoadministré. En interrogeant davantage un plus grand nombre de

personnels hospitaliers en 2013 [10, 49] et en 2016, ce dispositif d'enquête permet de prolonger l'observation de leurs conditions de travail qui avait reposé sur des enquêtes menées spécifiquement auprès d'eux par le passé. Environ 3 380 salariés du secteur hospitalier ont pu être interrogés en 2016.

Ils sont répartis en sept familles professionnelles par regroupement des familles professionnelles codées selon la nomenclature FAP développée par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) :

- les agents d'entretien (les agents d'entretien des locaux, les agents de service hospitalier, les ouvriers de l'assainissement et du traitement des déchets) ;
- les aides-soignants ;
- les infirmiers, avec lesquels, pour des raisons d'effectifs, sont regroupées les sages-femmes, comme dans des études précédentes s'appuyant sur ce dispositif d'enquêtes [10, 49] ;
- les médecins et assimilés, incluant les pharmaciens salariés ;

- les professions paramédicales, regroupant notamment les techniciens médicaux, les spécialistes de l'appareillage médical, les psychologues, les éducateurs spécialisés ;

- les professions administratives, regroupant les agents et cadres administratifs ;

- les autres professions, rassemblant notamment des conducteurs ambulanciers, des agents de sécurité, des cuisiniers et des travailleurs familiaux.

Les établissements sont distingués selon qu'il s'agit d'établissements publics ou privés. Au vu des effectifs, les établissements privés ne peuvent être différenciés selon que leur but est lucratif ou non. Pour certaines questions, qui s'adressent aux répondants salariés, on a comparé les réponses des personnels du secteur hospitalier à l'ensemble des salariés, et non à l'ensemble des actifs occupés. 📌

plus importante dans le secteur hospitalier, puisque 41 % des salariés sont concernés, contre 35 % de l'ensemble des salariés.

Par ailleurs, la part de salariés du secteur hospitalier estimant qu'il leur est demandé d'effectuer une quantité de travail excessive est de 53 % et supérieure à celle de l'ensemble des salariés (40 %). En outre, 61 % des salariés du secteur estiment devoir toujours ou souvent penser à trop de choses à la fois, et 43 % estiment toujours ou souvent travailler sous pression, contre 44 % et 31 % en moyenne respectivement.

Les différentes familles professionnelles sont concernées par ces surcroûts d'exposition : les interruptions de tâches et le fait de devoir toujours ou souvent se dépêcher concernent en premier lieu les professions concourant aux soins, mais les agents d'entretien et les professions administratives sont également plus concernés que la moyenne des actifs occupés (figure 1).

Le caractère exigeant du travail des personnels du secteur hospitalier se manifeste également par l'exposition à des contraintes physiques. Ainsi, 62 % des personnels déclarent devoir porter ou déplacer des charges lourdes en 2016, soit 21 points de plus que

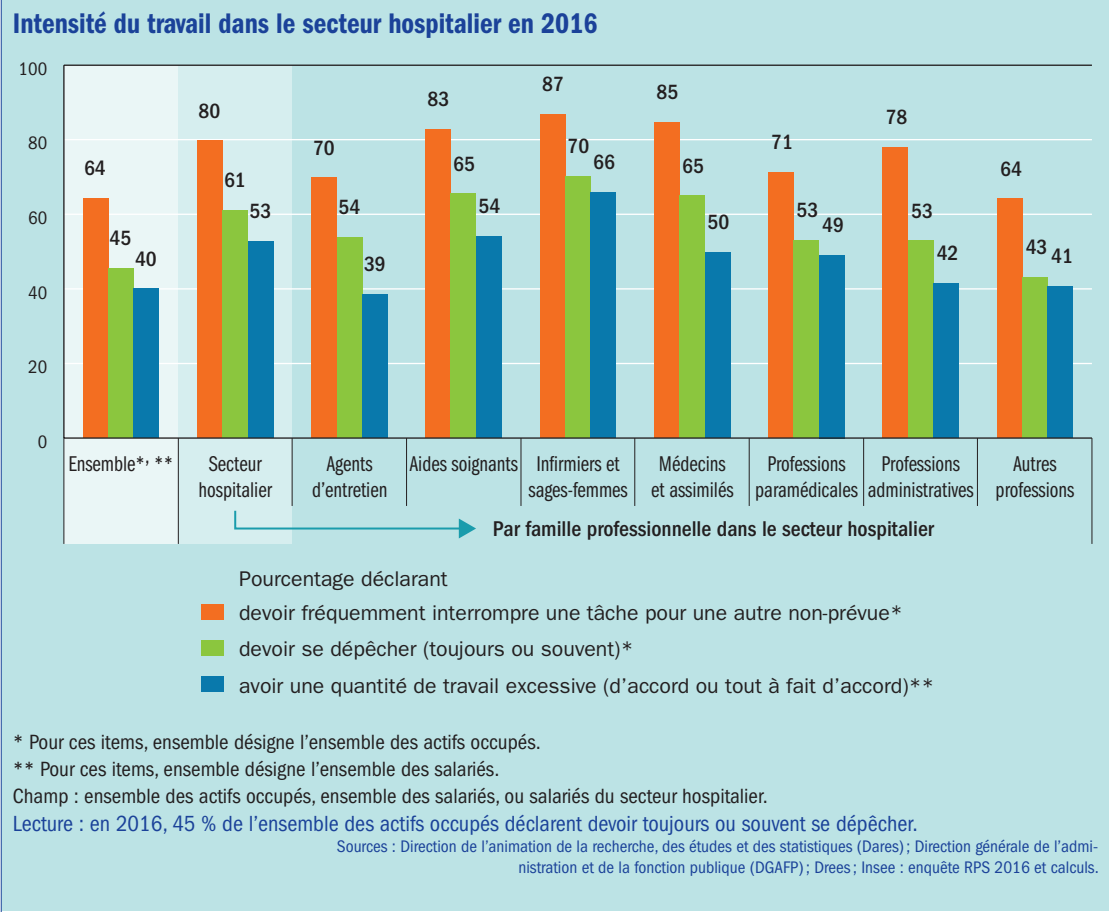
l'ensemble des actifs occupés. 62 % des salariés du secteur hospitalier sont confrontés à l'exigence de déplacements à pied longs ou fréquents, un niveau largement supérieur au niveau de l'ensemble des actifs occupés (37 % en 2016). Ces contraintes physiques ne sont pas l'apanage des agents d'entretien, dont 66 % portent ou déplacent des charges lourdes et 79 % rapportent des déplacements à pied longs ou fréquents, mais elles concernent aussi certaines familles professionnelles au contact des patients, tels les aides-soignants, qui sont 79 % à effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents et 85 % à porter ou déplacer des charges lourdes, ou encore les infirmiers et sages-femmes, qui sont 70 % à effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents et 76 % à porter ou déplacer des charges lourdes (figure 1).

Des contraintes horaires spécifiques

Le secteur hospitalier est également marqué par des horaires de travail atypiques et contraignants, bien au-delà des niveaux observés pour l'ensemble des actifs occupés. En 2016, 64 % des salariés du secteur hospitalier travaillent le dimanche, alors que c'est le



figure 1



cas de 31 % des actifs occupés. Le secteur hospitalier se démarque notamment par le travail régulier le dimanche : 41 % des salariés des établissements de santé travaillent habituellement le dimanche (et 23 % occasionnellement), contre 14 % de l'ensemble des actifs occupés (et 17 % occasionnellement). De plus, 34 % des salariés du secteur hospitalier travaillent de nuit (entre minuit et 5 heures du matin) : 18 % habituellement et 16 % occasionnellement, 56 % travaillent entre 20 heures et minuit (35 % habituellement, 21 % occasionnellement), 51 % travaillent entre 5 heures et 7 heures (36 % habituellement, 15 % occasionnellement). C'est là aussi la régularité qui alimente l'écart avec le reste des secteurs : ainsi, dans l'ensemble, seuls 16 % des actifs occupés travaillent habituellement entre 5 heures et 7 heures, et 13 % occasionnellement, soit 29 % au total.

Ces contraintes horaires touchent notamment les familles professionnelles au contact direct des patients (aides-soignants, infirmiers et sages-femmes, médecins), en raison des exigences liées à l'organisation des soins : pour le travail le dimanche, habituellement ou occasionnellement, 86 % des aides-soignants, 75 % des médecins,

74 % des infirmiers et sages-femmes, mais aussi 67 % des agents d'entretien sont concernés, contre 23 % des professions administratives, et, en position intermédiaire, 36 % des professions paramédicales. Pour le travail, habituellement ou occasionnellement, entre minuit et 5 heures du matin, 65 % des médecins, 46 % des infirmiers et sages-femmes, 38 % des aides-soignants sont concernés, contre 6 % des agents d'entretien et des professions administratives, et, en position médiane, 20 % des professions paramédicales.

Un jugement contrasté sur les moyens mis à disposition

Face à l'intensité du travail, le jugement des personnels concernant les moyens mis à leur disposition est mitigé. Le sentiment de disposer du matériel adéquat est moins fréquent dans le secteur hospitalier : il s'établit à 64 %, alors qu'il est partagé par 80 % de l'ensemble des actifs occupés. Ce sentiment est notamment moins fréquent pour les infirmiers et sages-femmes (57 %, tableau 1), alors même que ceux-ci sont les plus nombreux à s'estimer confrontés à une quantité de travail excessive (66 %).

Par ailleurs, en 2016, le sentiment de disposer de suffisamment de collègues est moins répandu dans les établissements de santé publics, où il n'est partagé qu'à hauteur de 51 %, que dans les établissements privés (62 %), qui sont ainsi proches du niveau de déclaration de l'ensemble des salariés (59 %). La situation est également contrastée parmi les professions : le sentiment de disposer de suffisamment de collègues est de 76 % pour les médecins, mais seulement de 38 % pour les aides-soignants et de 47 % pour les infirmiers et sages-femmes.

En définitive, 23 % des actifs du secteur estiment toujours ou souvent sacrifier la qualité du travail, quand le pourcentage n'est que de 13 % pour l'ensemble des actifs occupés. À l'exception des médecins, toutes les familles professionnelles sont concernées, et c'est même le cas pour un agent d'entretien ou un aide-soignant sur trois. Enfin, les salariés du secteur déclarent plus fréquemment prendre des risques pour leur santé : 13 % le rapportent, contre 7 % de l'ensemble des actifs occupés. Les agents d'entretien et les aides-soignants sont plus fréquemment concernés, puisque respectivement 18 et 22 % d'entre eux en font part.

Le contact du public, source d'une charge émotionnelle intense

Au-delà de l'intensité du travail et des contraintes horaires, le contenu émotionnel du travail dans les établissements de santé le rend également particuliè-

rement intense. La part des salariés du secteur hospitalier déclarant être en contact avec des personnes en situation de détresse atteint 87 % en 2016, alors qu'elle est de moins d'un actif occupé sur deux en moyenne. Elle constitue une norme pour les infirmiers et sages-femmes (98 %), les médecins (95 %) et les aides-soignants (94 %).

La conflictualité dans les rapports avec le public se situe aussi à des niveaux plus élevés que la moyenne. Parmi les salariés du secteur en contact avec le public, 55 % rapportent des tensions, contre 43 % en moyenne, et cette part atteint 67 % chez les infirmiers et sages-femmes. Dans l'ensemble, 33 % des salariés du secteur hospitalier rapportent au moins une agression verbale de la part du public en 2016 contre 15 % de l'ensemble des actifs occupés, et cette part atteint 50 % pour les infirmiers et sages-femmes. De plus, 32 % des salariés du secteur hospitalier déclarent cacher ou toujours ou souvent leurs émotions en 2016, contre 25 % pour l'ensemble des actifs occupés. Les infirmiers et sages-femmes sont davantage concernés, puisque 41 % d'entre eux cachent toujours ou souvent leurs émotions.

Un collectif de travail marqué par de l'entraide, mais aussi par des tensions

Face à la difficulté des conditions de travail à l'hôpital, l'appui des collègues peut permettre de soulager la charge de travail induite, par de l'aide ou des arrange-

tableau 1

Conflits de valeurs, exigences émotionnelles et rapports sociaux dans le secteur hospitalier en 2016

% déclarant...	Ensemble ^{1,2,3}	Secteur hospitalier	Par famille professionnelle dans le secteur hospitalier						
			Agents d'entretien	Aides-soignants	Infirmiers et sages-femmes	Médecins et assimilés	Professions paramédicales	Professions administratives	Autres professions
Disposer d'un matériel suffisant et adapté ¹	80	64	68	62	57	64	59	76	78
Devoir sacrifier la qualité du travail (toujours ou souvent) ¹	13	23	33	35	21	9	18	19	14
Devoir prendre des risques pour sa santé (toujours ou souvent) ¹	7	13	18	22	12	7	10	2	13
Être en contact avec des personnes en situation de détresse ¹	46	87	77	94	98	95	85	67	62
Vivre des tensions avec le public ²	43	55	37	57	67	57	45	47	35
Vivre des tensions avec ses supérieurs hiérarchiques ³	27	30	23	27	34	30	39	31	25
Recevoir le respect et l'estime que mérite son travail (d'accord ou tout à fait d'accord) ¹	72	72	66	70	73	74	74	73	76

¹ Pour ces items, ensemble désigne l'ensemble des actifs occupés.

² Pour cet item, ensemble désigne les actifs occupés travaillant en relation avec le public.

³ Pour cet item, ensemble désigne l'ensemble des salariés.

Champ : ensemble des actifs occupés, ensemble des salariés, ou salariés du secteur hospitalier.

Lecture : en 2016, 80 % de l'ensemble des actifs occupés déclarent disposer d'un matériel suffisant et adapté.

Sources : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ; Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ; Drees ; Insee : enquête RPS 2016 et calculs.



Prendre soin des professionnels de santé

ments organisationnels, même si des tensions peuvent apparaître.

Pour 92 % des salariés du secteur hospitalier en 2016, les collègues aident à mener les tâches à bien, contre 83 % pour l'ensemble des salariés. L'entraide porte aussi sur la possibilité, dans les établissements publics, d'arrangements horaires en cas d'imprévu : en effet, 85 % des salariés peuvent s'arranger avec des collègues dans ce cas. Dans les établissements privés, seuls 72 % peuvent le faire, un niveau proche de celui de l'ensemble des salariés (70 %).

Certaines familles professionnelles sont néanmoins confrontées à des désaccords. Pour les professions paramédicales et administratives, les désaccords sont plus nombreux avec les collègues sur la façon de faire le travail : 16 % des professions paramédicales et 10 % des professions administratives en rapportent toujours ou souvent, ce qui les situe au-dessus du niveau moyen observé, dans le secteur hospitalier comme pour l'ensemble des salariés, soit 7 %.

Les différentes familles professionnelles, à l'exception des agents d'entretien, rapportent davantage de tensions dans les rapports avec les supérieurs hiérarchiques. 30 % des salariés du secteur en font état, contre 27 % en moyenne. De plus, 15 % des salariés du secteur font état d'au moins une agression verbale de la part de collègues ou de supérieurs dans l'année, contre 10 % en moyenne.

Neuf personnels hospitaliers sur dix ont le sentiment d'effectuer un travail utile, mais un sur deux estime être mal ou très mal payé compte tenu du travail réalisé

Même s'il est intense, le travail dans les établissements de santé est perçu comme valorisant : la proportion de salariés du secteur hospitalier qui a toujours ou souvent

l'impression de faire quelque chose d'utile aux autres est plus importante que la moyenne (89 % contre 72 %). Seules les professions administratives se situent à un niveau comparable à l'ensemble des actifs occupés. Les salariés du secteur déclarent autant que dans les autres secteurs recevoir le respect et l'estime dus à leur travail (72 % dans les deux cas). À l'exception des agents d'entretien, pour lesquels cette proportion est inférieure (66 %), ce sentiment est partagé à des niveaux proches par l'ensemble des familles professionnelles.

Néanmoins, cette forme de reconnaissance informelle ne se complète pas d'une reconnaissance sur le plan de la rémunération : en 2016, 49 % des actifs occupés du secteur hospitalier estiment être mal ou très mal payés compte tenu du travail réalisé, un niveau supérieur à celui de l'ensemble des actifs occupés (37 %). Seuls les médecins (36 % s'estimant mal ou très mal payés) et les agents d'entretien (40 %) sont proches du niveau d'ensemble.

S'y ajoute une incertitude sur la stabilité de l'emploi. Globalement, avec 19 % des salariés du secteur craignant pour leur emploi dans l'année, cette incertitude est inférieure à celle de l'ensemble des salariés (25 %). Mais cela cache une hétérogénéité importante en fonction du statut. Pour les salariés dont l'emploi est à durée déterminée, cette proportion atteint 57 % dans le secteur hospitalier, contre 47 % dans l'ensemble des secteurs. Une autre dimension de ce sentiment d'insécurité concerne les changements de poste contre son gré. La crainte d'un tel changement d'affectation est plus marquée dans les établissements de santé que pour l'ensemble des salariés (30 % contre 19 %), et, plus spécifiquement, elle touche davantage les établissements publics (34 %) et les infirmiers et sages-femmes (37 %). Là encore, les salariés en contrat à durée déterminée sont plus exposés à cette crainte, à hauteur de 47 %.