

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

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.

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.



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*.