



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.