

Accompagnement des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail

Des conditions de travail difficiles avec une charge mentale importante ont conduit à la mise en place de dispositifs d'accompagnement des professionnels de santé.

Mettre les équipes au cœur de la performance des soins

Dépasser les constats, compléter les approches expérimentales

La diversité des définitions de la qualité de vie au travail et les nombreuses tentatives pour la mettre en œuvre, que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé, posent à minima la question de la conception individuelle et collective du rapport au travail. Le « printemps noir » qui a frappé la majorité des systèmes de santé renouvelle les interrogations autour de la relation, souvent complexe, entre l'individu et le collectif dans les équipes de soins. Cette approche relève en partie des croyances personnelles, notamment de ce que chacun attend de son travail au quotidien, mais aussi du rapport collectif au travail, plus particulièrement des différentes formes d'intégration qu'il véhicule dans un modèle social-démocrate et universaliste¹.

La multiplicité des actions au titre de la qualité de vie au travail peut ponctuellement donner une impression de saupoudrage des moyens mobilisés et peine à asseoir quelques mesures lisibles au niveau national, tant pour le secteur privé que public. Dans tous les cas, la qualité de vie au travail ne peut se limiter à une manière « positive » de parler des risques psychosociaux, allant au-delà des dispositifs réglementaires qui s'imposent

à l'employeur en matière de risques professionnels, ni à « une addition d'actions ponctuelles tournées vers le bien-être (relaxation, diététique, conciergerie...) »². Penser la qualité de vie au travail de manière opérationnelle, plus particulièrement dans les secteurs sanitaire et médico-social, suppose de dépasser la diversité des approches et des dispositifs pour mettre en lumière les leviers permettant un réel « mieux vivre » au travail, malgré la diversité des ressentis et des situations.

Si la mobilisation du secteur privé sur ce sujet n'est pas nouvelle, le secteur public semble depuis quelques années beaucoup plus mobilisé, y compris pour des raisons qui ne se limitent pas au bien-être au travail, avec une articulation établie entre cette cible et un objectif de performance accrue dans la production de soins. Ainsi la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) publie en lien avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) un guide dédié à la qualité de vie au travail. Plusieurs ministères et agences sont également très présents sur ce sujet, notamment l'Association

Alexandre Fournier
Chef du bureau
Organisation
des politiques
sociales
et développement
des ressources
humaines, Direction
générale de l'offre
de soins (DGOS),
sous-direction
Ressources
humaines

2. Rappel effectué par l'Anact-Aract dans le cadre du plan régional de santé 3 de la région Nouvelle-Aquitaine, piloté par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) Nouvelle-Aquitaine en 2018.

1. Au sens de l'économiste et sociologue danois Gøsta Esping-Andersen.



Prendre soin des professionnels de santé

nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), ainsi que des collectivités territoriales ayant pu mobiliser des ressources sur cette thématique. La diversité des acteurs et des objectifs aboutit en partie à multiplier les attentes à l'égard de la qualité de vie au travail, parfois au point de les rendre irréalistes (avec des objectifs abordant absentéisme, troubles musculo-squelettiques, risque psychosocial, crise du management, pénibilité, maintien dans l'emploi des agents, inégalité professionnelle...).

Au niveau du ministère des Solidarités et de la Santé, la stratégie nationale de la qualité de vie au travail pour les professionnels du sanitaire et du médico-social a été élaborée en grande partie en 2016 et 2017, avec une mise en œuvre essentiellement en 2018-2019. À la différence de nombreuses initiatives portées habituellement par l'État, une part essentielle des actions menées au titre de la qualité de vie au travail se veut ascendante et non descendante, notamment en partageant et en faisant connaître les bonnes pratiques pouvant entrer dans le champ très vaste de la qualité de vie au travail³.

Certains établissements de santé ont pu depuis plusieurs années se doter d'outils répondant pleinement à une logique de préservation et de dynamisation de la qualité de vie au travail des professionnels. Les vagues de *clusters* lancées par le ministère des Solidarités et de la Santé ont pu également avoir un effet levier sur

3. À ce jour, l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social recueille plus de 130 documents, hors thèses, présentant un témoignage, une expérimentation ou une mise en œuvre réussie dans le champ de la QVT des professionnels de santé et du médico-social.

Textes de référence de la médiation

- Décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017, relatif à l'exercice d'activités privées par des agents publics et certains agents contractuels de droit privé ayant cessé leurs fonctions, aux cumuls d'activités et à la commission de déontologie de la fonction publique.
- Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 28 août 2019 fixant la rémunération du médiateur national des personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux et le montant des indemnités perçues par les médiateurs régionaux ou interrégionaux et les membres de l'instance nationale et des instances régionales ou interrégionales.
- Arrêté du 30 août 2019 portant approbation de la charte de la médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 10 septembre 2019 portant nomination du médiateur national pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Arrêté du 27 novembre 2019 portant nomination des médiateurs régionaux et interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

la mobilisation des établissements, au même titre que les ressources déployées en accompagnement de ces démarches dans les agences régionales de santé, les fédérations, l'Anact...

La stratégie nationale portée par le ministère des Solidarités et de la Santé s'appuie globalement tant sur des structures *ad hoc* comme l'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social, que sur des actions d'accompagnement local, comme les *clusters* territoriaux, ou des dispositifs d'évaluation en cours de construction (certification V2020). La mobilisation des acteurs, par le biais de structures nouvelles, d'expérimentations locales ou à travers le soutien à des actions innovantes, ne concourt pas nécessairement à un mouvement pouvant être rapide dans son déploiement et ses résultats, *a fortiori* dans un domaine dont le périmètre reste parfois difficile à stabiliser.

L'importance de la mobilisation en faveur de la qualité de vie au travail a été portée au plus haut niveau de l'État, à travers une politique publique mise en œuvre par les deux dernières ministres des Solidarités et de la Santé, mais aussi au plus près du terrain, dans les établissements qui souhaitent préserver, voire renforcer, leur capital humain.

Enfin le législateur a également souhaité impulser une mobilisation des employeurs par le biais de la loi de transformation de la fonction publique adoptée le 6 août 2019, notamment en renforçant les dispositifs de prévention et d'accompagnement des secondes parties de carrière en introduisant dans la loi la notion d'usure professionnelle, ou de prévention des agressions sexuelles ou sexistes sur le lieu de travail.

Les dispositifs d'amélioration de la qualité de vie au travail

Pour résumer, la mise en œuvre des leviers de l'amélioration de la qualité de vie au travail repose à ce stade principalement sur les dispositifs suivants, sachant qu'ils ne sont qu'une partie d'une stratégie nationale plus large, adossée à trois axes : I/Impulsion et lisibilité politique, II/Conditions de travail, III/Prévention des risques psychosociaux.

● La stratégie nationale en matière de qualité de vie au travail a ainsi permis la création en 2018 d'un **Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social**, composé d'experts, dont la mission est de recueillir des informations et de capitaliser les données existantes de manière à améliorer le suivi de la qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers ou libéraux⁴. Il a vocation à produire des recommandations concrètes pour venir en aide à ces professionnels, diffuser et partager ces connaissances en organisant périodiquement un colloque et en communiquant des actes et des recommandations. Le premier colloque de l'Observatoire s'est tenu le 29 novembre 2019, il a été l'occasion pour les

4. L'Observatoire national occupe à ce titre un rôle prépondérant dans l'analyse au long cours des actions entrant dans le champ de la QVT.

groupes de travail de restituer leurs réflexions devant plus de deux cents personnes venant de divers horizons au sein du système de santé. Les recommandations seront publiées au premier semestre 2020.

● De même, le **dispositif de médiation** à l'échelle nationale et interrégionale est en cours de déploiement : des médiateurs sont désormais susceptibles d'intervenir à la demande des établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, ou des professionnels pour mener une conciliation, en cas de conflit non résolu ayant un impact sur les conditions de travail. Ce réseau de médiateurs est coordonné par le médiateur national, interlocuteur privilégié des professionnels, services et opérateurs (régionaux et ministériels). Le médiateur a pour objectif d'organiser des espaces et des temps de médiation quand les situations sont bloquées ou conflictuelles (lire hors texte). L'intérêt de ce dispositif est également d'inciter les établissements à mettre en place un dispositif local interne de résolution des conflits.

● Par ailleurs, un **Centre national d'appui pour la qualité de vie des étudiants en santé (CNA)**, regroupant l'ensemble des acteurs (représentants des étudiants en santé, représentants des enseignants, conférences, personnalités qualifiées, ministères concernés...) a été instauré officiellement en juillet 2019. Il est dédié à l'accompagnement des internes et étudiants et à la détection des situations de souffrance. De façon très opérationnelle, ses travaux tendent à s'organiser autour de la formation, enquête annuelle, clip de prévention, aide au développement des structures de soutien⁵...

Parallèlement à la mise en place de la stratégie nationale, plusieurs actions sont déployées ou prévues dans les mois qui viennent afin de cibler certains dispositifs à même d'avoir un effet levier en matière de qualité de vie au travail.

● Dans la continuité de la loi de transformation du système de santé, un groupe de travail dédié au management hospitalier a mené des réflexions aboutissant à un certain nombre de préconisations pour doter les managers des outils les plus adaptés à leurs missions, qu'ils soient en poste ou appelés à occuper des fonctions managériales.

● La réforme du financement des établissements tend à intégrer la notion de qualité de vie au travail dans un cadre désormais libérateur et progressif des dotations au titre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il est prévu que les établissements dont l'indicateur qualité de vie au travail est positif au titre de la certification de la HAS reçoivent un financement, afin de les inciter à mener une politique interne objectivée en faveur de la qualité de vie au travail.

La stratégie nationale, en mettant en place des outils (d'analyse, de prospective, de résolution des conflits), tend à répondre aux différentes dimensions de la qualité de vie au travail telles qu'elles ressortent de l'accord

5. Le CNA permet de pointer les points de blocage et de difficulté pour les étudiants (médicaux et paramédicaux) et ce tout au long de leur cursus.

national interprofessionnel de 2013, notamment en visant à « *concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises*⁶ ». Elle ne peut cependant répondre aux besoins de confort ou de bien-être qui s'éloignent trop nettement des enjeux afférents au management, à la formation et aux collectifs de travail. Les problématiques des salariés relatives aux statuts, à la rémunération ou à l'action sociale (crèches hospitalières, aide aux logements, transports) constituent des sujets « en lisière » du cœur des dispositifs qualité de vie au travail les plus nettement identifiés en tant que conditions essentielles de travail.

Si la stratégie nationale apporte des leviers d'action dans le champ de la qualité de vie au travail, elle n'épuise en rien la diversité des attentes et des définitions que portent les agents des établissements ou exerçant en libéral.

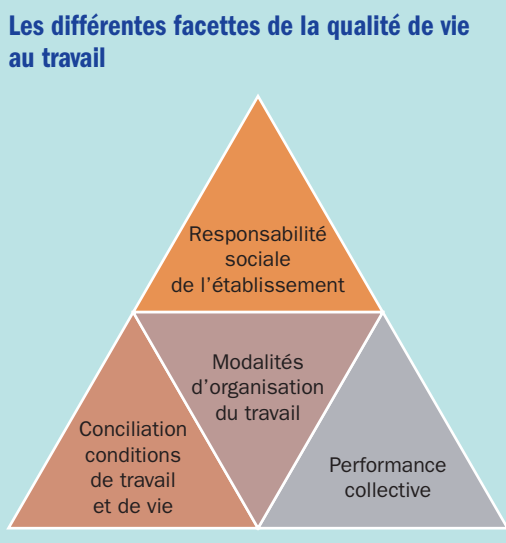
Le caractère parcellaire du champ relatif à la qualité de vie au travail peut également s'expliquer par la diversité des approches, leurs différences de maturité et le portage qui en est fait. Les démarches menées dans les établissements tendent fréquemment à relever de trois grandes catégories :

- les actions basées sur la lutte contre les risques psychosociaux (sachant que cette approche reste souvent la plus recherchée par les États, notamment au niveau européen⁷);
- les actions autour de la prévention et des conditions de travail, cette thématique pouvant par ailleurs entrer plus facilement dans les grilles de lecture et d'action

6. Préambule de l'ANI de 2013.

7. Quarante-trois comités sectoriels ont été créés au niveau européen dans des secteurs divers, dont un pour les hôpitaux et soins de santé, et un pour les administrations d'État, le Comité de dialogue social pour les administrations des gouvernements centraux. Projets abordés : projet sur les risques psychosociaux (2015-2017), digitalisation et équilibre vie privée/vie professionnelle (2018-2019).

figure 1





Prendre soin des professionnels de santé

des établissements de santé et du médico-social (du fait des prescriptions prévues par le Code du travail⁸);

- les actions en faveur de l'*empowerment* et du renforcement du management (principalement en faveur des cadres).

Si ces actions ont le mérite d'être mises en œuvre, elles ne permettent pas d'aborder la qualité de vie au travail comme une démarche standardisée intégrée aux projets d'établissement, mais plus comme une intervention à même de venir en réaction, notamment dans une situation de difficulté collective (conflit de personnes, suicide, mouvement social...).

La qualité de vie au travail : une notion en pleine évolution

Dans un contexte où la qualité de vie au travail a probablement vocation dans les prochaines années à devenir

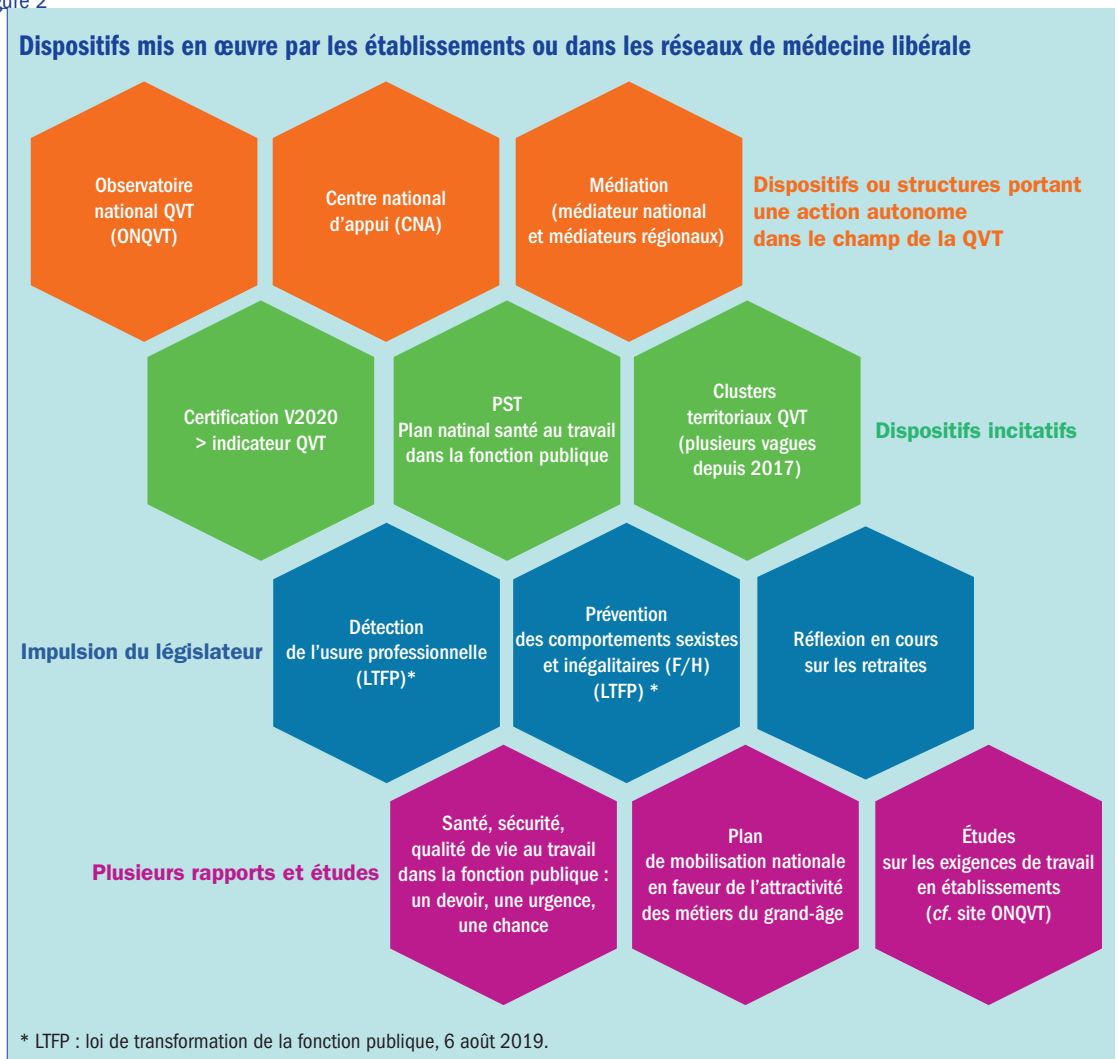
un concept mature et stabilisé après quasiment une dizaine d'années de questionnements, plusieurs évolutions possibles du concept apparaissent comme des hypothèses difficiles à exclure. Il pourrait être envisagé que le rattachement actuel de la notion de qualité de vie au travail à une sphère pleinement sociale ou sociologique soit interrogé. Arrimer le concept à des fondamentaux économiques (ou socio-économiques) aurait le mérite de donner corps à la doctrine, souvent prêtée à Jean Bodin⁹, posant le principe qu'il « *n'est de richesse que d'hommes* ». La qualité de vie au travail conçue comme un moyen d'enrichir et de préserver le capital humain implique de voir dans le salarié la principale source d'investissement pour l'employeur.

Cette démarche suppose, dans un contexte de recherche croissante de mobilité pour les salariés, et

8. Articles L. 4121-1 et 2 notamment.

9. Bodin J. *Les six livres de la République*. Paris : Jacques du Puys, 1576, 861 p.

figure 2



d'attractivité pour les employeurs, de disposer des outils normatifs qui permettent d'éviter tout investissement dénué de retour pour l'employeur, sans limiter le droit à la mobilité pour les agents¹⁰. L'ancrage économique de la qualité de vie au travail permettrait également d'assurer le lien de corrélation probable entre un niveau de qualité de vie au travail élevé et un absentéisme réduit. Valoriser le premier pour limiter le second permettrait aux établissements de disposer de marges de manœuvre accrues quant à la gestion de leur masse salariale en limitant le recours au remplacement. Cette dynamique de mise en œuvre opérationnelle de la qualité de vie au travail tend à en faire un levier concret pour les équipes et à l'intégrer dans un cercle vertueux en matière de gestion des ressources humaines, notamment lors de la mise en œuvre de nouveaux projets.

Si les spécificités du rapport au travail limitent en partie les comparaisons internationales, les données fournies par Eurofound (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail) plaident pour le renforcement des actions de clarification et d'objectivation des repères pouvant relever de la qualité

10. Repenser ou compléter les dispositifs actuels d'engagement de servir pourrait par exemple être évalué dans le cadre de cette approche, au même titre qu'une éventuelle cotation des établissements en matière de QVT, sous la forme d'un label, et ce dans une dynamique clairement assumée d'attractivité.

de vie au travail¹¹. Ce travail d'identification d'indicateurs pertinents permettrait de faciliter les comparaisons internationales, d'une région à l'autre au sein de l'Union européenne, ainsi que la consolidation des corrélations potentielles entre les moyens mobilisés et les résultats obtenus.

Dans un contexte marqué par une attention soutenue en faveur de la préservation du capital humain, il convient désormais, pour paraphraser Marc Aurèle¹², d'identifier ce qui est « utile à la ruche » et ce qui l'est tout autant à l'abeille (figure 2 page 28).

La recherche de mieux-être et de protection au travail a vocation à se faire de manière éclairée et structurée, tant pour mutualiser les pistes nées des expérimentations que pour limiter les compagnonnages parfois peu efficaces et coûteux pour les employeurs¹³. Dans ce cadre, l'expertise disponible en région, au plus proche du terrain, apparaît incontournable, notamment par le biais des partenariats régionaux et interrégionaux pouvant être actionnés en ce sens. 🍷

11. La fondation n'aborde pas spécifiquement la QVT mais « la qualité de vie » (European Quality of Life Survey [EQLS], 2016), « les conditions de travail » (European Working Conditions Survey [EWCS], 2015), « les entreprises en Europe » (European Company Survey [ECS], 2013).

12. Pensées pour moi-même.

13. Si les cabinets de conseil en matière de QVT sont nombreux dans le secteur privé, les partenariats avec des établissements publics sanitaires ou médico-sociaux semblent encore peu développés.

Qualité des soins : la HAS intègre la qualité de vie au travail dans le référentiel de certification

C'est en 2010 que le thème de la qualité de vie au travail fait son entrée dans le référentiel de certification. Son intégration est déterminée par l'affirmation du lien démontré entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Ce choix est doublement conforté. D'une part par l'expression des professionnels, qui, dans l'enquête Ipsos réalisée en amont des travaux de développement de la procédure V2010 de certification des établissements de santé, soulignait l'insuffisante prise en compte de ce thème par la HAS, d'autre part par différentes études, à l'instar des travaux menés sur la maltraitance ordinaire ou relatifs au modèle des hôpitaux magnétiques, qui montrent que les professionnels de santé s'accordent pour défendre et démontrer l'idée que la qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées.

C'est donc fort logiquement que, conjointement à cette intégration du thème de la qualité de vie au travail dans le référentiel de certification, la Haute Autorité de

santé, en collaboration avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) puis la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), s'engage dans un ambitieux projet dont l'objectif est d'étayer le lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins et de soutenir les démarches qualité de vie au travail comme levier de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur le plan opérationnel, les visées assignées à ce projet étaient d'éclairer et d'outiller le sujet de la qualité de vie au travail – souvent réduit à des actions périphériques sans aborder les questions du travail et de son organisation – mais aussi d'expérimenter concrètement les modalités d'installation et de déploiement de ces démarches, et de publier des documents opérationnels, aisément appropriables, afin d'aider les établissements à les mettre en œuvre.

L'engagement de ces travaux s'est conçu autour d'un paradoxe. Si la nécessaire articulation des démarches qualité des soins et des démarches qualité de vie au

Philippe Laly
Adjoint à la cheffe de service Certification des établissements de santé, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS



Prendre soin des professionnels de santé

travail apparaissait comme peu discutable, nous n'étions pas moins conscients que les démarches qualité viennent parfois bousculer les rapports au travail préexistants, en instaurant une exigence forte de formalisation des pratiques conduisant à donner un caractère par trop « procédural » au travail. Nous endossions le constat mis en évidence par plusieurs sociologues du travail que l'ajout mal ou non maîtrisé d'exigences qualitatives à des exigences quantitatives croissantes, auquel se confrontent les professionnels, détériore leur relation au travail réel et altère le sens même de leur engagement.

Le lancement de ces travaux reposait donc sur une complexité propre à l'objet même de la qualité de vie au travail et à la porte d'entrée choisie, la certification.

Une intégration progressive de la qualité de vie au travail dans la certification

L'introduction d'un critère dédié à la thématique dans le manuel de certification emportait la volonté d'amener les établissements à considérer ce sujet, nouveau pour la grande majorité des acteurs, comme devant s'inscrire dans leur stratégie et progressivement s'articuler aux démarches d'amélioration de la qualité des soins. Il était alors attendu des établissements qu'ils s'autoévaluent sur ce critère. Une limite a cependant été posée. Dans le cadre de la version V2014 de la certification, l'exigence de cette évaluation interne dans le compte qualité n'a pas été corrélée à la systématisation de l'évaluation de la thématique qualité de vie au travail en visite.

Un Observatoire national de la qualité de vie au travail : pour quoi faire ?

L'Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social est l'une des trois composantes de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) présentée en décembre 2016, avec la mission nationale et la médiation nationale, pour les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

Mis en place le 2 juillet 2018, l'Observatoire concerne l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social quel que soit leur statut (y compris les étudiants en santé), quelle que soit leur profession, médicale, paramédicale, sociale, technique ou administrative, et quel que soit leur mode d'exercice, en ambulatoire, en établissements relevant du secteur sanitaire ou médico-social ou du domicile.

L'Observatoire est composé d'un groupe de douze experts scientifiques (dont la liste figure sur la page web dédiée sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé). La diversité de leurs champs d'expertise (psychologie du travail, sociologie des organisations, management des ressources humaines, médecine du travail, santé mentale...) ainsi que de leurs expériences professionnelles (universitaire, praticien libéral, praticien hospitalier, chef de service, cadre de santé, consultant-formateur, chargé de mission...) et de leurs domaines d'activité (secteur sanitaire, médico-social...) est le fondement de

sa constitution. Ce groupe d'experts a la responsabilité de garantir une exigence méthodologique à l'observation des expériences remontant du terrain et à la formulation de préconisations partageables. Il permet ainsi d'adopter un point de vue supplémentaire à celui des managers de terrain, des régulateurs de la politique publique, et des professionnels, en facilitant la réflexion et la discussion de tous.

L'Observatoire est animé par un comité de pilotage composé de deux membres de la Direction générale de l'offre de soins (bureau RH3) et de deux membres de l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (Anact). La Direction générale de la cohésion sociale contribue également aux travaux en participant aux réunions du groupe d'experts.

Ses missions

Au nombre de trois, elles apparaissent à ce jour très opérationnelles :

- contribuer au développement des connaissances par le recueil de données qualitatives et quantitatives ;
- produire des connaissances, élaborer des avis et préconisations opérationnelles ;
- organiser le dialogue entre les professionnels de santé lors d'un colloque.

Le bilan à dix-huit mois

Il est utile d'insister d'emblée sur le fait que l'objectif des membres de l'Observatoire est de répondre aux besoins de

terrain en s'appuyant sur les acteurs de terrain.

Le recueil de données s'est matérialisé dès janvier 2019 par la création d'un site Internet, régulièrement mis à jour et qui se veut le plus pragmatique possible. Actuellement cent vingt documents ont été mis en ligne. Ils regroupent des documents de référence (textes législatifs, rapports, enquêtes), des liens avec les ressources institutionnelles, mais surtout des ressources pratiques (guides, outils, recommandations) et des retours d'expériences directement utilisables sur le terrain par tous ceux qui veulent s'engager dans une démarche de qualité de vie au travail. Ce site doit être un site dynamique, comme un portail de ressources documentaires qui doit bénéficier des remarques de chacun et qui nécessite d'être régulièrement implémenté par des documents d'actualité, notamment des expériences de terrain.

Concernant la production d'avis et de préconisations opérationnelles, il a fallu faire face à la problématique du champ très large couvert par l'Observatoire, puisqu'il concerne l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, quels que soient leur statut, profession ou mode d'exercice, incluant les étudiants en santé. Le choix a été fait de travailler sur des thématiques transversales qui préoccupent autant le secteur sanitaire et que le secteur médico-social. Le groupe

Philippe Colombat

Professeur en hématologie, membre de l'équipe de psychologie du travail Qualipsy (université de Tours), responsable du Master2 Management des équipes, santé et qualité de vie au travail (IAE Tours)

À cette première limite s'est ajoutée notre réserve quant à un déploiement généralisé de l'évaluation de cette thématique, au motif que nous n'avons pas acquis l'assurance méthodologique que nos experts visiteurs, encore insuffisamment outillés et formés, puissent porter un regard objectif et reproductible sur un thème dont les contours demeuraient pour beaucoup encore imprécis.

Dans le cadre de nos travaux, nous avons analysé le contenu des comptes qualité (V2014)¹ renseignés

1. Le compte qualité dans la version V2014 de la certification des établissements de santé était constitué pour chacune des thématiques du référentiel de certification, d'une identification par les professionnels des principaux risques propres à leurs activités, de leur caractérisation et des actions de maîtrise mises en place.

par les établissements sur la thématique qualité de vie au travail. De cette analyse, qui a porté sur 1870 comptes qualité, nous avons tiré quelques enseignements généraux. Le premier d'entre eux était à relier au cadre que pose le compte qualité. L'approche sous l'angle de l'identification des risques principaux a conduit assez naturellement les établissements à mettre au-devant de la scène les risques psychosociaux et souvent à en retenir la résultante, plutôt que les causes génératrices de ces problématiques (absentéisme, *turnover*, stress, souffrance et usure professionnelles, démotivation...). Cependant, lorsque l'analyse sémantique de ces données est conduite sous l'angle de ce qui fait défaut, alors apparaissent fortement les notions de défaillance de

d'experts a retenu pour l'année 2019 les thématiques suivantes, chacune en lien avec la qualité de vie au travail : les nouvelles technologies, la préservation des collectifs de travail, les restructurations, la qualité des soins et des accompagnements. Pour mettre en débat les différents regards et recueillir le vécu du terrain, un appel à candidature a été lancé auprès de l'ensemble des représentants des professionnels de terrain des différentes professions et modes d'exercice, afin de constituer les quatre groupes de travail.

Chaque groupe de travail s'est réuni à ce jour à cinq reprises dans le courant 2019. En concertation avec les experts de l'Observatoire, ces groupes ont défini leur propre méthodologie de travail (audition de personnalités qualifiées, recueils documentaires, analyse de récits...) pour aboutir à une première production écrite, qui a été discutée au cours du premier colloque de l'Observatoire, le 29 novembre 2019 à Paris (les exposés de chaque groupe de travail sont disponibles sous format vidéo sur le site Internet du ministère de la Santé). Les préconisations modifiées à l'issue du colloque sont en cours de validation par les membres experts de l'Observatoire, avec la collaboration des rapporteurs des groupes de travail, avant leur diffusion en ligne. L'idée est de poursuivre sur 2020 cette dynamique de travail en groupes pluriprofessionnels sur de nouvelles thématiques.

Les perspectives de l'Observatoire pour demain ?

Plusieurs interrogations apparaissent à résoudre concernant l'avenir.

1° Le positionnement de l'Observatoire vis-à-vis de la mission nationale au sein de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail

Plusieurs mesures avaient été annoncées lors de la rédaction des volets « Établissements » et « Ambulatoire » de la stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail. Les préconisations qui vont être issues des textes définitifs des quatre groupes de travail vont devoir être « opérationnalisées ». La question qui reste en suspens est celle du « maître d'œuvre » de cette traduction opérationnelle : qui en sera le dépositaire, l'Observatoire ou bien la mission nationale ? Une autre question est celle de la place de l'Observatoire dans les travaux en cours sur la formation des managers de la santé (médecins, cadres de santé, directeurs d'établissements) et sur la définition d'indicateurs qualité de vie au travail.

2° L'enjeu majeur de la territorialité

Cet enjeu a été compris par le gouvernement avec la mise en place de responsables qualité de vie au travail au niveau de chaque agence régionale de santé, et d'un réseau de ces référents animé par la Direction générale de la cohésion sociale. Certains observatoires régionaux

de la qualité de vie au travail, impulsés par un circulaire de 2018, se mettent en place. La réflexion en cours sur les missions des référents, la mise en place des commissions régionales stratégiques et la coordination entre Observatoire national et observatoires régionaux sont des enjeux majeurs pour s'accorder sur les orientations de la politique de promotion de la qualité de vie au travail à chaque échelon de décision et d'animation.

3° L'évolution des missions de l'Observatoire national QVT

Si au cours de ces dix-huit premiers mois, les missions de l'Observatoire ont été uniquement opérationnelles, la première mission – « *contribuer au développement des connaissances par le recueil de données qualitatives et quantitatives* » – permet d'envisager d'autres types de missions :

- une veille bibliographique pour mettre sur le site les publications d'expériences scientifiquement validées impactant la qualité de vie au travail des professionnels de santé, la qualité et la sécurité des soins ;
- un rôle de conseil scientifique, conforme aux profils des membres de l'Observatoire, avec la mise en place d'un appel d'offres pour des études d'observation du travail réel, d'impact des recommandations de l'Observatoire ou des réformes proposées.

Cette évolution nécessiterait des modifications de fonctionnement et des moyens financiers de l'Observatoire. 📌



Prendre soin des professionnels de santé

l'organisation, de déficit de communication, de manque de dialogue et de concertation, de fragilité de l'équipe.

Cette expression, plus parlante, est intéressante en ce qu'elle identifie les points clés sur lesquels une démarche qualité de vie au travail doit opérer, et en ce qu'elle affirme le lien avec la qualité et la sécurité des soins en mettant en avant les principales défaillances à l'origine de la survenue d'événements indésirables, en premier lieu la mauvaise communication au sein de l'équipe ou entre équipes et les effets d'une organisation subie.

Future certification : articulation des démarches qualité de vie au travail, qualité et sécurité des soins et travail en équipe

La future certification (V2020), qui se déploiera à partir du second trimestre 2020, opérera un virage du processus vers le résultat. Cela se traduira par une réduction forte de l'exigence procédurale. Cette dernière devant être avant tout mesurée et définie par les professionnels eux-mêmes pour ce qu'elle a d'utile à la maîtrise de leurs activités et à la garantie d'une production de soins de qualité garantissant la sécurité du patient dans le respect des bonnes pratiques. Ce qui importera et sera évalué, ce n'est pas tant la forme de l'organisation, qui est dans les mains des acteurs de terrain, mais bien les résultats pour le patient. L'approche réservée à la qualité de vie au travail dans la future certification sera pleinement inscrite dans cette orientation.

Le futur référentiel ne déliera pas l'évaluation de la démarche qualité de vie au travail de la dimension équipe, le travail en équipe constituant un des éléments centraux de la certification V2020 car il est le soutien au travail réflexif et construit la capacité collective à analyser et réélaborer le contenu de l'activité. Fondé sur la coopération, dès lors qu'il s'ouvre à la mise en discussion du travail et que les professionnels disposent d'une autonomie suffisante, le travail en équipe est propice à la résolution de problèmes et à la production collective d'innovations, parfois simples, agissant sur « le mieux travailler ensemble ». Il contribue au partage d'un sens commun de l'engagement. Générateur de solidarité et de satisfaction, il est protecteur pour les professionnels et se doit d'être doté de mécanismes de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits.

Nombre de publications reprises dans les travaux de la HAS² démontrent que le travail d'équipe efficace, celui d'une équipe qui « va bien », constitue une solide barrière contre les événements indésirables et par conséquent est un déterminant majeur de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient. Comme le montre une étude anglaise qui a filmé durant six mois en continu l'activité du service Major Trauma Center de l'hôpital londonien St Mary's Hospital [55], les infirmiers qui sont les plus satisfaits de leur travail sont ceux qui enregistrent les taux de satisfaction des patients les plus hauts et qui font le moins d'erreurs.

2. Consulter les références [32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 42].

La dimension équipe, articulée aux démarches qualité de vie au travail et qualité des soins, prend toute sa place en ce qu'elle détermine la capacité des collectifs professionnels, forts de leur expertise, à investir au plus près du terrain des espaces de réflexion et d'élaboration, centré sur le travail réel et son organisation, permettant l'identification d'objets communs devant donner lieu à des améliorations. Cette autonomie et ce pouvoir d'agir dévolus aux professionnels dans la recherche de nouvelles solutions opérationnelles améliorant le travail appellent le soutien de la direction car, au-delà de l'initiation et du portage de ces démarches, il lui reviendra de qualifier les solutions qu'auront expérimentées de façon concluante les professionnels. Ces démarches, qu'elles soient de qualité de vie au travail, de qualité des soins, de renforcement du travail en équipe, empruntent les mêmes voies et ne peuvent se concevoir sans un soutien fort du management aux équipes. Ces voies sont celles des organisations responsabilisantes, apprenantes, qui valorisent les collectifs et mobilisent leur expertise dans une visée de recherche constante et partagée d'adaptation du travail réel aux différentes contraintes de l'activité. Nous savons que le management de proximité a un rôle essentiel d'animation de ces démarches au plus près du terrain, mobilisant sa capacité à repérer les tensions et les contradictions dans l'activité, à arbitrer et élaborer des compromis d'action. Pour cela, il doit être soutenu et présent auprès des équipes.

Ces démarches ne se décrètent pas. Elles doivent être impulsées par un management et un régime de valeurs partagées qui appelle une culture managériale fondée sur une approche participative reposant sur quatre principes essentiels ressortis des travaux menés par la HAS et l'Anact, à savoir : la prise de décision au plus près du terrain (principe de subsidiarité), le droit à l'erreur dans la recherche collective de solutions innovantes, le décloisonnement des acteurs et la pluriprofessionnalité.

Conclusion

Personne aujourd'hui ne dénie la prégnance des tensions qui traversent les établissements de santé, pas plus que l'aspiration des professionnels à délivrer aux patients le meilleur niveau de qualité des soins. Ce que démontre la mise en œuvre de ces démarches, qu'elles soient de qualité de vie au travail, de qualité des soins, de soutien du travail en équipe, c'est que même dans des contextes de forte tension elles permettent de faire émerger des ressources nouvelles, puisées dans le registre des activités par la mise en discussion du travail et de son organisation. Ces ressources mobilisées par le pouvoir d'agir des professionnels sont à même d'influer efficacement, comme l'ont montré les expériences menées dans le cadre des *clusters* sociaux qualité de vie au travail, sur l'amélioration du travail réel et donc sur la qualité des soins délivrés, et par là même de concourir à la reconquête du sens du travail et de l'engagement. 🟩

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

Repenser l'organisation du travail avec les acteurs : expérimentation soutenue par la HAS dans une clinique psychiatrique

La qualité de vie au travail est une notion polysémique et ambiguë, « sans encore, de définition stabilisée, au sens de norme juridique ou scientifique, en France comme à l'étranger » [53]. Et au creux de son ambivalence, elle est l'objet d'importantes controverses. Pour certains, la qualité de vie au travail est un moyen de « parler positivement des conditions de travail, que l'on a tendance à aborder négativement » et de mobiliser « des aspects qui font davantage appel au ressenti » [6]. Pour d'autres, contre cette conception, « se contentant d'aborder l'écume sociétale (congé parental, conséquences de l'introduction des nouvelles technologies...) » [56], la qualité de vie au travail doit être conçue comme un moyen de soutenir la « centralité du travail » [52] et d'ouvrir « des promesses de transformation au travers d'espaces de discussion, qui redonnent la parole à tous, et notamment à ceux qui ne l'ont pas ou peu » [14].

La Haute Autorité de santé prend le parti d'articuler qualité de vie au travail et qualité du travail, c'est-à-dire qualité de vie au travail et qualité des soins : « La qualité de vie au travail résulte des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci. La clé de voûte de la qualité de vie au travail réside dans le pouvoir d'agir sur son travail. [...] La qualité de vie au travail est conçue comme un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins, (qui) repose sur des mécanismes renouvelés de responsabilisation, d'autonomie et de prise de décisions » [30]. La formulation du problème de la qualité de vie au travail par la HAS devient alors celle-ci : comment soutenir les capacités d'initiative et réflexives des organisations et des professionnels sans prescrire et ordonner au nom de la qualité de soins ?

La HAS choisit d'instituer un cadre dans lequel les salariés des établissements pourront chercher à déployer des expérimentations : le cluster qualité de vie au travail¹ est conçu « pour permettre une réelle dynamique d'expérimentation de la démarche qualité de vie au travail à l'échelle des environnements réels de travail » [28]. Nous ne déployerons pas, dans cet article, la question de cette instrumentation institutionnelle mais l'exemple d'une de ces expérimentations.

Une expérimentation menée dans une clinique psychiatrique

Cette clinique privée de psychiatrie générale, de plus d'une centaine de salariés, accueille chaque année, sur deux sites, pour des courts séjours, plus d'un millier de patients. Son directeur place la démarche qualité de vie au travail dans un cadre défini : la production d'un cahier des charges précisant ce dont les salariés ont besoin pour leur travail afin de préparer le déménagement des services vers un nouveau site : « Pour la démarche qualité de vie au travail, je leur ai demandé de construire un cahier des charges avec des propositions pour la future organisation du nouveau site. » La démarche qualité de vie au travail est conçue comme le moyen de mobiliser la participation des personnels dans l'organisation du nouveau site.

À la demande de l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), partenaire du cluster, et de la HAS, un trinôme est constitué d'un médecin, du directeur adjoint et d'un représentant du personnel siégeant au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), auquel se joignent un responsable qualité et un coordinateur des soins infirmiers (Idec) pour former le comité de pilotage.

Dans un premier temps, ce Copil ne trouve pas les moyens de répondre à la demande qui lui a été formulée. À ce point, difficile, de la démarche, l'Idec joue un rôle essentiel en permettant l'articulation de la demande faite au Copil avec le problème d'organisation du travail dans un service : « Au début, dans le Copil, le sujet était très ouvert. Trop [...]. Et là, je passe (au service X) tôt le matin. Et j'ai vu travailler mes collègues. À 6 heures du matin. J'ai compris tout de suite qu'il y avait des choses très compliquées [...]. Donc quand je suis allé à la réunion du Copil, j'avais tout ça en tête. Donc on a pris ce créneau comme axe de travail. Et on a commencé à définir la méthodologie. » La connaissance de l'activité, mobilisée par cet infirmier coordinateur, permet de circonscrire la question de la formulation d'un cahier des charges pour un déménagement au problème de l'organisation du 6 heures/9 heures d'un service. Ce problème reformulé, le Copil concevra, successivement, trois dispositifs méthodologiques : la constitution d'un groupe de travail, l'observation de l'activité et l'expérimentation *in situ*.

Le groupe de travail est formé d'une part de l'infirmier coordinateur et de la responsable qualité, et d'autre part, suite à un appel à candidature, de quatre infirmiers. L'objet du groupe de travail, formulé par le Copil, est le

Christophe Massot

Expert en santé travail, docteur en sciences de gestion
Cathel Kornig
 Sociologue du travail, docteure en sociologie

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

1. Pour en savoir plus sur les clusters QVT mis en place par l'Anact et le réseau d'Aract, la HAS et la DGOS, cf. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2972806/fr/evaluation-des-clusters-sociaux-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux



Prendre soin des professionnels de santé

suivi de la séquence du 6 heures/9 heures afin d'élaborer des propositions pour « améliorer l'organisation de travail de la fin de nuit jusqu'à 9 heures ».

Lors une première réunion, ce groupe éprouve des difficultés à expliciter directement les problèmes du service. Ce groupe imagine alors une solution : désigner le responsable qualité pour procéder à « un relevé d'activité » de 6 heures à 9 heures dans le service. *« On s'est dit qu'il fallait faire un état des lieux des pratiques pour pouvoir comprendre ce qu'il se passait et identifier les dysfonctionnements [...]. Je ne l'avais jamais fait de venir à 6 heures voir le travail des infirmiers. J'avais un regard naïf. Et j'ai pu observer les choses que les soignants ne voient pas. Ou plus ! J'ai fait un relevé d'activité dans lequel je notais tout : les déplacements, les mots qui étaient dits, les interruptions, le matériel utilisé, minute par minute... Et, en groupe de travail, j'ai lu ce que j'avais observé. »*

Lors des deux séances suivantes, ce relevé est l'objet de vives discussions, les infirmiers ayant des points de vue différents sur ce qui est fait, ce qui devrait être fait et ce qui n'est pas fait, les non-infirmiers cherchant à comprendre les raisons de ces écarts. La restitution de ce relevé, en groupe de travail, a permis l'expression des différents points de vue sur ce qui peut poser problème, cette expression suscitant discussion, différends et désaccords. Cependant l'objet de ce groupe de travail ne consistait pas seulement à analyser l'activité mais à élaborer des propositions d'organisation en vue du déménagement. Il était contraint de parvenir à produire un discours commun sur ce qui pourrait être proposé au Copil. *« On avait cet objectif : travailler dans la future organisation. Il y avait l'enjeu de formuler des propositions ! Pas seulement de discuter »,* rappelle l'infirmière coordinatrice. Ce groupe de travail n'a pas alors cherché à clore ses différends pour produire un consensus mais à les mettre à l'épreuve pour les instruire.

Parmi les nombreux problèmes mis au travail, prenons l'exemple de la file d'attente, avant l'administration des médicaments. À partir de 8h15, les patients attendent dans un couloir du service pour accéder à la salle de soins et recevoir leurs médicaments. Cette attente pose plusieurs types de problèmes. Certains patients, angoissés par cette prise de médicament, peuvent attendre très tôt, dès 7 heures, afin de pouvoir accéder, avant les autres, à la salle de soins. D'autres patients, âgés, fatigués ou en souffrance psychique, éprouvent d'importantes difficultés à attendre. D'autres patients encore se refusent à cette attente, les infirmiers devant alors ensuite les chercher. De plus, cette attente peut provoquer une angoisse qui peut se transmettre et gêner la relation clinique avec l'infirmier. L'analyse commune est que l'administration des médicaments, dans une seule salle de soins, entre 8h15 et 9 heures, pose

des problèmes d'attente et dégrade la qualité de la prise en charge des résidents.

Mais si les infirmiers, membres du groupe de travail, s'accordent sur l'importance de ce problème, ils s'opposent sur les modalités possibles de sa résolution. Certains estiment que, pour réduire le temps d'attente des patients, les médicaments doivent être administrés, en même temps, dans deux salles, par les deux infirmiers en service. Pour d'autres, l'administration doit être faite dans les chambres pour respecter la fragilité de certains patients et supprimer toute attente dans le couloir. Mais chacune de ces propositions pose certains problèmes. Face à ce dilemme, le groupe de travail décide de prendre au sens littéral l'expression « d'expérimentation ». Chacune de ces deux solutions sera expérimentée, pendant une semaine, pour être éprouvée et évaluée, la solution de l'administration dans deux salles trouvant la préférence du personnel et des patients.

L'évaluation de cette expérimentation a ensuite été présentée, par le groupe de travail, au personnel et au Copil, puis transmise au directeur. Ce dernier a alors demandé la modification des plans du futur site pour rendre possible la mobilisation de deux salles pour l'administration des médicaments.

Conclusion

Deux éléments nous paraissent révélés par cette expérimentation. D'abord, les salariés de ces établissements sont parvenus à reformuler, aux différents niveaux de l'organisation, le problème initial du déménagement, qui a successivement été traduit comme un problème d'organisation d'un service, le 6 heures/9 heures, de travail, d'administration des médicaments, d'attente des patients, de solutions contradictoires et, enfin, d'expérimentation. Cette traduction a été le moyen du transfert du pouvoir d'initiative du directeur vers les personnels de soin, et des personnels de soin vers le directeur.

Ensuite, les acteurs de cet établissement ne se sont pas refusés à l'expression de leurs désaccords. Au contraire, ils ont cherché à les instruire comme moyen d'explorer leur activité et d'expérimenter de nouvelles manières de faire. Les possibilités de désaccords et la formulation d'oppositions ne sont pas des empêchements de la discussion. Elles sont au contraire le moyen de son développement, en permettant aux différents points de vue d'être entendus et mis en relations. Et, plus encore, comme l'ont éprouvé ces professionnels, le désaccord n'est pas un obstacle à l'invention collective d'autres manières de faire. Il en est, au contraire, une étape nécessaire, « la régénération du conflit (pouvant être) le moteur de la transformation de l'organisation du travail » [13]. ■