les adsp 110

adsp

mars 2020

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Prendre soin des professionnels de santé

Programme médiateurs de santé-pairs

La documentation Française

revue du Haut Conseil de la santé publique

Haut Conseil de la santé publique

Président
Franck **Chauvin**

Vice-présidente
Zeina **Mansour**

Collège

Personnalités qualifiées
Franck **Chauvin** – Thierry **Lang** – Zeina **Mansour** – Élisabeth **Monnet** – François **Vialla**

Présidents de commission spécialisée
Christian **Chidiac** – Liana **Euller-Ziegler** – Philippe **Michel** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit
Directeur de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie – Directeur de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques – Directeur de la Sécurité sociale – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'offre de soins – Directeur général de la cohésion sociale – Directeur général de la Santé – Président de l'Autorité de sûreté nucléaire – Président du collège de la Haute Autorité de santé – Président du Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur – Président-directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale – Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales – Un directeur général d'agence régionale de santé nommé par le ministre

Commission spécialisée
Maladies infectieuses et maladies émergentes

Président
Christian **Chidiac**

Vice-présidente
Céline **Cazorla**

Personnalités qualifiées
Thierry **Blanchon** – Johann **Cailhol** – Daniel **Camus** – Bernard **Cazelles** – Céline **Cazorla** – Christian **Chidiac** – Emmanuel **Debost** – Christian **Devaux** – Florence **Fouque** – Jean-François **Gehanno** – Bruno **Hoen** – Sophie **Matheron** – Philippe **Minodier** – Élisabeth **Nicand** – Henri **Partouche** – Bruno **Pozzetto** – Christophe **Rapp** – Nicole **Vernazza**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – Directeur général de l'Établissement français du sang – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée
Maladies chroniques

Présidente
Liana **Euller-Ziegler**

Vice-présidente
Virginie **Halley des Fontaines**

Personnalités qualifiées
François **Alla** – Agathe Billette de **Villemeur** – Alain **Braillon** – Linda **Cambon** – Sébastien **Colson** – Laure **Com-Ruelle** – Joël **Coste** – François **Eisinger** – Liana **Euller-Ziegler** – Karine **Gallopel-Morvan** – Pascale **Grosclaude** – Virginie **Halley des Fontaines** – Christine **Huttin** – Marcel **Jaeger** – Isabelle **Millot-Van Vlierberghe** – Nora **Moumjid** – Anne-Marie **Schott** – Joyce **Sibony-Prat**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Institut national du cancer – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Commission spécialisée
Risques liés à l'environnement

Président
Denis **Zmirou-Navier**

Vice-présidente
Francelyne **Marano**

Personnalités qualifiées
Daniel **Bley** – Jean-Marc **Brignon** – Didier **Febvrel** – Luc **Ferrari** – Nathalie **Garrec** – **Jean**-Noël **Jouzel** – Dominique **Lafon** – Yves **Lévi** – Laurent **Madec** – Francelyne **Marano** – Laurent **Martinon** – Anne **Perrin** – Jean-Louis **Roubaty** – Marie-Josèphe **Saurel-Cubizolles** – Michel **Setbon** – Jean **Simos** – Fabien **Squinazi** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Directeur général de l'Institut national du cancer

Commission spécialisée
Système de santé et sécurité des patients

Président
Philippe **Michel**

Vice-président
Didier **Lepelletier**

Personnalités qualifiées
Yannick **Aujard** – Dominique **Bonnet-Zamponi** – Éric **Breton** – Frédérique **Claudot** – Rémy **Collomp** – Pierre **Czernichow** – Anne Paule **Duarte** – Claude **Ecoffey** – Véronique **Gilleron** – Agnès **Gindt-Ducros** – **Jean**-Marie **Januel** – Olivier **Lacoste** – Didier **Lepelletier** – Philippe **Michel** – Christian **Rabaud** – Claire **Rondet** – Matthieu **Sibé** – Nathalie **van der Mee-Marquet**

Membres de droit
Directeur général de l'Agence de la biomédecine – Directeur général de l'Agence nationale de santé publique – Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – Directeur général de l'Établissement français du sang – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Président du collège de la Haute Autorité de santé

Ministère des Solidarités
et de la Santé

coordonnées
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Site : http://www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

bureaux
10 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75015 Paris
1er étage, accueil pièce 1061
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
mars 2020 numéro 110

Directeur de la publication
Franck Chauvin, président du HCSP

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Catherine Bernard, Catherine Borsi-Serhan, Laure Com-Ruelle, Pierre Czernichow, Sandrine Danet, Emmanuel Debost, Anne-Paule Duarte, Isabelle Erny, Bernard Faliu, Dominique Felten, Luc Ferrari, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Dominique Grimaud, Virginie Halley des Fontaines, Corinne Le Goaster, Francelyne Marano, Isabelle Millot-Van Vlierberghe, Élisabeth Nicand, Renée Pomarède, Sylvie Rey, Frédéric Seval, Patrick Zylberman

Relecture
Anne Beaumond

Coordonnées de la rédaction
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 57
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : http://www.hcsp.fr

Demandes d'abonnement
Direction de l'information légale et administrative
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Ont participé à ce numéro
Alice Casagrande, Philippe Colombat, Joël Coste, Paula Cristofalo, Marie-France d'Acremont, Anne-Paule Duarte, Alexandre Fournier, Éric Galam, Nathalie Gréard, Héloïse Haliday, Wendy Hude, Cathel Kornig, Philippe Laly, Céline Laville, Corinne Le Goaster, Pascale Levet, Christophe Massot, Isabelle Millot, Anne Muller, Jacques Pisarik, Anne-Marie Pronost, Matthieu Sibé, Anne Sizaret, Bérénice Staedel, Catherine Verdun-Esquer

Sauf mention contraire, les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 18,30 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 53,00 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© Haut Conseil de la santé publique, Paris, 2020.
© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2020.
Photographie : © gpointstudio.
Dépôt légal juin 2020. ISSN 1771-7450.
Imprimerie : Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative, 75015 Paris.

Privilège abonnés

Accédez à cet *adsp* en pdf et epub sur
abonnement.ladocumentationfrancaise.fr/connexion.html
et en pdf sur www.hcsp.fr.

éditorial

2 **Prendre soin des soignants. Quelles modalités d'accompagnement pour favoriser la qualité de vie au travail ?**
Anne-Paule Duarte, Matthieu Sibé

HCSP DIRECT

4 **Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France : une autosaisine du HCSP**
Isabelle Millot, Joël Coste, Marie-France d'Acremont, Anne Sizaret

5 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

8 **Programme médiateurs de santé-pairs**
Quand d'anciens usagers de la psychiatrie deviennent membres d'équipes soignantes grâce à un programme de formation valorisant l'expérience.
Bérénice Staedel, Wendy Hude

repères

62 **lectures**

63 **International**

prochain numéro

La santé des migrants

Prendre soin des professionnels de santé

dossier coordonné par **Anne-Paule Duarte** et **Matthieu Sibé**

12 Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail
25 Accompagnement des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail
35 Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ?
50 Tribunes
59 Bibliographie générale

Prendre soin des soignants

Anne-Paule Duarte
Matthieu Sibé
Membres de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients

« *Prendre soin de ceux qui nous soignent !* » : une incantation à la mode dans un cercle d'illuminés ou bien un impératif de nécessité pour la santé publique ? Depuis 1996, tel est le slogan adopté par la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Intégrée à la réforme Ma Santé 2022 dans sa volonté de transformation de notre système de santé, la qualité de vie au travail des professionnels figure comme l'un des déterminants de la qualité des soins et des accompagnements. C'est un signal politique important en direction des acteurs. Mais pourtant, au cours des quatre dernières années, l'actualité a démontré à maintes reprises combien les professionnels de santé souffrent toujours et réclament des mesures concrètes d'amélioration de leurs conditions de travail.

La période d'urgence sanitaire de pandémie virale place cette question sur le devant de la scène nationale avec une acuité particulière en exigeant un effort supplémentaire de la part de professionnels déjà à bout de souffle, et en renvoyant à la responsabilité de chacun de prendre soin de nos soignants. Dès lors, il est plus que légitime de s'interroger. Derrière cette affirmation, nous croyons que se dessine un impératif bien plus solide qu'un slogan d'actualité, mais souvent oublié par nos organisations de santé, celui d'une « loi naturelle » de leur performance. La qualité de vie au travail est un principe fondamental de l'organisation du travail, celui de se fonder sur « une symétrie des attentions » entre collaborateurs et clients : prendre soin des soignants et de leurs « richesses humaines », c'est à coup sûr bien traiter les patients et fournir des prestations de soins efficaces, de qualité et efficientes pour notre système de santé.

En proposant de traiter cette question dans un dossier d'*Adsp*, l'objectif est à la fois d'illustrer les modalités d'accompagnements des démarches de qualité de vie au travail et d'ouvrir la réflexion et la discussion sur son rôle de levier de la performance des organisations de santé.

Le premier chapitre fait le point sur le contexte d'émergence de la notion et ses enjeux. Pascale Levet définit la qualité de vie au travail entre bien-être professionnel et performance, et interroge les leviers et les modèles organisationnels fondés sur la confiance, la capacité à débattre des conditions d'exercice du travail. Héloïse Haliday met en évidence les principaux résultats des recherches sur la qualité de vie au travail. Jacques Pisarik livre les résultats de l'enquête Conditions de travail (Drees, 2016), qui montrent les contraintes actuelles de l'intensité du travail et les exigences émotionnelles associées, tout en relevant des ressources porteuses d'avenir comme le sentiment d'un travail utile ou d'une reconnaissance des usagers. Alice Casagrande met en jeu le déploiement managérial d'une « éthique de l'attention » pour préserver le collectif de travail, en invitant au respect des signaux faibles dans la vie quotidienne de l'équipe. Le deuxième chapitre ouvre la réflexion sur les dispositions institutionnelles. Alexandre Fournier, de la DGOS (Direction générale de l'offre de soins), présente la stratégie nationale Qualité de vie au travail. Philippe Colombat, président de l'Observatoire national pour la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social, présente son fonctionnement. Philippe Laly aborde la

Quelles modalités d'accompagnement pour favoriser la qualité de vie au travail ?

qualité de vie au travail par le prisme de la certification de la qualité et de la sécurité des soins par la HAS. Une illustration de la collaboration HAS-Anact (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) est proposée par Cathel Kornig et Christophe Massot, qui ont conduit l'évaluation des dernières vagues de « *clusters* QVT ». Leur article montre l'intérêt d'ouvrir des espaces de discussions sur le travail pour traiter des désaccords, et négocier collectivement un droit à l'expérimentation.
Le troisième chapitre rassemble des modèles de management des ressources humaines et des pratiques inspirantes pour le contexte français. Matthieu Sibé, chercheur en gestion des ressources humaines, présente l'expérience nord-américaine des Magnet Hospitals, réputés offrir aux soignants des conditions d'exercice alliant qualité de vie au travail et qualité des soins. Il invite à en tirer des leçons pour sortir de la crise des ressources humaines et opérer un virage « qualitatif » orienté vers un management « aimant » des équipes. Anne-Marie Pronost, directrice adjointe de la clinique Pasteur à Toulouse, illustre la traduction opérationnelle de l'hôpital magnétique et décrit la démarche Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins (Ariq) qui s'en inspire, pour mobiliser les infirmières dans son établissement. Philippe Colombat présente un modèle participatif qui associe une palette d'outils couvrant les espaces d'échanges pluriprofessionnels, les formations, les groupes de travail et le management de projet. Nathalie Gréard et Catherine Verdun-Esquer, respectivement psychologue et médecin du travail au CHU de Bordeaux, développent leur expérience de construction d'un service pluridisciplinaire de santé au travail afin de prévenir les situations organisationnelles à risque de dégradation des états de santé individuels et collectifs. Enfin Éric Galam, professeur de médecine générale, propose des pistes d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels libéraux en questionnant les modalités de son accompagnement dans un contexte d'exercice isolé.
Des tribunes concluent ce dossier. Au travers d'une enquête qualitative à l'hôpital, sous la forme d'un recueil de récits, Anne-Paule Duarte montre les constats qui émergent du terrain, donnant la parole aux professionnels sur leur qualité de vie au travail. Selon Anne Muller, la démarche participative ouvre au paradigme du codéveloppement, de la coconception et de la coévaluation de dispositifs qui renforcent le sentiment de compétence, d'appartenance et de reconnaissance. Paula Cristofalo expose l'approche pédagogique de l'EHESP (École des hautes études en santé publique) en interfiliarité pour former des managers à la QVT. Enfin, Céline Laville, présidente de la Coordination nationale infirmière (CNI), insiste sur l'importance de la qualité de vie au travail, qui peut redonner sens au travail infirmier.
Fervents partisans, dubitatifs certains ou simples curieux de la portée des démarches d'amélioration de la QVT, nous vous souhaitons une lecture enrichissante de ce dossier. Souhaitons qu'il soit utile au débat collectif pour un meilleur mieux-être au travail, une plus grande attractivité et fidélisation des professionnels, au service de la qualité de la prise en charge des patients et de la performance des organisations de santé. ▮

Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France

Une autosaisine du HCSP

Isabelle Millot
Joël Coste
HCSP, commission spécialisée Maladies chroniques
Marie-France d'Acremont
Secrétariat général du HCSP
Anne Sizaret
Documentaliste, Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Bourgogne Franche-Comté

Au cours des dernières décennies, la mesure de la santé perçue ou de la qualité de vie a été progressivement reconnue être d'une grande pertinence pour l'évaluation des maladies chroniques, mais également pour celle de la santé en population. La mise à disposition des chercheurs d'instruments fiables et valides (SF-36, WHOQOL-BREF, PROMIS 29, instruments de l'EORTC pour les cancers, etc.) a permis à ces derniers de préciser le retentissement multidimensionnel de nombreuses maladies chroniques et de souligner l'importance de prises en charge adaptées, biomédicales mais aussi psychologiques et sociales, de celles-ci[1]. Des programmes pilotes ont aussi confirmé l'intérêt de la prise en compte de la qualité de vie pour aider la prise de décision individuelle chez des patients atteints, entre autres, de cancer, de sclérose en plaques ou encore de diabète. Par ailleurs, une évaluation régulière ou « surveillance » de la qualité de vie en population a été mise en œuvre dans plusieurs pays, dont les États-Unis.

En France, des mesures encore peu utilisées en dehors de la recherche

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011[2], lancé en avril 2007, comportait quatre axes stratégiques et quinze mesures, dont les deux dernières concernaient spécifiquement la qualité de vie : « Analyser et consolider les données épidémiologiques » et « Développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie ». Son évaluation, réalisée par le HCSP en 2013, concluait que la qualité de vie était un enjeu important mais que les applications opérationnelles du concept restaient insuffisantes et qu'il était nécessaire « *de capitaliser sur les recherches sur la qualité de vie pour une application opérationnelle du concept en routine*[3] ».

Contrastant avec une recherche conceptuelle et méthodologique active et compétitive au niveau international, les utilisations pratiques des mesures de qualité de vie restent en effet rares en France, que ce soit au niveau individuel, pour aider la prise en charge des malades, ou au niveau populationnel, pour la définition et l'évaluation des actions et des plans de santé publique, tant nationaux que territoriaux.

Malgré les données probantes de la science, l'usage des mesures de la qualité de vie reste en effet encore peu répandu en pratique quotidienne dans le système de soins français. Les mesures de qualité de vie peinent à trouver la place qu'elles devraient avoir, aux côtés des indicateurs cliniques ou biologiques traditionnels, pour aider la prise de décision individuelle chez les malades atteints de maladie chronique.

Il en est de même en santé publique, pour l'approche populationnelle de la santé et le pilotage du système de santé. Alors que des études ont mis en évidence des évolutions temporelles et des disparités spatiales de la qualité de vie mesurée au niveau populationnel, le système de santé français n'a pas tiré les enseignements de ces

1. Coste J., Leplège A. *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris : Estem, 2002 : 333 p.
2. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011*. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités, 2007 : 52 p.
3. *Évaluation du plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011*. Paris : HCSP, 2013 : 133 p. (Évaluation). https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20130328_evalplan-qualviemalchronique.pdf

Organisation et méthode

Cette autosaisine s'appuie sur :
- un groupe de travail piloté par Isabelle Millot et Joël Coste, de la commission Maladies chroniques, et intégrant des membres d'autres commissions du HCSP (Système de santé et Sécurité des patients, et Risques liés à l'environnement), des personnalités extérieures compétentes dans le domaine et une représentante de France Assos santé ;
- une revue de la littérature avec un bref cadrage des concepts, et une description des initiatives en France et à l'étranger aux trois niveaux décrits ;
- une trentaine d'auditions de chercheurs de différentes disciplines (épidémiologie, sociologie, psychologie, économie…), de professionnels impliqués dans les soins ayant une expérience pertinente pour les questions traitées, de représentants des patients et des usagers, d'acteurs de secteurs engagés dans des dynamiques connexes (environnement, travail, éducation), et de représentants des instances de surveillance et de décision en matière de santé publique, tant à l'échelon national (DGS, DGOS, Drees, Santé publique France, HAS, INCa, Agence de biomédecine) que régional ou local (collectivités territoriales).

Lancé en décembre 2018, le groupe de travail se situe à mi-parcours. L'analyse de la littérature est terminée. La recherche documentaire a confirmé le faible nombre de publications disponibles sur des usages en routine de mesures de la qualité de vie ou du bien-être. Au total, quarante-deux initiatives (dont sept en France) sont documentées et analysées. Les deux tiers des auditions ont été réalisées. Elles sont riches d'enseignements et de perspectives. La rédaction d'un rapport et d'une synthèse incluant des recommandations est prévue pour la fin 2020.

disparités et intégré des mesures de santé perçue parmi les indicateurs de surveillance de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de soins.

La faible utilisation en pratique des mesures de qualité de vie en France apparaît d'autant plus regrettable que se développe, particulièrement chez les acteurs territoriaux de la santé, une réflexion sur les indicateurs positifs de santé et de « bien-être » permettant de compléter le produit intérieur brut pour évaluer la richesse et la « santé économique » d'une population. Une des préconisations du rapport de la commission Stiglitz sur « la mesure de la performance économique et du progrès social » (2009)[4] concernait précisément l'inclusion de mesures de qualité de vie et de bien-être dans les tableaux de bord économiques. Des indicateurs positifs apparaissent aujourd'hui nécessaires dans une approche globale et positive de la santé, pour l'élaboration des politiques de santé nationales ou territoriales (contrats locaux de santé) visant à limiter les inégalités territoriales de santé, particulièrement importantes en France. Aujourd'hui, le bien-être territorial, qui renvoie à l'attractivité des territoires, ne doit pas être résumé dans le champ de la santé à la démographie des professions de santé, mais pensé en lien avec les enjeux politiques généraux (santé, développement durable, économie…). Les approches positives sont d'ailleurs en plein essor dans plusieurs secteurs autres que la santé, comme l'éducation, où le bien-être et le climat scolaire sont devenus un enjeu majeur de politique publique, et le travail, où l'approche par les risques psychosociaux fait progressivement place à une réflexion sur la qualité de vie au travail.

Les objectifs de l'autosaisine

L'autosaisine du HCSP a pour objectif de dresser un état des lieux de l'utilisation des mesures de santé perçue, de qualité de vie et de bien-être en France (aux échelons du pilotage, des pratiques professionnelles et de l'évaluation), de comparer cette utilisation avec celle adoptée dans les principaux systèmes de santé étrangers, et de proposer des recommandations opérationnelles concernant leur bon usage en pratique de soins et de santé publique à l'échelon national et territorial.

Le point est fait sur les différentes questions que posent ces mesures aux trois niveaux d'utilisation, individuel, populationnel national et territorial. Par exemple, qu'évaluent précisément les différents instruments de santé perçue, de qualité de vie et de bien-être, au niveau individuel et collectif ? Quels déterminants individuels ou environnementaux de la santé permettent-ils d'approcher ? Quel est leur apport pour l'évaluation du système de santé (des processus et des résultats) ? Quelle est la place des outils spécifiques de pathologie ou de population particulière et celle des outils génériques ? Quelles relations ont ces mesures avec les autres indicateurs de mortalité ou de morbidité, comment s'assure-t-on de leur invariance dans le temps et dans l'espace ? Quelles sont les convergences avec les approches développées dans d'autres disciplines (psychologie notamment) ? Quelles sont les limites des instruments, quels sont les problèmes méthodologiques et éthiques de leur utilisation, y a-t-il une opportunité à croiser des approches quantitatives et qualitatives, etc. ? ■

4. Stiglitz J.-E., Sen A., Fitoussi J.-P. *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*. Paris : Présidence de la République, ministère de l'Economie, de l'Industrie et de l'Emploi, 2009 : 324 p. En ligne : https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000427.pdf

Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports du HCSP publiés du 7 novembre 2019 au 31 mars 2020

7 NOVEMBRE 2019

Bilan de santé des enfants étrangers isolés

Un rendez-vous santé initial est recommandé pour la population vulnérable des enfants étrangers isolés. Ce rendez-vous santé n'a pas pour objet de déterminer l'âge de l'enfant. Il est à dissocier de la procédure d'évaluation sociale. Le HCSP rappelle que ces enfants ont les mêmes droits à la santé et aux soins que tout autre enfant sur le territoire (priorité de l'intérêt de l'enfant, soins complets et gratuits, protection socio-éducative). Ce rendez-vous santé, si possible organisé en deux étapes, peut être assuré par un personnel infirmier par délégation de compétence d'un médecin référent, avec l'aide d'un interprète professionnel si besoin et l'articulation avec un réseau de soins spécialisé incluant des soins psychiques, lorsque nécessaire. Il s'agit du premier temps de la mise en place d'un parcours de soins et de l'ouverture de droits à l'assurance maladie. L'enfant étranger isolé doit donner son consentement pour chaque soin, notamment pour les procédures de dépistage et de rattrapage vaccinal. L'enfant, accompagné par un adulte en qui il a confiance, est adressé aux différentes structures de soins préalablement identifiées. Le HCSP décline ses recommandations en termes de prise en charge des soins, continuité du parcours de soins adapté aux pathologies somatiques et/ou psychiques identifiées, organisation au sein et entre les départements, et propose une trame de guide d'entretien et de prise en charge initiale pour ce rendez-vous santé, ainsi qu'un livret de santé.

11 DÉCEMBRE 2019

Actualisation des recommandations relatives aux BHRe

Dans un contexte d'évolution de l'épidémiologie et des connaissances sur les BHRe (bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes), le HCSP actualise ses recommandations au travers de douze fiches techniques.

Ont été prises en compte les données de la littérature, les recommandations internationales, la situation épidémiologique française, les données des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et des établissements de santé, les aspects éthiques.

Les évolutions portent notamment sur les points suivants :

- élargissement des conditions de dépistage de patients à risque à l'admission ;
- indication des techniques de PCR (réaction de polymérisation

en chaîne) pour le dépistage des patients contacts selon les situations ;
- modalités de surveillance d'un patient porteur de BHRe ;
- modalités de surveillance d'un patient contact suivant trois niveaux de risque de devenir porteur, en ciblant le dépistage des contacts à risque élevé ;
- conditions de mise en place d'une unité de regroupement de patients porteurs de BHRe avec du personnel paramédical dédié en conditions épidémiques ou non ;
- analyse de risque de transmission croisée ;
- conditions de transport des patients porteurs de BHRe et de leurs contacts ;
- bon usage des antibiotiques chez les patients porteurs de BHRe et leurs contacts ;
- règles éthiques de mise en œuvre des recommandations ;
- cahier des charges pour une informatisation de la détection et de l'alerte vers l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) des patients à risque.

12 DÉCEMBRE 2019

Effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans

Les écrans font aujourd'hui partie du quotidien. La littérature apporte des éléments contradictoires sur l'effet des écrans sur le développement cognitif de l'enfant, ses apprentissages, et sur les troubles de la santé mentale. Les effets sur le sommeil sont établis et sont plus importants si le temps d'utilisation augmente. Les comportements associés aux écrans sont responsables de l'augmentation du surpoids : prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et de qualité altérée. Les chercheurs font état d'un risque significatif lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des contenus sexuels, pornographiques ou violents. Les écrans peuvent avoir des effets positifs dans certaines situations. Il existe des différences de comportements vis-à-vis des écrans en fonction des catégories sociales.

Le HCSP a publié les recommandations suivantes.
- Avant l'âge de 3 ans, les écrans sont à proscrire si les conditions d'une interaction parentale ne sont pas réunies. Interdire les écrans 3D pour les enfants âgés de moins 5 ans.
- Ne pas disposer d'écran dans la chambre des enfants et ne pas les laisser regarder la télévision une heure avant l'endormissement.
- Accompagner la consommation d'écran en fonction des écrans, des catégories d'âge et des contenus.
- Trouver un équilibre entre autorisation et interdiction, et limiter le temps d'utilisation pour consacrer du temps aux autres activités.
- Être capable de repérer les signes d'alerte d'une utilisation excessive des écrans et demander aide et conseil.

Le soutien à la « parentalité » et la formation des adultes doivent intégrer la problématique des écrans. Les nombreuses incertitudes scientifiques soulignent le besoin de développer la recherche.

16 JANVIER 2020

Mesures de prévention à appliquer aux produits issus du corps humain dans les TFA, dans une situation d'intensification de la circulation du virus de la dengue

Une reprise de la circulation du virus de la dengue (DENV) a été observée dans les territoires français d'Amérique (TFA) au cours de la deuxième moitié de l'année 2019, dans un contexte de dengue endémique depuis les années 2000 au sein de ces territoires. Ce phénomène s'est amplifié en décembre 2019 avec une nette augmentation de la circulation virale. La Guadeloupe est en situation épidémique, les autres territoires étant en situation de transmission active du virus.

Après étude de la situation épidémiologique, du constat de la grande rareté des cas de dengue post-transfusionnelle rapportés dans la littérature et de l'absence de gravité particulière de ces cas, le HCSP ne recommande pas de mesures autres que celles figurant dans son avis du 14 juin 2019 relatif aux mesures de prévention pour la sécurité infectieuse transfusionnelle et de la greffe résultant de la circulation des virus de la dengue et du chikungunya.

Toutefois le HCSP recommande une surveillance épidémiologique renforcée et pourrait réévaluer son avis en cas de modification épidémiologique importante ou d'augmentation du nombre de cas hospitalisés. En outre le HCSP considère qu'une évaluation du rapport coût/bénéfice du diagnostic génomique viral de la dengue (DGV) est souhaitable dans l'hypothèse où la situation nécessiterait la mise en place du DGV.

24 FÉVRIER 2020

Le Domiscore, caractérisation d'un habitat selon son impact sur la santé

L'habitat définit le milieu de vie d'un individu, comprenant le logement en lui-même ainsi que son environnement proche. Il constitue un déterminant de santé majeur qui connait d'importantes inégalités sociales. Un habitat dégradé ou au contraire favorable à la santé impactera différemment la santé physique, mentale et sociale de ses occupants. Dans le cadre de la loi ELAN de novembre 2018, le ministère des Solidarités et de la Santé a demandé au HCSP de réfléchir à l'élaboration d'un outil afin de caractériser un habitat vis-à-vis des impacts positifs et négatifs qu'il peut porter sur la santé et le bien-être de ses habitants.

Ainsi, le HCSP a produit l'outil Domiscore, permettant à la fois de caractériser un habitat selon différents facteurs connus pour impacter la santé de ses occupants, et d'obtenir un score global renseignant sur l'impact général de l'habitat sur la santé.

Se voulant complémentaire aux outils existants, le Domiscore a été conçu dans une démarche de promotion de la santé et de repérage, constituant un outil de dialogue dans une logique d'amélioration continue de l'habitat. Il peut être renseigné par des évaluateurs aux profils variés : professionnels de l'immobilier, travailleurs sociaux, services de l'État ou associations de lutte contre l'habitat indigne par exemple.

Ce rapport présente l'outil Domiscore et ses possibles utilisations, et expose la méthode d'élaboration de l'outil conduite par le HCSP.

Ces avis et rapports sont consultables sur **www.hcsp.fr**

Le HCSP et l'expertise relative à la gestion du coronavirus SARS-CoV-2

Le HCSP a été mobilisé pour apporter son expertise dans le cadre de la gestion de l'épidémie de coronavirus SARS-CoV-2 et a réactivé son groupe de travail pluridisciplinaire Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes, présidé par Christian Chidiac avec l'appui de Didier Lepelletier et Céline Cazorla. À la demande du directeur général de la santé, le HCSP émet des recommandations sur les mesures de prévention et de prise en charge de ce nouveau virus. Les experts du HCSP et des experts extérieurs sont mobilisés pour produire des avis dans des délais extrêmement courts en raison de l'urgence de la situation. Le HCSP a rendu plusieurs avis.

Un autre groupe de travail, Sécurité des éléments et produits du corps humain (Secproch), présidé par Franck Chauvin, président du HCSP, et appuyé pour la partie alertes par Christian Chidiac et Bruno Pozzetto, traite l'ensemble des problématiques affectant les produits sanguins labiles, les organes, tissus, cellules et gamètes et notamment en période d'épidémie du coronavirus.

Le HCSP rappelle que, durant ces crises sanitaires, la production d'une expertise indépendante et multidisciplinaire est primordiale pour éclairer la décision publique. Les experts du Haut Conseil sont en effet issus de différentes spécialités, des différentes régions et ont exercé ou exercent dans des structures diverses (médecine de ville, hôpital, structures de recherche). Cette diversité permet de prendre en compte les spécificités du terrain dans la production des recommandations fondées sur les données scientifiques, et suivant les bonnes pratiques de l'expertise.

Le président du HCSP a participé aux réunions du conseil scientifique Covid-19, placé sous la présidence du Pr Jean-François Delfraissy.

Avis rendus du 18 février au 31 mars 2020

18 février 2020	Avis relatif au traitement du linge, au nettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient confirmé à coronavirus SARS-CoV-2 et à la protection des personnels.
18 février 2020	Avis relatif à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le coronavirus SARS-CoV-2.
24 février 2020	Avis relatif aux mesures de prévention à appliquer aux donneurs de sang, produits sanguins labiles, cellules, tissus et organes ayant séjourné en zone à risque de transmission du virus SARS-CoV-2.
26 février 2020	Avis relatif à la conduite à tenir pour les personnels hospitaliers de retour des zones d'exposition à risque définies par Santé publique France.
5 mars 2020	Avis relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV-2.
10 mars 2020	Avis provisoire : patients à risque de formes sévères de Covid-19 et priorisation du recours aux tests de diagnostic virologique.
14 mars 2020	Avis complémentaire à l'avis des 7 et 24 février 2020 relatif aux mesures de prévention à appliquer aux donneurs de sang, produits sanguins labiles, cellules, tissus et organes ayant séjourné en zone à risque de transmission du virus SARS-CoV-2.
14 mars 2020	Avis provisoire : recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du Covid-19 chez les patients à risque de formes sévères.
16 mars 2020	Avis relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2.
17 mars 2020	Avis relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients Covid-19.
19 mars 2020	Avis relatif à la gestion des déchets d'activités de soins (DAS) produits au cours de l'épidémie de Covid-19, en particulier en milieu diffus.
23 mars 2020	Avis relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du Covid-19 (complémentaire à l'avis du 5 mars 2020).
24 mars 2020	Avis relatif à la prise en charge du corps d'un patient cas probable ou confirmé Covid-19
30 mars 2020	Avis relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le contexte de l'épidémie à Covid-19 et de la prolongation du confinement
30 mars 2020	Avis relatif à la prise en charge de personnes en situation de précarité dans le contexte de l'épidémie Covid-19 et de la prolongation du confinement
31 mars 2020	Avis relatif à la prévention et à la prise en charge des patients à risque de formes graves de Covid-19 ainsi qu'à la priorisation des tests diagnostiques
31 mars 2020	Avis relatif à la protection des personnels de collecte de déchets au cours de l'épidémie de Covid-19

Retrouvez tous les avis émis par le HCSP à propos du Coronavirus-SARS-CoV-2 sur **https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2**

Programme médiateurs de santé-pairs

Bérénice Staedel
EPSM (Établissement public de santé mentale) Lille-métropole, CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale), chargée de mission du Programme médiateurs de santé-pairs, initiative QualityRights
Wendy Hude
Médiatrice de santé-paire et chargée de mission au CCOMS

Pour en savoir plus :
https://www.facebook.com/MSP.EPSMlmCC/
ou bstaedel@epsm-lm.fr

Quand d'anciens usagers de la psychiatrie deviennent membres d'équipes soignantes grâce à un programme de formation valorisant l'expérience. Présentation d'une organisation originale et efficace.

Le Programme médiateurs de santé-pairs (MSP) est un projet innovant en France qui s'est inspiré d'expériences étrangères d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans des équipes de soin en santé mentale. Ce programme a été conçu et mis en place par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), une organisation fonctionnelle basée à Lille, qui met en place des recherches, des programmes et actions en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

La création d'une formation diplômante

Le programme français des médiateurs de santé-pairs permet de former et de faire embaucher dans des établissements hospitaliers et des structures médico-sociales de santé mentale des ex-usagers des services de santé mentale, rétablis ou en voie de rétablissement. Il s'organise autour d'une formation à la médiation en santé mentale et de la valorisation du savoir expérientiel.

Deux processus complémentaires contextualisent le développement du programme de formation et d'accès à l'emploi de médiateur de santé-pair en santé mentale : l'évolution de la place des usagers dans le système de santé et la reconnaissance de l'émergence de nouveaux métiers à travers la valorisation et la légitimation des savoirs expérientiels. Ces notions, portées par les concepts de rétablissement, d'*empowerment* et de citoyenneté des personnes présentant un problème de santé mentale sont largement diffusées au niveau international dans les politiques de santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé. En France, l'émergence de ce processus global de reconnaissance de l'expertise expérientielle a conduit progressivement à donner davantage de place aux usagers des services de santé mentale dans le système de soins, dans les actions de formation ainsi que dans les projets de recherche. C'est dans ce contexte d'actions émergentes dans le champ de la médiation en santé, notamment autour de l'engagement des usagers, que s'est construit le Programme médiateurs de santé-pairs.

En 2012, le CCOMS a été à l'origine de la création d'un diplôme universitaire de médiateur de santé-pair, en collaboration avec l'université Paris 8. Cette formation d'un an menait à l'obtention d'un diplôme universitaire, à la suite duquel les MSP ont poursuivi leur travail dans les équipes de soins, tout en bénéficiant de modules de formation continue et de réunions régulières d'échanges de pratiques entre pairs. Ce programme a permis de former et d'embaucher vingt-neuf personnes concernées par des troubles psychiques, rétablies ou en voie de rétablissement, au sein de différents établissements de santé mentale.

S'inspirant des expériences étrangères, en particulier québécoises, anglaises, écossaises, et en les adaptant au contexte français, cette première formation avait pour objectif de valoriser le savoir expérientiel et la formation des usagers ou ex-usagers des services de psychiatrie, afin de démontrer l'efficacité de la « pair-aidance » auprès des per-

sonnes présentant des troubles psychiques. Le terme médiateur de santé-pair est pour partie la traduction de l'anglais *peer support workers*, il désigne une nouvelle catégorie d'intervenants exerçant au sein des services de soins et d'accompagnement et ayant pour mission la médiation en santé mentale.

Les médiateurs santé-pairs : des professionnels faisant partie de l'équipe de soins

Cinq ans après le lancement du programme expérimental, les médiateurs formés en 2012 faisaient partie intégrante des équipes de soins et exerçaient en tant que professionnels du champ de la santé mentale. Aucun programme de ce type n'avait montré un si fort taux de retour à l'emploi chez les personnes qui en étaient éloignées du fait de l'existence de troubles psychiques. Cette réussite a convaincu plusieurs partenaires (des agences régionales de santé, des établissements hospitaliers et des fédérations du secteur médico-social) de soutenir ce processus de formation et de création de nouveaux postes pérennes.

Une licence de sciences sanitaires et sociales mention médiateurs de santé-pairs a été créée en 2018 par l'université de Bobigny Paris 13. Le choix de proposer à partir de 2018 une licence plutôt qu'un diplôme universitaire se fonde sur la volonté d'augmenter l'inclusion sociale des apprenants et la reconnaissance de leur formation par les secteurs sanitaire, médico-social et social. Cette formation de niveau bac + 3 permet aux médiateurs de santé-pairs d'acquérir une culture générale dans le domaine de la santé et du social, mais également une formation généraliste en droit et en sciences sociales.

La collaboration du CCOMS avec l'université Paris 13 dans le cadre de cette licence apparaît particulièrement pertinente au regard du savoir-faire de l'UFR de santé, médecine, biologie humaine (SMBH) dans ce champ de travail. En effet, l'UFR soutient particulièrement l'acculturation des professionnels ou futurs professionnels du soin à la fonction de formateur des « patients-instructeurs ». Cette licence permet de faciliter la montée en compétences et en professionnalité des médiateurs de santé-pairs dans un contexte d'intégration du milieu de soins et/ou d'accompagnement, au sein duquel le parcours diplômant est valorisé.

La première promotion de licence a permis de former 32 médiateurs de santé-pairs en 2018, et 33 autres ont été recrutés et ont débuté leur licence en septembre 2019. Une troisième promotion de licence débutera en janvier 2021.

L'impact du travail des médiateurs de santé-pairs est aujourd'hui largement reconnu au sein des services de soins et d'accompagnement qui les emploient.

Témoignage de Wendy Hude, médiatrice de santé-paire au CH Maison-Blanche depuis janvier 2018

Très concrètement, en entretien individuel, je pars toujours des besoins de la personne. Je travaille sur l'estime de soi, sur la déstigmatisation et sur la qualité de vie. J'essaie avec les patients de hiérarchiser les priorités, de travailler sur ce qui est objectivement réalisable et si possible de planifier les actions pour qu'ils puissent atteindre leurs objectifs. Les personnes qui tentent de « défier » le pouvoir que la pathologie a pris sur leur vie, cherchent plus activement des solutions. Elles peuvent souhaiter me rencontrer car elles ont du mal à dire certaines choses à leur psychiatre, parce qu'elles manquent encore de confiance pour oser poser des questions. Il peut s'agir de travailler sur l'estime de soi, sur la reconnaissance des limites avec lesquelles il est nécessaire de composer mais aussi sur des forces qui demeurent ou qui sont à redécouvrir et qui permettent d'envisager une meilleure qualité de vie. Plusieurs patients m'ont dit avoir renoncé à beaucoup de choses depuis qu'ils savent qu'ils souffrent d'un trouble psychique, alors nous travaillons ensemble à construire leurs projets, individuellement. Beaucoup d'usagers que j'accompagne, bloqués dans des émotions liées à la colère, la frustration, ou au sentiment d'injustice, ont besoin de donner du sens à leur parcours souvent chaotique. Ces patients viennent me parler car ils disent n'avoir que très rarement l'occasion de parler de cela avec les soignants.

J'accompagne à l'extérieur les patients qui doivent faire des démarches administratives, se rendre à un rendez-vous, ou ont envie ou besoin de sortir accompagnés pour toute autre raison. Un mercredi sur deux environ, avec une éducatrice, nous organisons des visites culturelles dans les musées pour les patients hospitalisés. Ces visites sont importantes car elles permettent aux patients de sortir des murs de l'hôpital et sont l'occasion d'échanges intéressants et d'un vrai travail.

En intrahospitalier, chaque matin, l'ensemble du personnel de chaque étage se réunit en « staff » pour discuter des patients hospitalisés. Après le staff, les patients me sollicitent majoritairement pour des entretiens informels individuels, qui peuvent durer de 5 à 45 minutes, selon les besoins de la personne. Je vois également les patients sur proposition d'un membre de l'équipe. Il peut s'agir de demande d'informations précises ou d'un besoin pour le patient de se confier par rapport à un moment de l'hospitalisation vécu comme particulièrement difficile, ou d'un besoin de réfléchir à certains aspects plus généraux qui méritent un entretien plus long. En intrahospitalier, je ne peux pas toujours anticiper quelle personne je rencontrerai ni l'objet de l'entretien, sauf s'il s'agit d'une personne que j'ai rencontrée la veille par exemple et qu'elle désire s'entretenir avec moi ou que je juge nécessaire de revoir. Quand l'occasion se présente et que j'estime qu'une discussion entre patients peut s'avérer intéressante, il m'arrive d'animer des discussions de groupe sur des thèmes qui intéressent les patients (leurs droits par exemple) ou s'il s'est passé quelque chose dans l'actualité qui les questionne ou les inquiète.

Selon moi, la fonction de médiateur de santé-pair mobilise nos savoirs expérientiels de la maladie et du rétablissement :

- *avoir été malade : le vécu de la maladie, un rapport spécifique au corps, une expérience du choc du diagnostic, l'expérience des moments de catastrophe, de doute, de confusion et de désespoir, les souvenirs d'affects et d'émotions, le déclin voire l'absence du désir de vivre, la honte, le sentiment d'abandon, les problèmes de vie consécutifs au trouble psychique (chômage, précarité, problèmes financiers et de logement, perte des amis…) ;*
- *avoir été patient : le vécu de l'institution psychiatrique, des différentes formes et niveaux de contrainte, le vécu des médicaments et de leurs effets secondaires, le vécu des relations au personnel soignant, les émotions liées au fait d'être parfois traité comme « un cas », l'intuition des modes de défense et des réactions des soignants, le vécu de la distance aux soignants, des relations entre patients, l'entraide, les « combines » et les « tuyaux », les rapports de force soignants/soignés et entre les patients ;*
- *s'être rétabli : avoir vécu le « le fait de s'en sortir », comment ? à quel rythme ? Quels étaient les signes ? en mettant en jeu quelle mobilisation personnelle ? Quels moyens thérapeutiques ? ;*
- *pour être mobilisables dans le travail, ces savoirs expérientiels, qui ne sont pas simplement de l'affect brut, demandent de la réflexivité et certaines conditions ou dispositions : pouvoir se souvenir, pouvoir reprendre contact avec des émotions difficiles sans se sentir submergé, avoir envie d'utiliser des expériences douloureuses à des fins socialement positives plutôt que d'auto ou d'hétérodestruction, de revendication ou de vengeance.*

Avec les professionnels de santé, les usagers ont l'habitude de discuter des symptômes et des contraintes de la maladie, mais très rarement des questions liées au sens de l'existence que tout un chacun se pose, mais que certaines personnes en prise avec une problématique de santé se posent peut-être encore davantage. Ces aspects sont parfois peu questionnés par les professionnels. Tous les patients ne sont pas en demande de réfléchir à ces aspects, et tous les soignants ne sont pas en capacité de le faire non plus ; pour autant, pour certaines personnes, le rétablissement passe nécessairement par ces questions.

Prendre soin des professionnels de santé

Quelles modalités d'accompagnement pour favoriser la qualité de vie au travail ?

Dossier coordonné par
Anne-Paule Duarte
Matthieu Sibé
Membres de la commission spécialisée Système de santé et Sécurité des patients

Finalisé en janvier 2020, ce dossier souhaite mettre en lumière l'importance d'un accompagnement favorable à la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Entre-temps, la pandémie de la Covid-19 s'est installée, mettant à l'épreuve l'ensemble de la population et de notre système de soins. En soi, la difficulté de l'épidémie n'est peut-être pas tant de gérer le risque (les professionnels y sont préparés et formés), mais davantage d'inventer *in vivo* un management de l'incertitude liée à un risque inconnu, contraignant à décider malgré des informations contradictoires, parcellaires, fluctuantes. Nous avons eu peur collectivement du chaos.

Il ne s'est pas produit grâce à l'intense mobilisation des acteurs de la santé, confrontés en première ligne à un afflux massif de patients. Dans l'urgence, les professionnels ont fait émerger des coopérations interprofessionnelles insoupçonnées, ont innové pour établir des plans de continuité des soins, ont trouvé des solidarités auprès de la réserve sanitaire, de l'armée, des entreprises (appels aux dons) et des citoyens (« protégez les soignants, restez chez vous ! »). Cette épreuve « hors norme » est un révélateur des capacités individuelles de résistance de nos professionnels, mais aussi des capacités collectives de résilience de nos organisations de santé en dépit de conditions initiales souvent défavorables.

Notre responsabilité commune est d'engager dès à présent une sortie par le haut de cette crise sanitaire. Créer rapidement des espaces de retour d'expérience est une priorité afin de comprendre les erreurs tant conjoncturelles que structurelles de nos politiques et choix organisationnels en matière de santé. Prendre le temps de l'échange avec chacun pour qu'il puisse exprimer son vécu du travail est une exigence humaine à défendre. Des épisodes aigus d'engagement peuvent redonner du sens au travail autant qu'accoucher de désillusions. Adopter un regard bienveillant est une posture nécessaire pour tirer parti des succès obtenus et des obstacles organisationnels levés. Au final, il est vital pour notre système d'enclencher cette discussion « thérapeutique » sur le travail, ses ressources et ses conditions d'exercice. N'est-ce pas là le b.a.-ba du « prendre soin des professionnels de santé » ?

Ce dossier sur la qualité de vie au travail et ses modalités d'accompagnement arrive donc à point nommé pour le « Ségur de la santé » afin de nourrir cet effort salutaire de reconstruction du travail de nos professionnels de santé.

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 Levet
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 sociotechnique). 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'employeur[1].

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, tensions, 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 travail[2].

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'activité[3], 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 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.* »

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.

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 adapté 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 conditions[5], en particulier du côté des directions des ressources humaines, appelées à recouvrer 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 prouve[6] : 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-up[7].

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 organisationnels, 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 santé[8] 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.

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.
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

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

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*

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 arbitraires, 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 bientraitance 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 Azaïs [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-déclaration[1], 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.

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

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 incompétente ou anecdotique, alors qu'elle est au contraire porteuse de savoir expérientiel profondément complémentaire des compétences et expertises professionnelles[2]. 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

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.

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 Associons 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://associons-nos-savoirs.fr/le-plaidoyer/

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'efficience, 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

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.

Constater 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 fréquemment 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 rythme[1] est également

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

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.

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 surcroîts 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).

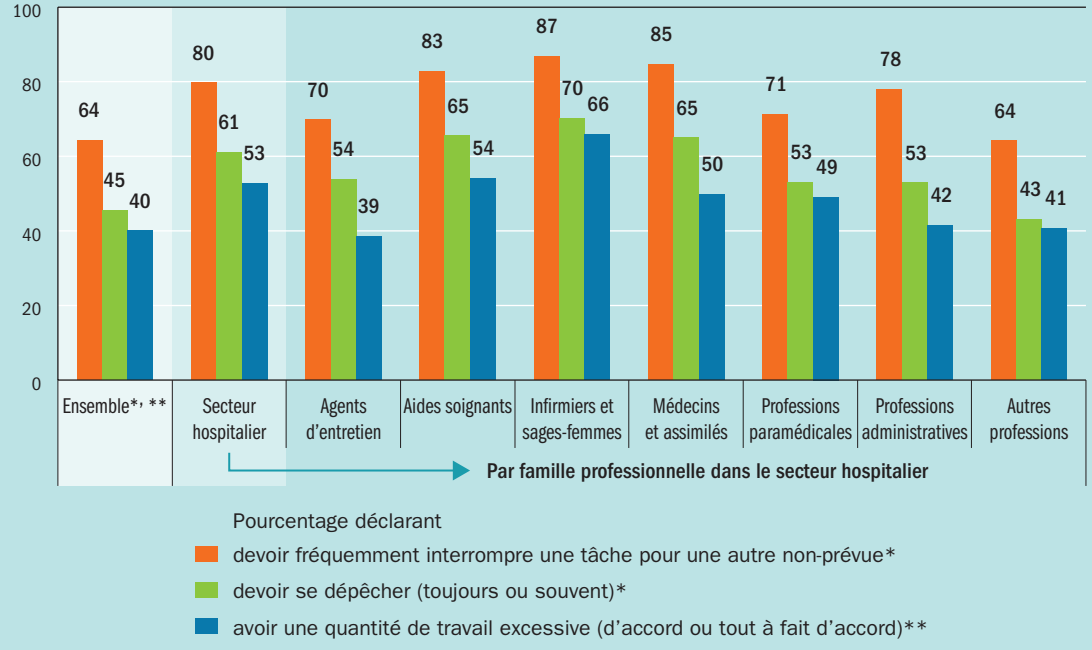
Le caractère exigeant du travail des personnels du secteur hospitalier se manifeste également par l'exposition à des contraintes physiques. Ainsi, 62 % des personnels déclarent devoir porter ou déplacer des charges lourdes en 2016, soit 21 points de plus que l'ensemble des actifs occupés. 62 % des salariés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

Intensité du travail dans le secteur hospitalier en 2016



* Pour ces items, ensemble désigne l'ensemble des actifs occupés.
** Pour ces items, ensemble désigne l'ensemble des salariés.
Champ : ensemble des actifs occupés, ensemble des salariés, ou salariés du secteur hospitalier.
Lecture : en 2016, 45 % de l'ensemble des actifs occupés déclarent devoir toujours ou souvent se dépêcher.
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.

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 particulièrement 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.

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 %.

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

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

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 *a 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 universaliste[1].

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

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

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.

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 travail[3].

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 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 libéraux[4]. 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

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.

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.

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.

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 soutien[5]…

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 libératoire 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 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 européen[7]) ;

● 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

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.

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

Les différentes facettes de la qualité de vie au travail

des établissements de santé et du médico-social (du fait des prescriptions prévues par le Code du travail[8]) ;
- 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 Bodin[9], 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

* LTFP : loi de transformation de la fonction publique, 6 août 2019.

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 agents[10]. 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 de vie au travail[11]. 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 Aurèle[12], 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 employeurs[13]. 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.

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.

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

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

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

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 ?

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)

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

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'avions 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 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

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.

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 une 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.

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 HAS[2] 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.

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

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.

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

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.

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 travail[1] 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 déploierons 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 cours 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

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

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 8 h 15, 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 8 h 15 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].

Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ?

Pour attirer et fidéliser des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins, il est nécessaire de repérer et valoriser les capacités organisationnelles et managériales positives existantes.

Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant »

S'il est un constat partagé et difficilement contestable, c'est bien celui de la « crise des ressources humaines » que traversent les organisations sanitaires et médico-sociales. Plusieurs des articles de ce dossier en font suffisamment état pour que nous ne le répétions. Ce constat regrettable et alarmant engage la responsabilité des chercheurs en gestion des ressources humaines (GRH), qui doivent contribuer à nourrir les débats actuels sur l'enjeu de transformation managériale des organisations de santé. La question principale qui leur est posée pourrait être la suivante : existe-t-il des solutions scientifiquement fondées pour attirer et fidéliser de manière durable et stable des personnels performants et heureux au travail, à même de garantir la qualité et la sécurité des soins au service du patient ?

Afin d'illustrer notre propos de chercheur en gestion des ressources humaines, nous avons retenu pour ce dossier les travaux académiques portant sur le Magnet Hospital, ce type d'établissements de santé « *où il fait bon travailler et bon se faire soigner* » [15]. Élaborés et mis à l'épreuve dans l'univers hospitalier, centrés sur les professionnels de santé, les recherches sur les hôpitaux « magnétiques » ou « aimants » constituent un corpus de publications scientifiques important. Les résultats de ces études ouvrent, selon nous, une voie inspirante pour initier ou conforter des démarches managériales réconciliant qualité de vie au travail et qualité des soins.

Le Magnet Hospital : comment le définir ?

C'est au tournant des années 1980 que l'expression « Magnet Hospital » apparaît pour la première fois, faisant suite à une étude qualitative conduite par entretiens auprès d'un échantillon de soignants de quarante et un hôpitaux états-uniens. À cette époque, de nombreux hôpitaux nord-américains étaient exposés à des problèmes de pénurie de soignants. L'équipe scientifique de Margaret McClure, professeure de sciences infirmières, avait pourtant connaissance d'établissements réputés attractifs et qui « *réussissaient en imaginant des organisations des soins qui fonctionnaient comme des "aimants" pour la profession : ils étaient capables d'attirer et de retenir des personnels correctement qualifiés* » [50]. L'intuition de McClure était de laisser de côté les

Matthieu Sibé
Maître de conférences en sciences de gestion, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), université de Bordeaux, membre expert du HCSP, commission spécialisée Santé et Sécurité du patient, membre expert de l'ONQVT (Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social)

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

raisons qui poussent à quitter un établissement, pour se focaliser sur les motifs qui invitent les soignants à y venir travailler et à y rester. Il s'agit là d'un renversement original de l'angle d'attaque des problèmes de *turnover* et de pénurie, qui vient éclairer les capacités positives des environnements et organisations de travail, afin d'agir sur la qualité de vie au travail, et au final induire des attitudes et comportements positifs des acteurs.

Au début des années 1990, le Magnet Hospital est devenu un label qui distingue, après une procédure de certification, « *un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques de ressources humaines, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants* »[1]. Utilisé comme l'un des critères d'excellence pour désigner les meilleurs hôpitaux américains, ce label est actuellement détenu par plus de cinq cents établissements, principalement aux États-Unis, mais aussi en Australie, Nouvelle-Zélande, Canada. Le Magnet Recognition Program® est signalé régulièrement dans la littérature comme le « *gold standard* » en matière de qualité des pratiques infirmières et pourrait être considéré comme une marque employeur.

Depuis plus de trente ans, les multiples travaux académiques sur le Magnet Hospital ont pour objectif principal de catégoriser les « forces magnétiques ». Selon les auteurs, l'inventaire peut varier, mais le recensement des huit dimensions essentielles de Kramer et Schmalenberg est le plus fréquemment cité dans la littérature :

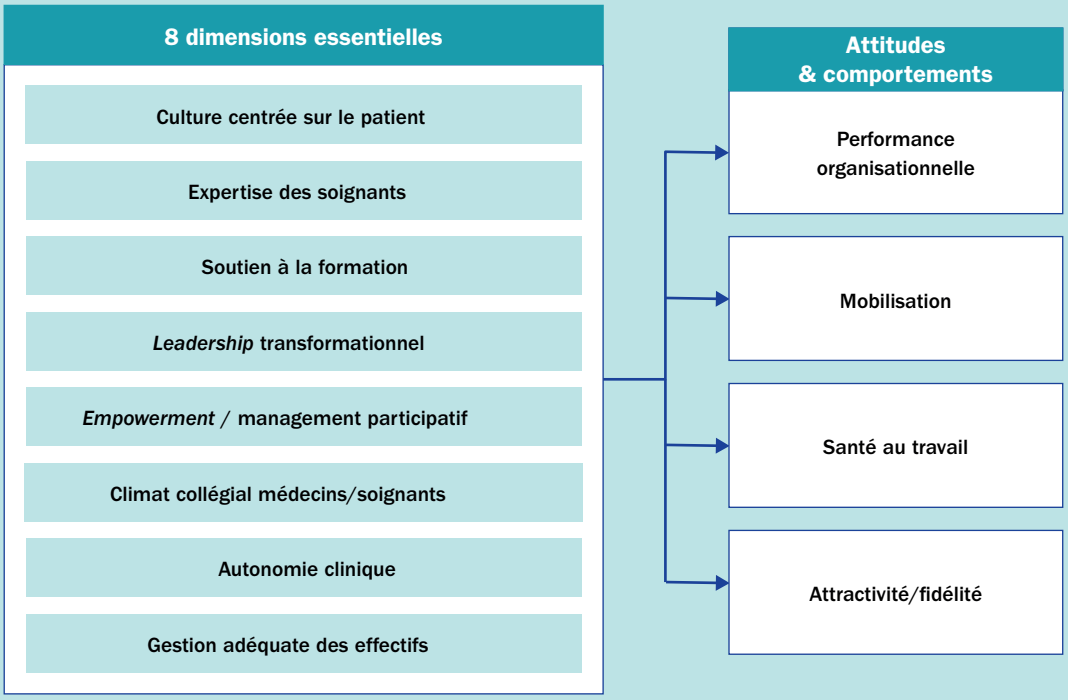
- une culture du soin centrée sur les besoins du patient,
- des soignants experts dans leur art,
- un soutien fort de l'institution envers la formation des personnels,
- un *leadership* infirmier de type transformationnel,
- un mode de management participatif favorable à l'*empowerment* des soignants,
- un climat relationnel collégial entre les médecins et les soignants,
- une autonomie des soignants dans leur sphère de décision clinique,
- une gestion adéquate des effectifs, adaptée à la charge de travail et aux besoins du patient.

À l'aide d'échelles validées, comme le *Nursing Work Index* [2] ou les *Essentials Of Magnetism Tool* [45], qui appréhendent le degré de perception par les soignants de ces caractéristiques organisationnelles et managériales « magnétiques », les études comparent généralement la performance des hôpitaux labellisés et non labellisés. La compilation des résultats conduit à un modèle conceptuel de type « causes-conséquences », fondé empiriquement sur les effets positifs des attributs « magnétiques » (figure 1). Ce modèle met en relation les huit dimensions essentielles du magnétisme citées précédemment avec les résultats observés empiriquement :

1. American Nurses Credentialing Center (ANCC), 2008.

figure 1

Modèle synthétique des causes-conséquences du Magnet Hospital



Source : [61].

- une meilleure performance des soins : qualité et sécurité des soins (+), satisfaction des patients (+) ;
- une plus grande mobilisation des soignants : satisfaction au travail (+), implication professionnelle (+), effort productif (+) ;
- une meilleure santé physique et mentale : accidents du travail (–), accidents d'exposition au sang (–), *burn-out* (–), équilibre vie privée vie professionnelle (+) ;
- une plus grande attractivité et fidélité à l'organisation : postes vacants (–), absentéisme (–), intention de rester (+), *turnover* (–).

Brefs résultats d'une étude empirique sur le management « aimant »

S'il est fréquent d'objecter que le modèle du Magnet Hospital serait exclusivement adapté au contexte soignant nord-américain (c'est bien aux États-Unis qu'il a été mis en évidence !), il nous paraît utile d'imaginer tout de même sa transposition, même partielle, dans notre propre système. En effet, une part non négligeable des caractéristiques « magnétiques » se reflète dans un style de management qualitatif des ressources humaines. Les organisations « magnétiques » créent un climat bienveillant de travail au sein des unités de soins, qui se révèle propice à l'expression de la qualité de vie au travail des professionnels. C'est justement ce type de management « aimant » qui peut nous inspirer. Il repose sur :

- le *leadership* transformationnel de l'encadrement de proximité, caractérisant un chef de service ou cadre de soin stimulant, mobilisateur, visionnaire, charismatique et à l'écoute de ses collaborateurs ;
- l'*emporwement* perçu, caractérisant le sentiment d'être en capacité d'agir et de pouvoir contrôler son travail ;
- la collégialité du climat de relations interprofessionnelles, fondée sur la communication ouverte au dialogue, le respect mutuel, la confiance et l'estime réciproque entre médecins et soignants.

Dans une étude conduite auprès de 856 professionnels de soin dans 36 services hospitaliers français appartenant à 33 hôpitaux publics et privés français, nous avons construit et validé l'outil Comet©, qui apprécie la perception des médecins, infirmiers et des aides-soignants de leur « contexte organisationnel et managérial en établissement » [58]. Nous avons alors pu observer la capacité des acteurs à ressentir un tel mode de management « aimant » au sein de leur service respectif. Grâce à un procédé statistique (la classification hiérarchique ascendante), nous avons établi une typologie des services selon leur niveau de score de perception du contexte. Nous avons conclu qu'il existe des services développant une vision « positive » de leur climat et qualité de vie au travail, tant sur le plan de l'organisation et du management du service (attribution des tâches et objectifs, gestion des conflits, coordination des activités, soutien du supérieur, relations entre collègues, relations médecins/soignants…) que sur le plan de leurs attitudes au travail (sentiment d'efficacité collective, intention de rester, satisfaction au travail, implication, charge émotionnelle supportable…). À l'inverse, il existe une catégorie de services dont les scores de perception sont systématiquement plus faibles, ayant une représentation négative de leur contexte, qui se manifeste dans des attitudes de plus faible mobilisation au travail [62]. Ce résultat nous a encouragés à tracer un lien d'influence entre la perception du mode de management « aimant » (*leadership* transformationnel, *empowerment* perçu et climat relationnel collégial entre médecins et soignants) et les attitudes positives au travail (satisfaction, implication, efficacité collective perçue, intention de rester).

Sans énumérer tous les résultats de cette étude, nous retiendrons d'une part que le mode relationnel collégial entre médecins et soignants est le plus déterminant statistiquement pour caractériser un mode de management « aimant ». Conformément à la littérature, les attentes des professionnels de santé vis-à-vis du travail d'équipe sont aujourd'hui importantes. Dans « l'hôpital-citadelle » cloisonnant les relations professionnelles en fonction des appartenances de corps, il importe que les acteurs dépassent les « rivalités » entre l'approche médicale du *cure* et l'approche soignante du *care*. L'interdépendance croissante des activités médicales et soignantes oblige les acteurs hospitaliers à jouer le jeu du collectif pour mieux prendre en charge le patient. Ils considèrent comme nécessaire d'établir des échanges interprofessionnels de qualité, quitte à s'affranchir des rapports de domination, qui enferment depuis toujours les infirmières dans un modèle de la servante vis-à-vis du médecin. L'*empowerment* perçu ou le sentiment de pouvoir participer aux prises de décisions est un élément important pour les aides-soignantes de notre échantillon. La capacité d'agir et de s'exprimer leur fait souvent défaut dans les réunions d'équipe, sauf à mettre en place une vraie démarche participative des *staffs* (lire p. 41). Pour les médecins de notre échantillon, les qualités « transformationnelles » de leur *leader* médical contribuent fortement à leur perception positive du management du service, manifestant l'importance de la figure du chef de service pour cette profession.

D'autre part, les résultats montrent aussi que la perception d'un management « aimant » agit en renforçant en priorité le sentiment collectif d'efficacité, qui produit en réaction davantage de satisfaction et d'implication au travail, et améliore l'intention de rester membre du service. Ce sentiment de succès de l'équipe médico-soignante constitue pour les professionnels de santé une motivation à agir et à rester. Pour renforcer cette croyance d'efficacité, nécessaire à la réalisation réelle du succès, il s'avère utile chaque fois que nécessaire d'apporter de la reconnaissance individuelle et collective, de développer une culture positive de l'expérimentation et de l'erreur, d'offrir des opportunités d'apprentissage vicariant, c'est-à-dire par l'exemple.

Nous voyons, dans ces quelques résultats, l'intérêt du management « aimant » inspiré du Magnet Hospital. En

dépit des règles et dispositions organisationnelles qui s'imposent par le haut à chaque manager, il lui reste toujours une marge de manœuvre, un degré de liberté, dans la manière d'animer et de piloter le collectif de travail. Pas besoin d'être dans un Magnet Hospital nord-américain pour choisir d'être un manager « aimant ». Dans le contexte français, nous croyons possible de développer un tel mode de management.

Pour conclure : quelles inspirations de l'hôpital magnétique retenir pour sortir de la crise des ressources humaines hospitalières en France ?

La nature profonde de l'hôpital magnétique devrait encourager dirigeants et managers à rompre avec l'approche exclusivement pathogénique de l'organisation. Il ne s'agit pas d'écarter de la réflexion la prévention des contraintes et souffrances qui pressent la réalisation du travail, elles sont présentes et il faut les traiter. Néanmoins, les managers doivent aussi s'appuyer sur la vision « salutogène » du travail. À l'instar de notre stratégie de santé publique actuelle, qui souhaite promouvoir la santé (et pas uniquement prévenir la maladie), les organisations doivent aussi devenir promotrices de santé au travail pour leurs salariés.

Mais comment faire pour opérer ce virage « qualitatif » du management des ressources humaines ? D'un point de vue pratique, les directeurs des ressources humaines doivent subordonner de manière stratégique la qualité des soins à l'amélioration de la qualité de vie au travail et au développement des « richesses humaines ». Ainsi, à l'aune des enseignements du Magnet Hospital, il devient possible d'imaginer :

- **une politique de recrutement** qui veille à sélectionner des professionnels qualifiés en nombre suffisant. La gestion des effectifs doit être en adéquation avec la charge de travail, en tenant compte des spécialités de chacun et des besoins de sécurité et de qualité des soins du patient. Après comparaison internationale, un alignement sur les meilleures pratiques en matière de taux d'encadrement (*ratio* nombre d'infirmiers/patients hospitalisés) ne devrait plus être un tabou en France. Dans les hôpitaux magnétiques, ce *ratio* est relativement faible (1 pour 5 à 8 patients). Il garantit une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins [3]. Les Magnet Hospitals limitent aussi le recours à l'intérim et à la polyvalence des soignants pour préserver la stabilité des équipes et développer la confiance interprofessionnelle. L'appel à une équipe volante de remplacement pallie les besoins ponctuels en personnel. Autant d'éléments qui doivent interroger nos pratiques actuelles de gestion des effectifs soignants ;
- **une politique d'intégration des nouveaux personnels**, bâtie sur-mesure selon le profil professionnel individuel de la recrue à partir d'une évaluation initiale de son niveau de compétences. Il s'agit de s'appuyer sur les professionnels expérimentés déjà en poste, par une méthode de mentorat, désignant des tuteurs chargés de transmettre les bonnes pratiques cliniques et les valeurs de l'établissement. Les Magnet Hospitals prennent le temps de l'accompagnement et du travail en binôme, en doublure, pour assurer l'intégration des nouveaux ;
- **une politique de formation** qui soutient activement les besoins de qualification des agents par l'octroi de moyens (financements, bourses, jours de congé), par l'animation de séminaires grâce aux ressources internes de l'établissement et par l'interaction active avec le milieu de la recherche. Les budgets de formation sont sanctuarisés dans les Magnet Hospitals ;
- **une politique de rémunération** prônant des mesures de reconnaissance qui encouragent l'innovation (prix de reconnaissance, bourses pour des projets novateurs, jours de congé exceptionnel, manifestations festives), mais qui n'a « *rien d'exceptionnel ou de hors normes* » [15]. Dans les Magnet Hospitals, l'acquisition de compétences supplémentaires est récompensée par un avancement de carrière, qui reconnaît l'éventail des spécialités médicales, soignantes et même managériales. Ces dispositifs influencent positivement la prise de responsabilités et le développement des pôles d'expertises ;
- **une politique d'amélioration des conditions de travail** qui porte le souci du bien-être des professionnels, en particulier au nom de la conciliation vie privée vie professionnelle (espaces de détentes, pause santé, accès à une cafétéria, services de conciergerie, garderies, aide au transport, flexibilité des horaires…) ;
- **une politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers :** l'encadrement de proximité – chefs de service, cadres de santé –, mais aussi les médecins jouent un rôle clé pour préserver le collectif et développer le sentiment d'efficacité des soins. À ce titre, le développement de la formation au management des médecins et des cadres de santé et la mise en œuvre de dispositifs de gestion des compétences collectives, notamment par l'ouverture d'espaces de discussion sur le travail, sont fortement à encourager.

Certaines pratiques de ressources humaines sont déjà en œuvre au sein des établissements de santé français. D'autres ne le sont pas. Un chantier de réflexion doit s'ouvrir pour juger dans quelle mesure telles ou telles dispositions peuvent être ajoutées ou étendues, en tenant compte des marges de manœuvre réelles réglementaires, organisationnelles et financières disponibles. L'hôpital magnétique pose les bases d'un hôpital « exemplaire » en accord avec les valeurs déjà affichées en 2013 par Édouard Couty et Claude Scotton dans leur *Pacte de confiance pour l'hôpital* [21] : « *l'humanisme et la compétence professionnelle, le respect de la personne soignée, la solidarité et le respect de l'autre dans les relations professionnelles, la fierté, l'engagement et la reconnaissance des personnels* ». Cette démarche invite ainsi les managers à prendre appui sur les capacités organisationnelles et managériales positives existantes, qui garantissent l'accomplissement des missions hospitalières tout en prenant soin de leurs patients comme de leurs personnels.

Expérimentation d'un management basé sur le concept d'hôpital magnétique

Anne-Marie Pronost
Directrice adjointe de la clinique Pasteur, à Toulouse, maître de conférences associée à la Toulouse School of Management (TSM), Toulouse 1

La performance collective regroupe les compétences individuelles avec la prise en compte des compétences relationnelles et organisationnelles, qui sont les fondements du travail en groupe. Afin de favoriser le travail en équipe, tout manager doit mobiliser ses collaborateurs, responsables des intérêts collectifs. C'est certainement un des objectifs de la mise en place du concept des hôpitaux magnétiques.

La pénurie d'infirmiers, le *turnover*, le désinvestissement de la profession avec l'envie de changer de métier est une réalité. Il convient donc de mieux comprendre les effets de la pénurie d'infirmiers et de mettre en place des modèles innovants pour améliorer la qualité de vie au travail des soignants par le concept d'hôpital magnétique.

Problématique

En 2001, l'Union européenne a financé la recherche NEXT (*Nurses'Early Exit Study*)[1], dont l'objectif était d'une part d'étudier les raisons du départ prématuré des infirmiers de leur emploi, voire plus généralement de leur profession, et d'autre part d'analyser les conditions de travail, l'état de santé des infirmiers et le contenu du travail infirmier en vue d'une comparaison entre les dix pays participants à l'étude (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède). Nous retiendrons de cette étude la disparité des organisations qui favorisent le recrutement et la rétention du personnel infirmier. Les quelques hôpitaux belges qui avaient développé un modèle attractif avaient moins de *turnover* et d'absentéisme.

Le processus décrit par tous les auteurs met en avant les conditions de travail comme facteur prédictif du *turnover* des infirmiers : conditions de travail négatives/positives ▶ insatisfaction/satisfaction des infirmiers ▶ intention de quitter/rester dans l'hôpital ▶ départ/maintien dans la structure.

D'autres études d'orientation psychosociale [54] mettent en évidence la nécessité de développer des démarches managériales pour diminuer le stress perçu en augmentant le soutien social perçu, qui apporte de la reconnaissance aux professionnels. Ces recherches et préconisations nous amènent naturellement à proposer des dispositifs de management plus ambitieux, comme la mise en place du concept d'hôpital magnétique, impliquant un environnement organisationnel attractif.

Ce modèle, qui a vu le jour aux États-Unis dans les années 1980 [15] puis qui s'est poursuivi au Canada pour lutter contre la pénurie et le *turnover* des infirmiers, est à ce jour bien opérationnel en Belgique, sous l'impulsion des chercheurs Stordeur S. et D'Hoorre W. [63], avec le projet Ariq (Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins).

Le modèle est défini à partir de trois axes communs : le sens de la mission, l'ouverture vers l'extérieur, le soutien organisationnel aux personnes. Chaque axe est défini par sept dimensions, qui se déclinent en 19 références et 88 critères d'évaluation. Le concept Ariq et son opérationnalisation à travers le référentiel est européanisé et utilisable en France.

Le projet Ariq : un exemple en France

Mis en place à la clinique Pasteur, à Toulouse, la démarche Ariq permet de mobiliser les infirmiers comme acteurs dans le système. Elle est le premier axe du projet social. Le projet Ariq est défini dans la politique de l'établissement et fait l'objet d'une communication sur l'intranet documentaire, accessible aux professionnels.

Un premier autodiagnostic a été réalisé par les responsables de services de soins en novembre 2009 afin de déterminer la faisabilité du projet. Pour les cadres de santé, cette stratégie les a positionnés en avant de la démarche projet, comme pilotes, nécessitant un *leadership* visible et un engagement fort pour favoriser l'adhésion de leurs équipes.

Le comité de pilotage Ariq, composé d'un représentant infirmier et aide-soignant de chaque service d'hospitalisation, des blocs opératoires et de l'encadrement soignant, a réalisé l'autodiagnostic suivant le référentiel Ariq, élaborant les réponses aux 88 critères. Après plusieurs réunions, 71 critères sont cotés A, 16 critères cotés B, 1 critère coté C, 0 critère coté D. Les soignants ont ensuite posé dix-sept plans d'amélioration, planifiés jusqu'en 2014, afin de répondre avec efficience aux critères cotés B ou C. Ainsi, des axes d'amélioration des pratiques (consultation infirmière, éducation thérapeutique, utilisation de l'expertise des infirmiers ayant des diplômes universitaires) ont été discutés et planifiés comme objectifs à atteindre.

La participation des cadres de santé a été une ressource pour le groupe notamment en termes de renseignements nécessaires à l'étayage des éléments de preuve. Ajoutons que les soignants, très impliqués dans cette démarche visant la qualité de la prise en charge des patients, ont discuté chaque critère dans une ambiance de travail conviviale et détendue.

La phase de réalisation du projet a débuté en 2010, avec une réunion annuelle de la commission Ariq jusqu'à l'échéance 2014 pour présenter le bilan de l'avancée du projet.

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

1. Projet NEXT (Nurses Early Exit Study), un projet de recherche lancé par SALTSA, Commission européenne (QLK6-CT-2001-00475), 5e programme-cadre.

L'efficacité du projet

L'efficience du projet est mesurée chaque année par le score de satisfaction au travail [64], mais aussi par la participation et la réflexion de tous lors de chaque réunion (figure 1). Aujourd'hui, ce groupe est une commission autonome faisant partie du comité de pilotage Développement durable de la clinique Pasteur, et apportant sa contribution essentielle à la qualité de prise en charge des patients et de leur entourage.

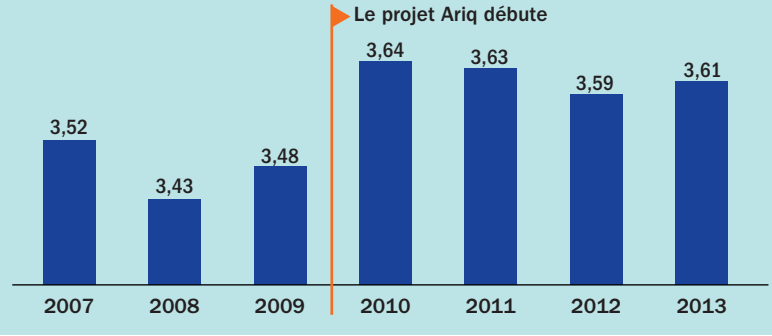
La satisfaction au travail reste stable depuis 2010, il n'apparaît pas de différences significatives statistiquement. Mais l'effet est notable avant/après la mise en route de la démarche.

Au-delà de cet indicateur, à titre d'exemple, nous retiendrons des évolutions significatives, proposées par les soignants et suivies par la direction :

- la rédaction d'une charte de solidarité par les membres du comité de pilotage Ariq, pour favoriser l'entraide entre les services ;
- la formation qualifiante des infirmiers (DIU soins palliatifs, DU douleur, plaies, cicatrisation, réanimation, hygiène, éducation thérapeutique, oncogériatrie, tabacologie, éthique, droit et gestion, développement durable, rythmologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle…). Ces infirmiers experts participent aux Copil Qualité en apportant leur expertise clinique ;
- les formations diplômantes avec les parcours de professionnalisation (infirmiers de bloc opératoire [Ibode], puéricultrices, IDE pour les aides-soignants) ;
- le renforcement de la qualité du management par la formation DU management en santé pour l'encadrement soignant ;
- l'évaluation de la charge en soins (SIIPS) pour tous les services avec la diffusion des résultats auprès des équipes (borne haute en termes d'effectifs) ;
- la poursuite de l'absence de recours aux agences intérimaires avec le fonctionnement du Service infirmier de compensation et de suppléance ;
- la réorganisation des services (gestion du temps, mobilité interne…).

figure 1

Taux de satisfaction des infirmiers diplômés d'État (IDE) à la clinique Pasteur entre 2007 et 2013



Après avoir mis en place le projet Ariq sur l'ensemble des services de la clinique Pasteur, il était essentiel de s'inscrire dans une démarche expérimentale plus ciblée dans un service. La dynamique des *clusters* Qualité de vie au travail en hospitalisation à domicile (HAD) (2016-2019) a été une véritable opportunité de poursuivre la politique Qualité de vie au travail (QVT) poursuivie au sein de la structure mais aussi de rencontrer l'ensemble des établissements de HAD poursuivant cet objectif commun. Lors des *clusters* QVT, il s'agit de mobiliser trois catégories d'acteurs : corps médical, direction d'établissement et professionnels de terrain avec les représentants des professionnels. La question des conditions d'exécution du travail comme facteur d'engagement au travail, levier essentiel de performance/qualité des soins, s'inscrit dans les espaces de discussion sur le travail comme un outil essentiel de management. Cela permet aux équipes multiprofessionnelles d'expérimenter des changements élaborés par elles-mêmes en installant l'évaluation embarquée : au fil de l'eau, par les professionnels acteurs de l'expérimentation.

Dans le contexte de l'innovation managériale, depuis 2017 la clinique Pasteur a souhaité inverser le sens classique des relations entre actionnaires, direction et employés, et a créé le programme Talents Pasteur. Chaque membre du personnel ou médecin libéral intervenant dans la clinique peut proposer, en toute légitimité, au directeur une initiative visant à innover dans tous les domaines ayant un lien avec la clinique, comme : le projet de réduire le bruit en réanimation, la création du livret de communication non verbale, la création par les soignants d'un chemin de formation pour les nouveaux arrivants en service de cardiologie, le projet de rénovation des locaux en HAD… La consécration de ces projets est fêtée lors de la soirée annuelle des talents, avec les présentations de ces projets moteurs de l'innovation.

Conclusion

L'avenir d'une institution et la qualité de vie au travail nécessitent l'émergence d'une nouvelle dynamique et l'implication de tous les acteurs pour créer un environnement de travail qui permette aux professionnels de se réaliser pleinement, de favoriser leur appartenance à l'institution, de créer un milieu stimulant et intéressant, et pour répondre aux objectifs de qualité des soins et des prestations.

Il s'agit là d'une démarche participative, portée par l'encadrement, qui adopte un style de management par l'intelligence collective pour intégrer l'avis des professionnels, pour les rendre plus autonomes et plus conscients des valeurs communes de l'établissement de santé agile.

Le concept d'hôpital magnétique rentre bien dans le concept « *d'organisation qualifiante ou apprenante* ». Pour Zarifian [65], dans l'organisation qualifiante, se fait jour un traitement événementiel de l'activité : tout acte de travail exceptionnel devient une opportunité. C'est une illustration de la performance sociale collective.

La démarche participative dans les services de soins

Philippe Colombat
Chef du pôle de cancérologie, CHU de Tours, président de l'ONQVT (Observatoire national de la qualité de vie au travail des professionnels de la santé et du médico-social)

La démarche participative est un modèle organisationnel conçu par des soignants en hématologie regroupés dans une association, le Groupe de réflexion sur l›accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH), sur le constat de la fréquence de la souffrance des soignants en hématologie. L'objectif était de proposer un modèle de fonctionnement au niveau des services qui puisse, en diminuant la souffrance des soignants et donc en améliorant leur qualité de vie au travail, optimiser la qualité de prise en charge des patients et de leurs proches.

Ce modèle est devenu obligatoire dans tous les services de soins pour la prise en charge des patients en soins palliatifs depuis la circulaire ministérielle de juin 2004 et son *Guide de la mise en place de la démarche palliative en établissements*, sous le terme de « démarche palliative » (asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services [et à domicile] en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants) [23, 51]. Dans la version (V) 2010 de la Haute Autorité de santé (HAS), la mesure 13a du manuel de certification des établissements de santé, qui exige la mise en place de la démarche palliative dans les services de soins des établissements de santé de court, moyen et long séjours et dans les établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad]), constitue l'une des cinq mesures prioritaires de ce manuel [19].

Le modèle

Le modèle organisationnel de la démarche participative repose sur la création d'outils de partage qui sont l'association d'espaces d'échanges où tous les membres de l'équipe soignante sont présents et de groupes de travail traduisant la mise en place d'une démarche projet.

Quatre types d'espaces d'échanges

- **Les formations internes aux équipes,** dont les sujets doivent répondre aux attentes des soignants, permettent, outre un niveau de formation homogène, de créer un collectif de travail avec les échanges induits par la formation et de permettre à ceux qui ne prennent pas régulièrement la parole de le faire.
- **Les staffs pluriprofessionnels**. Organisés au niveau de chaque unité de soins, ils permettent d'établir un projet de prise en charge personnalisé à partir des besoins des patients et de leurs proches, notamment pour les situations complexes, mais aussi les prises de décisions éthiques. L'ordre de prise de parole est essentiel. Dans le référentiel que nous proposons, l'aide-soignant parle en premier, posant les problèmes et présentant le patient, puis l'ordre de prise de parole est le suivant : l'infirmier, le psychologue et les autres intervenants de soins de support si besoin, puis le médecin, enfin les étudiants.
- **Le soutien aux équipes** en cas de vécu de situations difficiles ou de crises, sous forme de réunions ponctuelles (*staffs* de débriefing), en présence d'un psychothérapeute extérieur au service, permet aux soignants de s'exprimer sur leur vécu de la situation.
- **Les espaces d'échanges de managers**. Ils sont indispensables à la réussite de ce modèle organisationnel. Ils regroupent tous les médecins et cadres de santé du service et permettent de résoudre les problèmes de fonctionnement relevant de l'équipe managériale en utilisant le même type de management. Au cours de ces réunions sont discutés les thèmes, non directement liés à l'équipe (fonctionnement médical, planification des entrées…), des recrutements médicaux, de la permanence médicale, des prévisions ou des réorientations d'activités… Elles ont de multiples conséquences : reconnaître le rôle de chacun dans la prise de décision, inculquer une culture « participative » et une homogénéité du management qui retentit au quotidien dans l'attitude de chaque manager vis-à-vis de l'équipe, mettre en place une formation des managers si le besoin est exprimé.

La démarche projet

La démarche projet est un élément majeur de la démarche participative. Elle consiste à mettre en place des groupes de travail pluriprofessionnels chargés de proposer des pistes de réflexion et de faire des propositions d'amélioration. Elle peut correspondre à deux situations différentes :

- **la mise en place de groupes de travail ponctuels** soit à partir de problématiques ou de fonctionnement « de terrain », soit à partir d'applications d'« obligations institutionnelles » (procédures, législation, arrivée de nouveaux protocoles ou de nouvelles technologies) ;
- **la réalisation d'un projet de service**, démarche globale qui consiste à recenser les points à améliorer dans le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge globale des patients et de leurs proches, à faire des propositions au sein de groupes de travail autonomes et de les valider avec l'ensemble de l'équipe.

Les impacts sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins

Nous ne rapporterons que l'étude réalisée en oncopédiatrie. Vingt-cinq des trente centres d'oncopédiatrie français ont participé à cette étude, qui a permis de

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

collecter 510 questionnaires soignants et 440 questionnaires patients (142 questionnaires remplis par les enfants s'ils avaient 12 ans ou plus et 298 questionnaires remplis par les parents pour les enfants de moins de 12 ans). Le schéma de l'étude consistait à tester l'impact des quatre facteurs organisationnels et managériaux les plus déterminants dans la qualité de vie au travail (leadership transformationnel, soutien organisationnel perçu, justice organisationnelle et soutien à l'autonomie) mais également la démarche participative et ses quatre composantes (formation interne, *staffs* pluriprofessionnels, soutien aux équipes et démarche projet) sur la qualité de vie au travail, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Impact sur la qualité de vie au travail

Il existe une relation très significative entre la démarche participative et la qualité de vie au travail des soignants, tant au niveau santé globale ($p < 10^{-9}$) qu'au niveau de la qualité de vie au travail psychologique ($p < 10^{-10}$), sociale ($p < 10^{-4}$), culturelle ($p < 10^{-9}$) et physique ($p < 0,05$). Ces quatre composantes analysées séparément apparaissent jouer un rôle dans cette relation démarche participative-qualité de vie au travail : la formation ($p < 0,001$), les *staffs* ($p < 10^{-4}$), la démarche participative ($p < 10^{-4}$) et le soutien aux équipes ($p < 0,01$). La démarche participative influence également de manière positive l'engagement au travail des soignants ($p < 10^{-3}$), et leur satisfaction au travail ($p < 10^{-3}$) (tableau 1).

La démarche participative et les *staffs* apparaissent ainsi être les composantes de la démarche projet influant le plus sur les marqueurs d'impact de la qualité de vie au travail étudiés (figure 1).

Impact sur la qualité des soins

À notre connaissance, il s'agit du seul modèle organisationnel de service, publié, qui ait montré un impact sur la qualité des soins évaluée par les patients.

Ces résultats confirment le rôle essentiel du management et de l'organisation, et par conséquent de la qualité des collectifs de travail sur la qualité de vie au travail des soignants. L'étude montre une corrélation

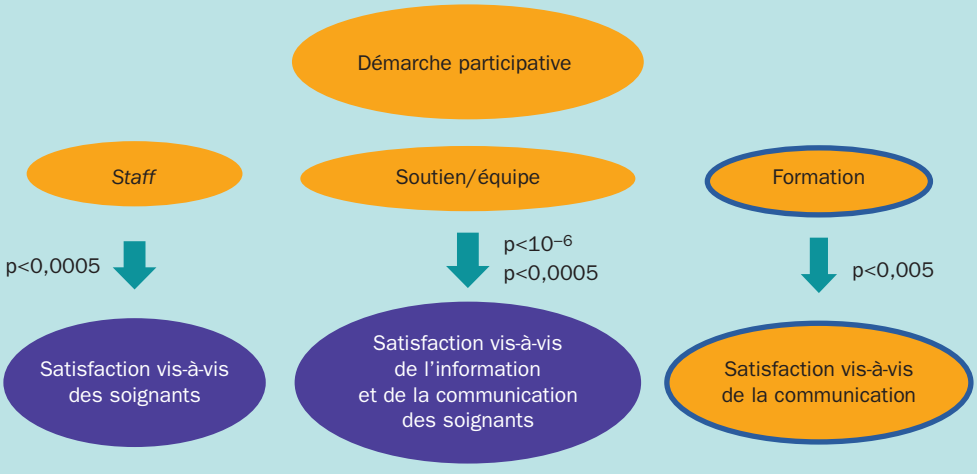
tableau 1

Corrélation entre démarche participative et facteurs organisationnels et managériaux

	Démarche participative							
	Formation		Staffs		Soutien		Projet	
Facteurs	r	p	r	p	r	p	r	p
Soutien organisationnel perçu	0,29	$< 10^{-10}$	0,23	$< 10^{-6}$	0,27	$< 10^{-8}$	0,31	$< 10^{-11}$
Leadership transformationnel	0,28	$< 10^{-9}$	0,11	$< 0,05$	0,21	$< 10^{-5}$	0,25	$< 10^{-7}$
Justice organisationnelle	0,34	$< 10^{-13}$	0,24	$< 10^{-6}$	0,19	$< 10^{-4}$	0,32	$< 10^{-12}$
Soutien à l'autonomie	0,28	$< 10^{-9}$	0,10	$< 0,05$	0,21	$< 10^{-5}$	0,27	$< 10^{-8}$

figure 1

La démarche projet



très forte entre ce modèle fonctionnel et les principaux facteurs organisationnels et managériaux qui impactent la qualité de vie au travail des soignants.

Les conditions de réussite

Certaines conditions, non liées à l'organisation, sont nécessaires à la réussite du modèle. Nous ne ferons que les citer ici.

- En *a priori :* des valeurs communes autour du soin, une bonne cohésion et une bonne communication au sein de l'équipe.
- La qualité des espaces d'échanges. La conduite d'une réunion participative par un manager nécessite de respecter des règles strictes d'animation, que nous décrivons selon la technique des trois tours de table :
  - 1er tour de table pour que chacun donne son analyse du problème,
  - 2e tour de table pour que chacun donne des propositions de solutions,
  - 3e tour de table pour la recherche de consensus et prise de décision qui sera validée par le manager.
- La qualité du leadership.

Et demain : nos trois objectifs

- Faire appliquer ce modèle avec le plan personnalisé de prise en charge globale non seulement pour la prise en charge des patients en soins palliatifs, mais aussi pour la prise en charge de tous les patients atteints de maladie chronique et en gériatrie, psychiatrie et dans le domaine du handicap.
- Que la formation à la démarche participative soit intégrée dans la formation de tous les managers de la santé que sont les médecins, les cadres de santé et les directeurs d'établissements de santé ou médico-sociaux.
- Réaliser un questionnaire d'évaluation de la démarche participative dans les services de soins qui puisse servir aux directions des services de soins, des pôles ou des établissements.

Prévention et promotion de la santé au travail ? Le rôle du service de santé au travail du CHU de Bordeaux

Nathalie Gréard
Psychologue du travail coordonnatrice de l'équipe pluridisciplinaire, CHU de Bordeaux
Catherine Verdun-Esquer
Médecin, cheffe du service Santé au travail, CHU de Bordeaux

Les services de santé au travail (SST) ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. À cette fin[1], ils :

- conduisent les actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et participent à la veille sanitaire.

1. Code du travail, art. L. 4622-2 http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006189752&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20131204

Le CHU de Bordeaux étant un établissement de plus de 14 000 agents, il bénéficie d'un service autonome de santé au travail propre à l'établissement. Le cadre réglementaire fixé par l'article L. 4622-8 du Code du travail issu de la loi du 20 juillet 2011 recommande pour les services autonomes de santé au travail de constituer une équipe pluridisciplinaire avec des missions définies dans le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 : « *L'intervenant en prévention des risques professionnels participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail (Code du travail, art. R. 4623-38). Choisi pour ses compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail, il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions. Il assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance (Code du travail, art. R. 4623-37).* »

Le CHU de Bordeaux s'engage de manière active dans la démarche des « Hôpitaux promoteurs de santé », il s'inscrit donc pour ses personnels dans la logique de préservation de la santé des collectifs. Conscient de la pertinence en matière de prévention de renforcer

les actions directes sur les conditions de travail, les organisations et leur management, le service de santé au travail du CHU de Bordeaux s'est engagé de manière volontariste dans le dimensionnement pluridisciplinaire de son service bien avant le cadrage réglementaire prévoyant la pluridisciplinarité en santé au travail dans la fonction publique hospitalière. En effet, en 2007, afin de renforcer et d'élargir l'action médicale sur le champ de risques psychosociaux, le service de santé au travail du CHU de Bordeaux a intégré une compétence en psychologie de la santé au travail.

Depuis, l'hygiène et la sécurité puis l'ergonomie sont venues élargir le champ disciplinaire et d'action de l'équipe. Cette démarche innovante, étayée par posture réflexive constante assurée avec les médecins sur l'activité de chacun, est à l'origine d'une charte interne au CHU pour la prévention et la gestion des risques psycho-sociaux (RPS), puis d'une seconde concernant les missions de l'équipe pluridisciplinaire.

En 2012, la soumission et l'obtention d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) sur la prévention conjointe des troubles musculo-squelettiques et des risques psychosociaux a permis d'éprouver une méthode d'intervention en binôme ergonome et psychologue en santé au travail. À la faveur de ce nouvel enjeu de pratique pluridisciplinaire, l'équipe d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) a bénéficié d'une analyse des pratiques animée par le Laboratoire d'ergonomie des systèmes complexes de Bordeaux-INP (Institut polytechnique de Bordeaux) à raison d'une séance par bimestre. Ces échanges ont permis de mettre en débat les logiques disciplinaires, à travers les pratiques professionnelles, entre hygiène et sécurité, ergonomie et psychologie, puis de les articuler avec celles de la responsabilité et du pilotage médical.

En conséquence, l'organisation de travail en équipe a été consolidée, permettant la construction d'un véritable collectif de travail pluridisciplinaire piloté par les médecins du travail. De manière opérationnelle, trois modalités organisationnelles ont été posées. Tout d'abord, la mise en place de *staffs* mensuels dans lesquels les intervenants en prévention des risques professionnels et médecins du travail de secteur débattent des demandes et s'entendent sur une conduite à tenir. Puis la création d'une mission de coordination des intervenants en prévention des risques professionnels qui se positionne en appui et management de l'équipe au quotidien. Enfin, toujours dans une logique d'échange des pratiques et de coconstruction des interventions entre chaque discipline, un *staff* hebdomadaire entre intervenants en prévention des risques professionnels est animé par le coordonnateur.

Ce travail d'équipe permet au service de santé au travail de mieux répondre aux missions de prévention qu'il s'est fixées par le renforcement de l'expertise médicale et le développement des actions sur le terrain tant sur le plan individuel que collectif.

L'atout majeur de l'équipe pluridisciplinaire, 7,9 équivalents temps plein au total, composée d'ergonomes, de psychologues assurant des missions différenciées en psychologie de la santé et du travail, de préventeurs hygiène et sécurité et d'un coordonnateur, est son appartenance à l'institution hospitalière, son expérience et sa capacité d'innovation. En effet, cette proximité du terrain et des agents lui a permis d'acquérir une connaissance approfondie et maîtrisée de l'activité des professionnels médicaux et non médicaux, de leurs conditions d'exercice mais également des enjeux de la vie institutionnelle au travers de ses ressources, contraintes et marges de manœuvre. Cet accès direct aux problématiques rencontrées par l'ensemble des acteurs ainsi que sa structuration organisationnelle lui confèrent une capacité d'adaptation particulièrement réactive pour des interventions non programmées telles que la gestion de crise ou de situations critiques sur le plan individuel et collectif.

Ainsi, différentes modalités d'intervention peuvent être proposées, tant sur le plan individuel que collectif (tableau 1).

En parallèle, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail s'est mobilisée activement sur la problématique de la santé des médecins de manière très articulée entre médecins du travail et intervenants en prévention des risques professionnels.

Les consultations individuelles en psychologie de la santé au travail sont en constante augmentation. De plus, sur le plan individuel est expérimentée sur cette fin d'année une méthode d'accompagnement à la reprise après épuisement professionnel. En fin de période d'arrêt maladie et de soin, lorsque les ressources psychologiques peuvent de nouveau être mobilisées, un trio – psychologue du travail, psychologue de la santé, ergonome – engage un accompagnement individualisé auprès du médecin. L'enjeu est de travailler simultanément le rapport psychologique au travail, les stratégies psychologiques de « faire face » et l'analyse de l'activité et de ses marges de manœuvre en vue d'améliorer les conditions d'exercice. De plus, un échange avec le responsable d'unité médicale est programmé pour engager les réajustements des conditions pour prévenir la rechute. Le résultat attendu est un double cheminement entre l'ajustement du médecin à ses conditions d'exercice et l'adaptation des conditions d'exercice aux capacités de faire face du médecin.

Sur le plan collectif, l'accompagnement sur les organisations médicales, par l'intermédiaire de suivi d'équipe et/ou de conseil au responsable d'unité, s'est développé ainsi que l'accompagnement dans la gestion des conflits par les actions de conseil ou d'entretiens médiés.

Sur le plan institutionnel, la participation du service de santé au travail en pluridisciplinarité à la sous-commission (de la Commission médicale d'établissement) « attractivité et accompagnement des carrières » a favorisé la mise en place de deux dispositifs : prévention et prise en charge du *burn-out* en collaboration avec le centre

tableau 1

Les interventions de l'équipe pluridisciplinaire

Interventions individuelles

Étude de poste d'aménagement ou d'adaptation en lien avec :
- une exposition professionnelle spécifique
- une restriction ou un handicap

Consultations de psychologie en santé au travail
- Prévention d'une décompensation
- Prévention d'une rechute à la reprise du travail
- Accompagnement en postexposition de situations violentes
- Accompagnement de maintien dans l'emploi

Interventions collectives

Mesures d'expositions collectives ou études de risque
- Mesures du niveau sonore
- Mesures d'éclairement
- Étude sur l'exposition spécifique de produits chimiques
- Étude sur la manipulation des produits chimiques
- Analyse de la charge physique de travail et du risque lié aux manutentions
- Évaluation des interruptions de tâches
- Évaluation du risque chimique (méthode INRS) et recensement des CMR
- Suivi postprofessionnel pour les personnes ayant été exposées à des risques chimiques
- Évaluation des risques psychosociaux

Audits et diagnostics
Ces interventions peuvent porter sur l'ensemble des risques et mobilisent au moins deux IPRP, elles s'apparentent à des interventions de consultants extérieurs selon la méthode suivante :
- Des réunions de recueil et analyse de la demande
- Des échanges pluridisciplinaires entre IPRP et médecins du travail afin de :
  – déterminer les modalités d'intervention du SST
  – alimenter l'analyse de terrain
  – construire une proposition d'intervention écrite

Analyse de pratiques professionnelles
- Interventions programmées à un rythme généralement trimestriel
- Séances dédiées aux équipes confrontées de fait à une activité par nature éprouvante (soins palliatifs pédiatriques, oncologie médicale, thanatologie et dépositoire, service social, urgences…)

Interventions sur les conditions relationnelles de travail
- Entretiens médiés ou conciliations
- Rédaction d'une charte de savoir-être en milieu de travail
- Réunions de collectifs de travail pour analyse et réajustement des facteurs impliqués dans la dégradation des conditions relationnelles de travail

Interventions non programmées à la demande en postimmédiat ou au plus tard à 48 ou 72 heures

- Appui conseil à la direction et à l'encadrement lors de la gestion de crises internes
- Accompagnement des équipes en situation de crise interne (suspicion d'empoisonnement, décès brutal, TS…)
- Accompagnement des équipes sur des prises en charge complexes dans la relation de soin, la pathologie et son contexte
- Évaluation du risque chimique et physique suite à une exposition accidentelle

Interventions d'appui conseil

Conseil à l'encadrement et à la direction
- Gestion des situations problématiques d'équipe ou de comportements individuels inadaptés en situation de travail avec ou sans dimension disciplinaire
- Organisation du travail
- Stratégies de communication
- Gestion des conflits médicaux et non médicaux
- Problématiques managériales
- Participation aux délégations d'enquête paritaires

Conseil en conception, aménagement ou restructuration
- Réaménagement des espaces de travail et postures physiques de travail
- Optimisation des espaces de travail
- Assistance à la maîtrise d'ouvrage et conseils sur plans

de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression de l'hôpital Charles-Perrens, et gestion des conflits médicaux par la conciliation.

En conclusion, comme le démontrent son rapport d'activité et le projet de service du service de santé au travail, l'équipe pluridisciplinaire est à ce jour forte de sa structuration et de ses compétences. En effet, en 2017 et 2018, elle a réalisé pour le CHU environ 1 100 et 1 400 interventions individuelles (consultations, études de poste et conseil à l'encadrement), ainsi que 145 et 169 interventions collectives tous risques confondus.

Par ses compétences acquises et la pluralité de ses méthodes d'intervention, l'équipe est en mesure d'assurer de manière opérationnelle sa mission de conseil tant à l'employeur qu'aux salariés, et de justifier d'une expertise sur la prévention en santé au travail et sur le développement de la qualité de vie au travail auprès des personnels non médicaux et médicaux. Cette expérience du service de santé au travail du CHU de Bordeaux montre le rôle actif que la médecine du travail, dans une approche pluridisciplinaire, peut jouer vis-à-vis des défis de la QVT. L'enjeu est double : prendre soin individuellement des professionnels de santé et agir en amont par une stratégie de prévention primaire. Il s'agit d'une modification de fond de la place des SST, renforçant leur mission de conseil aux directions et au management pour promouvoir la santé des individus mais également la santé organisationnelle et celle des collectifs de travail.

Quelles initiatives pour la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ?

Pour une mission « ambulatoire » effective dans la stratégie nationale

Éric Galam
Professeur des universités, département Médecine générale, université de Paris ; coresponsable du DIU Soigner les soignants (Paris-Toulouse)

L'ambulatoire fait partie intégrante du plan « Ma Santé 2020 » annoncé en septembre 2018. Malgré la loi HPST[1], vieille de dix ans, et les louables efforts institutionnels pour faire apparaître de la coopération et de la structure derrière les fonctions individuelles, la difficulté conceptuelle est toujours présente pour tous, acteurs producteurs ou bénéficiaires : pas de mur, pas d'organisation, pas d'équipe. Comme l'a été longtemps la médecine générale par rapport aux autres spécialités, l'ambulatoire est ce qui reste lorsque l'on a fini de parler de l'hôpital et des établissements de soins. En serait-il de même des soignants ? Ce qui reste lorsqu'on a épuisé les structures, produits et autres dispositifs ? Pourtant les acteurs de santé savent bien qu'ils ne sont pas seuls et que chacun intervient à son niveau : pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, laboratoires, ambulanciers, médecins… Tous ces intervenants sont bien présents mais chacun se pense seul.

Points de vue et chronologies

Au fond, il est aussi question ici de représentations et de priorisations dans la gestion de la santé publique en fonction de principes et d'un contexte donnés. Soit le centre du soin est l'hôpital avec en toile de fond un environnement sanitaire, soit au contraire, il existe un maillage du système de santé dans lequel l'hôpital n'est que l'un des dispositifs venant en second, voire en troisième recours (*cf.* les figures 1 et 2 qui traduisent deux approches radicalement opposées).

La crise sanitaire en cours a illustré cette nécessité d'arbitrages. Très légitimement, au début de l'épidémie, l'ambulatoire a été mis de côté pour orienter directement les patients vers l'hôpital : inversion du fond (centre du soin) et de la forme (contexte du soin) d'une part et des chronologies d'autre part, l'hôpital devenant un temps, premier recours. L'ambulatoire a été réactivé ensuite pour accompagner le déconfinement et atténuer les risques retardés des pathologies chroniques non traitées devant la désertification des cabinets médicaux.

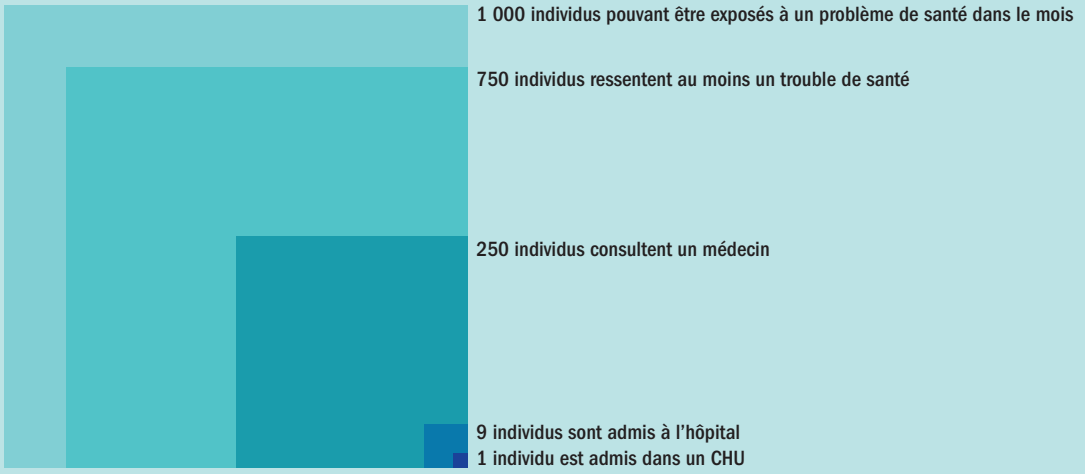
Expliciter l'implicite : organisation et personnes

Révéler et optimiser les structures existantes en les organisant : c'est bien là l'un des objectifs affichés des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). De même, révéler la présence vivante et complexe du soignant dans les soins en en explicitant les modes de fonctionnement est un passage obligé pour la qualité de vie au travail. Exercer en tant que soignant n'est pas qu'une question d'organisation, de gestion ou de management. Devenir soignant ne relève pas uniquement de connaissances à acquérir mais aussi d'expériences cliniques à vivre et d'iden-

1. Loi Hôpital, patients, santé, territoires du 21 juillet 2009 : pourquoi commencer par « hôpital » ?

figure 1

Le carré de White



Source : Budowski M et Gay B. La Revue Exercer - Novembre/Décembre 2005 n°75 - 142, d'après White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G. The ecology of medical care. *New Engl J Med*, 1961 ; 265:885-92.

figure 2

Ma santé 2022

Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

tités à assumer. Qu'est-ce qu'un bon soignant ? Quels rituels faut-il respecter pour le devenir et en rester digne ? Comment gère-t-on les difficultés et les zones d'ombre ? Que peut-on partager d'une erreur médicale dans laquelle on est impliqué ? Comment se positionner face aux conflits avec les confrères ? Quelle juste implication personnelle ? Non seulement, les réponses à ces questions ne sont pas univoques mais le simple fait de les poser est déjà en soi dérangeant, voire la marque d'une transgression. Ce « *hidden curriculum* » [27] n'est pas activement caché mais il n'en reste pas moins implicite. Toutes ces données sont apprises par

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

chacun, sans être jamais enseignées, en s'imprégnant des fonctionnements du groupe. Les médecins, par exemple, sont très peu formés à gérer la relation avec la maladie, la médecine, leurs collègues, les tutelles, les patients, l'accès à leur intimité et leurs vécus… Ils n'ont aucune supervision pour les accompagner. Ils s'en débrouillent comme ils peuvent. La réforme de la formation des médecins va dans le bon sens, mais combien de temps pour changer les mentalités des nouvelles générations et de leurs enseignants ?

À ce silence assourdissant et jamais discuté vient s'ajouter la confusion à géométrie variable entre les personnes et les organisations, la personne et le professionnel, l'individu et le collectif, la métaphysique et la banalité du quotidien, avec les droits d'exception et les droits communs qui y sont respectivement attachés. Il faut expliciter l'implicite de manière adaptée mais résolue et pour cela dissocier et articuler les différents rôles, travailler l'implication, les hésitations, les imperfections, les doutes. Expliciter l'implicite, c'est faire émerger des temps et des espaces dédiés, rémunérés, attractifs et visibles pour les échanges entre soignants de différentes professions. C'est échanger autour du patient mais pas « que » : c'est aussi parler du soignant pour le soignant. C'est accepter de parler de la façon dont chacun habite son métier et y trouve son compte. La qualité de vie au travail ne relève-t-elle pas, selon la HAS[2], de l'articulation des conditions, du contenu et du vécu du travail ainsi que des capacités d'expression et d'action possibles sur la vie professionnelle des acteurs ? Des faits, des perspectives mais aussi des représentations et des valeurs. La qualité de vie au travail des soignants ambulatoires n'est pas qu'une affaire objective ni qu'une question personnelle.

Le collectif : de la contrainte aux ressources

Même lorsqu'il travaille en groupe, le professionnel libéral est par essence individualiste. Il est responsable, mais également isolé et fragile. Pourtant, le collectif n'a pas que des avantages. Il implique de la gestion et il peut être source de conflits et de souffrances différentes de celles dues à l'ambulatoire. Les CPTS, les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont censées représenter des ressources, mais elles se veulent centrées sur la prise en charge des patients, ce qui est bien sûr légitime mais réducteur. Le soignant ne mérite-t-il pas d'être accompagné aussi pour lui-même ?

Le collectif existe. Il a intérêt à ce que les soignants soient compétents, bienveillants et équilibrés, si ce n'est motivés et heureux d'exercer leur activité. Les conditions doivent être satisfaisantes. Le contenu des soins doit être questionné, éclairé et balisé. Enfin, le vécu doit être pour le soignant « rentable » financièrement mais aussi et surtout humainement.

2. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Quels principes ?

Quelles qu'elles soient, les initiatives devraient être incitatives et pour cela croyables, fondées sur une volonté politique et culturelle concrète, visible, dotée de moyens financiers et pérennes. Elles devraient être motivantes pour les acteurs du soin et pour cela avoir un intérêt pour eux : qu'est-ce que je vais y gagner ? Ces gains étant entendus en termes financiers mais aussi en termes professionnels et humains. Elles devraient créer du lien entre les acteurs.

Elles pourraient se fonder sur des appels à contribution par les professionnels eux-mêmes, en partant de leurs propres pratiques et de manière qualitative et narrative. Décrivez et racontez les situations qui sont difficiles pour vous. Comment faites-vous pour vous en débrouiller ? Essayez de repérer ce qui vous a aidé ou aurait pu vous aider. Quelle place pour votre métier dans votre vie ? Quelles articulations ? Quels points de vigilance ?

Enfin, elles devraient :

1. reconnaître, sans ambiguïté, la pénibilité [41] de l'activité soignante et ses contraintes professionnelles, déontologiques et humaines ;

2. questionner l'essence même du soin, celle des limites, des responsabilités de chacun, des zones d'ombres, des imperfections à assumer…

Et en attendant, concrètement, quelques propositions en vrac

- **Remettre le soin dans une activité professionnelle plus large.** Université, syndicalisme, vie associative donnent sens au soin dans une posture complémentaire de « métasoin » : réfléchir et travailler ensemble sur le rapport au soin.
- En particulier, **renforcer la formation continue et les échanges d'expériences** de terrain dans des lieux et des temps dédiés, rémunérés et inclus dans la journée de travail.
- **Intégrer la participation des soignants à la permanence des soins dans leur temps de travail** sans l'ajouter en supplément. Cette activité inconfortable par ses horaires, son cadre et ses demandes pourrait être compensée par un dispositif ressemblant au repos de sécurité obtenu il n'y a pas si longtemps à l'hôpital, et loin d'être d'ailleurs toujours appliqué.
- **Recevoir des étudiants**, internes ou externes, dans son cabinet transforme le soignant en enseignant (il l'a juré lors du serment d'Hippocrate : « *Je rendrai à leurs enfants…* ») et l'inscrit dans les étapes de la progression professionnelle et des échanges entre ceux qui sont expérimentés et les plus jeunes. Outre l'altérité d'un autre professionnel, certes en formation, mais doté d'une compétence et membre « de la famille », la présence de l'étudiant oblige et autorise le soignant à discuter et argumenter des pratiques qu'il pense parfois lui-même inavouables et qui sont loin de l'être toujours.
- **Être vraiment aidé dans la gestion et le fonctionnement de l'outil professionnel**, encore plus que dans les soins

aux patients. Les assistants médicaux sont une ressource prometteuse à condition qu'ils n'aient pas pour objectif, comme écrit dans les textes, d'augmenter la file active des médecins mais plutôt de les aider à travailler mieux et plus paisiblement. Compenser une aide par un surcroît de gestion est contre-productif. De même, si l'on croit peupler les déserts médicaux en donnant de l'argent, on n'a pas compris que le problème ne relève pas de l'argent (de toute façon, on en gagnera puisqu'il n'y a pas assez de médecins) mais de la structure de soutien, d'accompagnement et de sens donné à l'investissement professionnel.

- Continuer de manière beaucoup plus active et radicale à **alléger la charge administrative** des soignants. Les directions hospitalières ont bien été confiées à des gestionnaires. Ne faut-il pas faire de même pour les lieux et dispositifs de soin ambulatoire ?
- **Développer le numérique** ne se conçoit pas sans une formation et la gestion rapide et collective des toujours possibles dysfonctionnements, tant la dépendance qu'il induit entraîne une fragilité de fonctionnement. Les outils de suivi doivent être automatisés et non représenter une charge supplémentaire.
- **Assurer la sécurité** des soignants dans leurs cabinets ou en visite, les rassurer sur la permanence de leur entreprise en facilitant de manière drastique les remplacements pour leur permettre de s'arrêter si besoin, leur octroyer, comme à tous les travailleurs, la capacité à recevoir des indemnités journalières rapides (aujourd'hui pas avant le 91e jour d'arrêt de travail) ou à se reconvertir si nécessaire.
- Offrir aux soignants la possibilité de demander et d'obtenir, de manière confidentielle, **un accompagnement professionnel en cas de difficultés** personnelle, organisationnelle ou avec un patient (désaccords, erreur médicale, plainte).
- **Rappeler aux soignants qu'ils sont précieux** et qu'ils doivent en tenir compte pour eux-mêmes et pour leurs patients et pour la collectivité qui les a formés. Ils doivent être fortement incités à être prévoyants quant à leurs risques professionnels et leurs éventuelles défaillances de santé ou sociales. De même, comme tout un chacun, ils doivent prendre soin de leur équilibre professionnel et de leur santé notamment en ayant un « vrai » médecin traitant.
- **Redonner aux soignants l'image qu'ils méritent** auprès de la population et des divers intervenants : de gens motivés, engagés, compétents, attachants, sans être admirables et corvéables à merci, fragiles, surchargés et qui doivent être aidés… Prendre soin de ceux qui nous soignent.

Une mission qualité de vie au travail effective pour l'ambulatoire

Mettre en œuvre ces propositions et en faire émerger d'autres ne se fera pas sans efforts, négociations et arbitrages. Il faudra des moyens mais aussi de la créativité, de la maturation et la persévérance des acteurs, décideurs et bénéficiaires des soins.

Trois ans après la promulgation de cette stratégie, qui a au moins le mérite de légitimer les actions sur le terrain, et malgré quelques réalisations significatives, les moyens adaptés et d'envergure manquent toujours.

Rappelons l'engagement numéro 1 de la stratégie nationale qualité de vie au travail ambulatoire[3] : « *l'amélioration des conditions d'exercice portée au niveau national incarnée par trois actions : 1) Intégrer la dimension ambulatoire à la mission nationale qualité de vie au travail ; 2) Améliorer la connaissance sur les conditions d'exercice en ambulatoire ; 3) Poursuivre le soutien au développement de l'exercice coordonné au niveau des territoires* ». Si l'on veut vraiment que l'ambulatoire ne reste pas cantonné à la recherche d'initiatives, il faut s'en donner les moyens.

3. SNQVT ambulatoire : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sns_qvt_volet_ambulatoire.pdf

tribunes

Prendre soin des professionnels de santé : quels besoins émergent en situation de crise ?

Une enquête qualitative en milieu hospitalier pointe les sources de souffrance des soignants (besoin d'écoute et soutien des pairs) et met en lumière des solutions (libérer la parole et la charge émotionnelle).

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

Anne-Paule Duarte
Enseignante en IFSI (institut de formation en soins infirmiers), groupe hospitalier APHP-Sorbonne université, doctorante en sciences de l'éducation, université Paris-Nanterre, CREF EA 1589 (Centre de recherches en éducation et en formation), membre de la commission spécialisée Système de santé et sécurité des patients, HCSP

Les grandes organisations modernes évoluent dans un environnement concurrentiel où la recherche permanente de performance les amène à solliciter davantage les individus. Ce contexte de tension peut se traduire par l'augmentation de la souffrance psychologique au travail avec un impact sur le taux d'absentéisme, des risques d'erreurs, des maladies physiques et psychiques. La souffrance au travail est un facteur nuisible, puisqu'elle affecte le corps comme le mental, les émotions et le comportement du professionnel (rapport de l'Assemblée nationale, 2017) [59].

La qualité de vie au travail représente aujourd'hui l'une des préoccupations majeures des professionnels de santé, qui accordent de plus en plus d'importance à un environnement de travail favorable au regard de leur bien-être [47].

D'un autre côté, les institutions hospitalières s'y intéressent de plus en plus au regard des enjeux de performance et de fidélisation du personnel [57]. Elles savent que la qualité de vie au travail affecte directement leur efficacité et, par conséquent, les résultats de l'organisation, notamment la qualité des soins [30].

Quelles peuvent être les sources de souffrance au travail des professionnels de santé ?

Pour comprendre comment on peut améliorer la qualité de vie des professionnels de santé, il faut d'abord s'intéresser aux facteurs qui peuvent nuire à leur bien-être au travail. Au travers d'une enquête qualitative en terrain hospitalier, sous la forme de recueil de « récits d'expérience » sur les situations de travail les plus complexes, telles que les situations de crise[1], il a été mis en évidence un certain nombre de constats qui émergent du terrain.

La souffrance invisible : un besoin d'écoute et de reconnaissance

Les professionnels qui sont confrontés à des situations extrêmement complexes, notamment des situations de crise, subissent des impacts directs, ou indirects, tels que la confrontation avec la souffrance des patients (en référence au concept de stress posttraumatique indirect ou secondaire de Cohen et Collens) [17]. Certaines situations, qui, selon les professionnels, sont plus fréquentes qu'on le pense, peuvent être très déstabilisantes, voire traumatisantes. Les professionnels disent pouvoir gérer ces situations mais, lorsqu'elles se cumulent, et qu'ils n'ont pu exprimer leur ressenti, l'émotion peut émerger à tout moment et submerger le professionnel. Un infirmier en rhumatologie s'exprime ainsi : « *Qu'est qu'on fait quand le sac à dos est plein ? quand le vase déborde ?* » Selon un cadre : « *on met tout sous le tapis, on pense que ça a disparu, mais ça ne disparaît pas, il y a récurrence du traumatisme* ».

1. Les situations de crise à l'hôpital sont des situations extrêmes qui viennent perturber le fonctionnement normal de l'établissement et aboutissent à une situation instable, impliquant la mise en place de mesures immédiates, inhabituelles. De par cette nature déstabilisante, elles sont souvent considérées comme des situations de danger ou menaçantes. Situations de crise recensées : conditions climatiques extrêmes, crises sanitaires majeures, événements indésirables graves, actes terroristes, situations de violence, suicides, situations de maltraitance, incendies, situations de restructuration.

Les professionnels ont parfois un sentiment de culpabilité lorsque, malgré tous leurs efforts, la prise en charge du patient n'a pas été efficiente, au regard de leurs attentes. Un sentiment d'impuissance peut amener des doutes et une perte de confiance. Ces phénomènes ont un impact sur le sentiment d'efficacité personnelle [9]. D'après un cadre supérieur, « *quand les professionnels ont de l'expérience, ce qui peut porter préjudice c'est le manque de confiance en soi. Il faut porter une réflexion sur le jugement d'utilité, d'efficacité, ça me semble déterminant.* »

La plupart des professionnels disent ressentir aussi une grande fatigue physique et psychologique après des événements déstabilisants (en lien avec le concept de « compassion fatigue » de Figley) [25]. Ils ont tous souligné un besoin d'écoute après ces événements forts en émotions. Cet échange, lorsqu'il a lieu, peut libérer la parole et la charge émotionnelle, trop forte dans ces moments difficiles.

Ils souhaitent que l'équipe managériale soit proche d'eux et comprenne qu'ils se sont surpassés dans des conditions dégradées : « *on travaille dans de l'humain, il faut être humain soi-même, on ne peut pas bien traiter les patients si on ne traite pas bien les soignants* », déclare un cadre en psychiatrie.

Une forte charge émotionnelle, qui n'a pas pu être extériorisée, peut réapparaître à tout moment : des semaines, des mois ou même des années après, et impacter le professionnel. C'est l'effet de la temporalité de cette souffrance. Un événement, un mot, une image peut faire émerger émotionnellement ce qui n'a pu être exprimé. Cela peut conduire à un « *épuisement, invisible pour le professionnel qui le vit* », selon un psychologue du travail.

Un manque de collectif : le soutien des pairs

Un deuxième aspect qui ressort clairement des récits, ce sont les difficultés de relations entre les différentes catégories professionnelles. Lorsqu'ils vivent des situations difficiles, les professionnels ont besoin de s'appuyer sur des expertises diverses. À ce propos, ils disent souffrir d'un manque de collectif au travail, souvent en raison d'un changement régulier d'unité, ce qui génère une perte de repères et de sens.

Un professionnel qui ne trouve pas les compétences nécessaires aux moments critiques peut se retrouver en difficulté, ce qui génère un impact sur les patients et le collectif. À l'inverse, un professionnel qui se sent entouré par l'équipe médicale et paramédicale est plus en confiance et serein pour gérer les situations complexes. Une infirmière témoigne, après la découverte du suicide d'un patient : « *J'étais sonnée, je me suis laissé porter… on a pu tout de suite en parler, ça a permis de tamiser la situation. On était en état de choc. Je me suis déculpabilisée progressivement. La situation a été gérée indépendamment de moi. Je me suis laissé porter par les autres professionnels qui sont intervenus naturellement.* »

Le soutien et l'expérience de l'équipe sont fondamentaux lors de situations de crise, comme l'explique une cadre de rhumatologie : « *C'est la force de l'équipe… on est toutes complémentaires. On a chacune nos compétences, c'est une grande richesse quand on rencontre des situations de crise. On n'est pas seul, on travaille ensemble. Le vécu, c'est important, mais aussi la personnalité et la qualité du parcours de vie et du parcours professionnel.* » Tous disent avoir besoin d'être accompagnés par des professionnels qui les écoutent et comprennent leur vécu. Ils ne veulent pas être mis à l'écart des soins. Les pairs sont visiblement les personnes de confiance privilégiées dans ces moments difficiles. Selon un des professionnels, il s'agit « *d'instaurer un bon climat, de s'entraider, privilégier un moment de partage, créer un sentiment de groupe qui va resserrer les liens et soutenir moralement le professionnel* ».

Déconnexion vie professionnelle vie personnelle et familiale : un équilibre à maintenir

Les professionnels font souvent référence à une sensation de devoir mettre à l'écart leur vie personnelle lorsqu'ils vivent des situations difficiles au travail. Les situations complexes les déstabilisent. Ils ne peuvent pas partager cette expérience avec leurs proches. Pour autant, ils se retrouvent en difficulté émotionnelle : comment arriver à faire la part des choses ?

Une contrainte souvent citée concerne les rythmes de travail élevés, qui ne sont pas toujours compatibles avec une vie personnelle ou familiale. Cela peut entraîner un contexte de tensions pour s'adapter constamment aux contraintes du service. Selon un des cadres supérieurs, « *lorsqu'on propose des horaires variables, tenant compte des contraintes individuelles, on préserve les expertises avec une satisfaction et un engagement plus important* ».

Les aspects relatifs à la confidentialité des données liées au secret professionnel et aux questions éthiques viennent amplifier ce sentiment de déconnexion vie professionnelle vie personnelle.

Quelles modalités d'accompagnement pour les professionnels de santé ?

Promouvoir des temps d'échange pour *libérer* la parole

Nous l'avons vu, l'une des principales attentes concerne l'instauration de « *moments formels ou informels* » où les professionnels peuvent exprimer leur vécu, en dehors de la contrainte hiérarchique. Prendre le temps d'écouter les professionnels, c'est leur permettre de se libérer de la tension, appréhensions, facteurs de stress inhérents aux situations difficiles. Les groupes de pairs professionnels ou équipes interprofessionnelles sont souvent cités.

Ces interactions favorisent une meilleure compréhension du déroulement des événements et facilitent le « deuil » de ce qui n'a pu être réalisé. Cela permet d'alléger le professionnel du poids des responsabilités, parfois trop lourd à porter, et d'éviter un sentiment d'isolement et d'abandon : « *Un partage d'expérience est toujours une occasion de renforcer les liens entre les collègues* », affirme un cadre.

Les attentes sur ces moments d'expression sont multiples. À titre d'exemple, il a été mentionné par plusieurs infirmiers que, suite à un état de choc ou de sidération, la solution n'est pas forcément de se rendre à la médecine du travail car le professionnel considère qu'il n'est pas malade, il ne veut pas qu'on l'arrête car il a besoin « *du soutien des collègues* ». Il craint de se retrouver isolé sans pouvoir en parler. Il ne veut pas qu'on l'écarte des soins car le fait de continuer à prendre en charge les patients lui permet de prendre de la distance par rapport à la situation, « *il faut continuer à assurer* ».

Former les équipes à une démarche d'accompagnement : une responsabilité collective

L'importance d'être formé à une écoute active et à la reconnaissance du vécu demande, de la part des équipes pluriprofessionnelles, une attitude d'aide, de soutien et de compréhension. Apprendre à gérer ses émotions et celles des autres peut favoriser des transformations positives pour le bien-être de soi et des autres, et promouvoir un changement culturel et social au travail. Cela peut réduire le stress et la surcharge émotionnelle : « *C'est normal de rencontrer des situations complexes. Il faut être honnête avec soi-même : il peut être nécessaire de prendre du recul, car tant que vous êtes dedans vous ne raisonnez pas bien. Il faut penser à autre chose* », raconte un cadre de santé.

Former les futurs professionnels de santé à une démarche d'accompagnement des pairs demande une évolution des référentiels de formation. Il s'agit de former en priorité :

– au développement du bien-être individuel et collectif, en s'appuyant sur les apports de la psychologie positive [26] ;

– à des stratégies d'adaptation aux situations de stress [46] ;

– aux compétences d'intelligence émotionnelle [29].

Mesurer la qualité de vie au travail : le baromètre employeur

Le recueil du ressenti des professionnels vis-à-vis de leur qualité de vie au travail peut être mis en place *via* des dispositifs du type baromètre employeur, déjà largement répandu dans les grandes entreprises multinationales. Il peut être implémenté *via* des questionnaires réguliers en ligne, où les réponses sont rendues anonymes et font l'objet d'un traitement statistique. Il doit être animé par des organismes externes pour garantir l'objectivité, la neutralité et la confidentialité des données.

Ce type de baromètre permet aux professionnels de s'exprimer librement sur leurs conditions de vie au travail. Il met en évidence les principaux axes d'inconfort. Les résultats vont permettre d'isoler les principaux éléments qui posent problème en vue d'une prise de décision (figure 1).

Conclusion

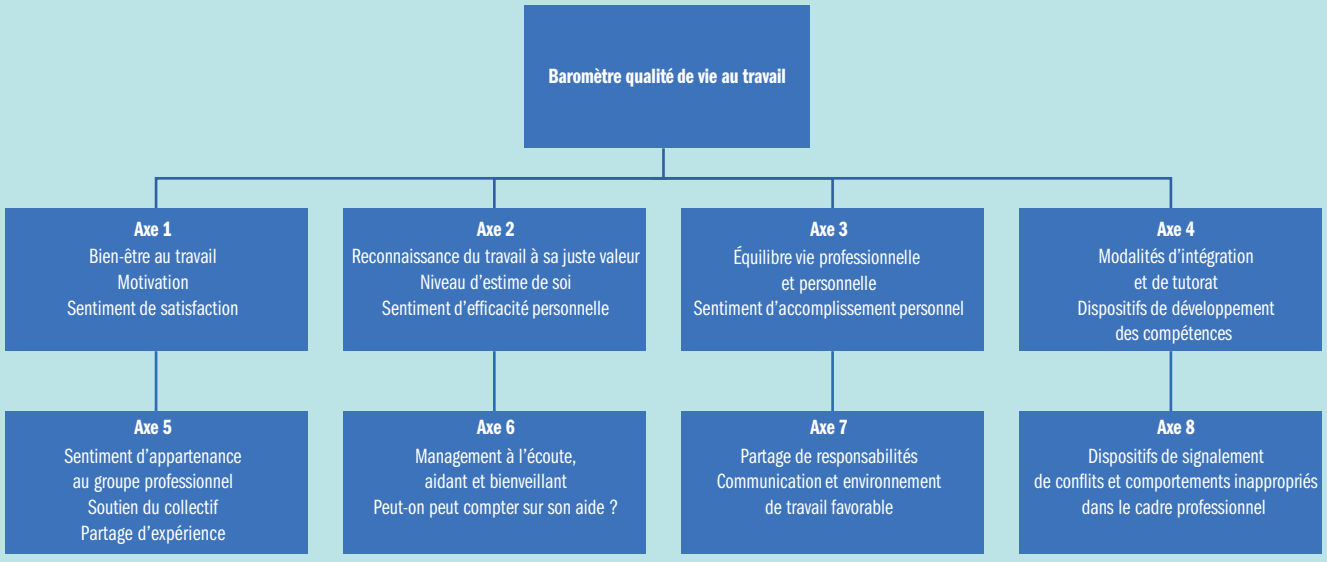
Au regard des récits d'expérience recueillis, on comprend que beaucoup reste à faire au sein des institutions hospitalières en termes de politiques de promotion de la *qualité de vie au travail*.

Le baromètre qualité de vie au travail peut être une bonne mesure de la température interne des organisations, mais cela ne reste qu'une première étape. Il faut aller bien au-delà et renforcer les moyens de soutien et d'accompagnement des équipes de soins dans la gestion des processus émotionnels, facilitant l'expression et la compréhension de leur vécu. Apprendre à « faire ensemble » devient une nécessité si on veut véritablement motiver et fidéliser les professionnels.

Un vaste champ de recherche en sciences humaines et sociales reste également à investir afin de promouvoir une culture partagée de la qualité de vie au travail, à développer dès la formation initiale des étudiants en santé. Prendre le temps d'écouter les professionnels, c'est *prendre soin* de l'organisation elle-même. L'efficience d'une organisation se mesure également d'après le niveau de satisfaction et de confiance accordé par les professionnels.

figure 1

Baromètre qualité de vie au travail : huit axes prioritaires à évaluer



tribunes

Approches managériales favorables à la qualité de vie au travail : mieux accompagner les professionnels de santé

Les approches managériales pour les professionnels de santé doivent prendre en compte les conditions de travail et la performance de l'organisation des soins.

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

Anne Muller
Maître de conférences en sciences de l'éducation, université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Idhes (Institutions et dynamiques historiques de l'économie et de la société)-UMR 8533

Dans le domaine de la santé, les transformations ou créations de nouvelles organisations de travail nécessitent la mutualisation, la collaboration des professionnels pour une coordination des parcours de soins. S'y ajoutent une diversification des postes et des missions posant la question de repenser le sens du travail et de son articulation. La systémie des métiers et des champs de territoires et de compétences nécessite le partage d'une vision commune en termes de finalités ou de moyens pour travailler ensemble *autrement* et donc manager *autrement*. L'art du management relève de l'agilité au regard de l'environnement contraignant. L'agilité, ou capacité à s'adapter rapidement aux changements de l'organisation ou de l'environnement, devient une compétence clé. Le professionnel et l'organisation deviennent agiles, capables d'ajuster leur mode opératoire pour s'adapter aux nouvelles demandes des usagers, des activités.

L'articulation entre le management des professionnels de santé et la qualité de vie au travail en est un point clé. Celle-ci « *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* » [4]. Le management relève le défi face aux enjeux qui impactent fortement la qualité de vie au travail, levier de performance. Quelles sont les approches managériales pour les professionnels de santé favorables à la prise en compte des conditions de travail et de la performance de l'organisation des soins ? Quels enjeux et quelles perspectives ? Quelles dynamiques et démarches mettre en place ?

La qualité de vie au travail : une préoccupation de la politique de santé

Améliorer la qualité de vie au travail, prendre soin de ceux qui soignent relève d'une stratégie nationale de santé. Le titre du rapport Lecocq, Coton et Verdier [47] en atteste : *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*. Améliorer les conditions de travail et la prévention des risques professionnels, combattre la violence et le harcèlement au travail, publier un guide de la qualité de vie au travail proposant des outils et méthodes pour conduire une démarche qualité de vie au travail sont des objectifs et des moyens d'y parvenir. Le rapport de Rousseau et D'Autume de 2019 [57] identifie des leviers de transformation des conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière. La recension des écrits montre de nombreux rapports sur le thème, alors que la souffrance des professionnels soignants explose. Les soignants, de manière récurrente, témoignent de leur insatisfaction et souffrance liées à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, aux valeurs soignantes chahutées par l'enchaînement des actes de soins dans un travail intensif, aux dépens du côté relationnel ou du sens qui motive ces soins. Cela diminue l'attractivité des professions de santé et génère une pénurie de personnels, symptomatique d'une dégradation des conditions de travail. Certains pallient l'insuffisance de ressources humaines pour maintenir la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Les tensions sont permanentes, les grèves illimitées des services d'urgences, les démissions de médecins dans les hôpitaux en sont l'illustration.

L'environnement de travail plus numérique, avec des espaces et des temps décalés pour

travailler en mobilité, en télétravail, en collaboration, se révèle parfois peu adapté et contraignant. La création d'outils d'aide au diagnostic, à la prescription, et au suivi des patients, à la prédiction des complications peut heurter les valeurs soignantes, si le regard éthique est absent. Ils augmentent l'insécurité et le stress, d'autres contraintes physiques ou psychiques, telles que la posture assise devant l'écran, une déconnexion difficile, une porosité entre-temps professionnel et privé. Cela s'ajoute aux horaires de nuit, aux repos décalés ou supprimés par manque d'effectifs, accentuant la pression psychologique liée aux notions de vie et de mort, à la peur des agressions, à une solitude par manque d'effectif. La compétitivité, l'activité avec sa tarification, la diminution de la durée moyenne de séjour, la complexité des prises en charge ou l'engorgement des services accentuent la pression au travail. La charge de travail altère la qualité de la relation à l'autre, patient ou professionnel. Elle limite les échanges professionnels, les échanges de pratiques et le compagnonnage nécessaires avec l'accélération de l'évolution des savoirs, des techniques, et les compétences attendues pour le XXIe siècle.

Ce contexte et l'acte de soin perdant de son sens deviennent maltraitants, causes de stress, de *burn-out*, de non-qualité de vie au travail, de démotivation, et de risque sur la santé. Ils sont aussi source d'absentéisme et de dysfonctionnement, et donc de coût pour l'organisation. Tout est lié. En France, le coût social du stress au travail étant évalué entre 1,9 et 3 milliards d'euros, la qualité de vie au travail devient une utopie. Le professionnel est un praticien réflexif, qui pense son agir professionnel et recherche un sentiment d'efficacité personnelle, de reconnaissance par lui-même et par autrui. La reconnaissance au travail est un levier d'investissement, de motivation, et de bien-être des collaborateurs. *Le Guide de la qualité de vie au travail* [5] la cite d'ailleurs dans sa définition de la qualité de vie au travail.

Un management participatif pour favoriser le travail ensemble

Le management des professionnels de santé a à s'inclure dans la stratégie nationale, à s'approprier les méthodes et moyens à disposition pour gérer les enjeux d'organisation du travail au sein d'un collectif, d'amélioration des conditions de travail et d'efficience des soins, de performance et de compétitivité des structures. S'y ajoutent des enjeux de formation tout au long de la vie des professionnels pour leur professionnalisation permanente. Il s'agit d'identifier les risques psychosociaux, d'en connaître les facteurs et les conséquences pour savoir quand et comment agir au quotidien pour leur prévention ou leur traitement. Une démarche d'amélioration constante des conditions de travail se fonde sur une démarche collaborative et interdisciplinaire pour que chacun intervienne dans les limites de son champ de compétences. Apprendre à travailler ensemble avec une vision et un langage commun demande une analyse réflexive des représentations du métier de l'autre, de connaître et respecter son champ de compétences. Cela nécessite d'échanger sur les valeurs et de s'inscrire dans une démarche d'acculturation, de respecter une éthique managériale, visant la bientraitance du patient, du professionnel et du collectif de travail.

Des chartes étant établies avec la participation des acteurs, l'amélioration des conditions de travail se fait de manière systémique. Il s'agit d'impulser une dynamique individuelle et collective par un management plus participatif, plus incitatif à l'engagement, à l'implication. Des leviers en perspective concernent les dispositions des professionnels et le soutien managérial au collectif de l'organisation, à l'amélioration des conditions de travail et à la performance. Le sentiment de bien-être au travail, qu'il soit perçu individuellement ou collectivement, se fonde d'une part sur le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'intérêt du travail ; et d'autre part sur la culture, le climat et les conditions de travail de l'organisation, le droit à l'erreur et à l'égalité, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.

Identifier ce qui participe et ce qui nuit à la qualité de vie des professionnels

Peuvent se conjuguer des démarches d'innovation et de projet, de dialogue, de concertation ou de partenariat, autonomisantes, responsabilisantes. Toute démarche innovante dans l'organisation, toute démarche projet est pensée avec son corollaire, l'engagement dans la prévention des risques psychosociaux, la prise en compte des aspects de qualité de vie des professionnels par l'intégration des mesures concernant les conditions et l'environnement de travail. L'objectif est d'identifier et lever les obstacles pour adapter les postes de travail par la reconversion et la formation des effectifs, adapter et évaluer la charge et les conditions de travail, faciliter les relations entre les professionnels. En y associant la notion de maîtrise d'usage et de plan de communication impliquant les professionnels, la démarche donne une dynamique et un sens commun au travail. Elle permet aux professionnels de s'engager, d'avoir un rôle et des responsabilités dans un champ d'autonomie, un sentiment d'efficacité personnelle et une reconnaissance à terme. La notion de soutien managérial, d'encouragement ou de guide du management aux projets individuels ou collectifs est essentielle, vectrice de motivation au travail.

Une démarche d'autonomisation et de responsabilisation individuelle et collective peut se conjuguer avec une démarche participative dans l'engagement, les décisions relatives aux soins, à l'organisation. C'est autoriser une responsabilité partagée dans la codécision, la cogestion, la coévaluation des soins, de la formation. C'est laisser une liberté de choix de ressources humaines et matérielles, favoriser une posture d'auteur de son propre développement, de son autoformation et de la formation d'autrui. C'est promouvoir la culture et la pratique de l'apprenance [16], de la résolution de problèmes en groupe, du développement de l'esprit critique. C'est initier une organisation apprenante [60] pour permettre un processus d'apprentissage et de professionnalisation individuel et collectif, permanent, des personnes exerçant l'activité. Cela participe au développement professionnel continu, à l'accompagnement des transitions professionnelles, au soutien de l'individu et du collectif. En enrichissant les pratiques par les formations formelle ou informelle, la qualité des soins dispensés augmente et donc la performance. Faire des entretiens professionnels une occasion d'envisager l'occupation d'un poste moins exposé ou une évolution professionnelle, reconnaître les compétences acquises et les valoriser au sein des parcours professionnels sont d'autres pistes encore.

Au regard des enjeux sociétaux, de marché ou liés à la nature du travail, l'approche managériale vise à anticiper le changement et à préparer l'avenir. Elle peut être envisagée comme l'instauration de dynamiques favorisant un environnement confiant et bienveillant, apprenant et créatif, innovant et reconnaissant, professionnalisant et soutenant, autonomisant et responsabilisant. Ce pour tous, de manière égalitaire. La démarche participative ouvre au paradigme du «co», de la coconception à la coévaluation de dispositifs. Réfléchir ensemble et en interdisciplinarité les phases du processus de projet/de soin/de formation/de recherche permet les adaptations et aménagements de conditions de travail durables dans un dialogue entre acteurs et disciplines. Renforcer les sentiments de compétence, d'appartenance et de reconnaissance renforce ceux de qualité de vie au travail et de performance. Les échanges sur l'éthique de la relation et du numérique, sur le climat et la vision stratégique de l'organisation, sur l'organisation du travail peuvent s'étendre à la définition, la conduite ou l'évaluation de la qualité de vie au travail perçue. Il s'agit de démarches d'articulation et de conciliation entre le management du travail et de la performance par le management de la qualité de vie.

tribunes

Promouvoir la qualité de vie au travail : comment l'EHESP forme les managers de demain ?

La qualité de vie au travail est au cœur de l'activité de tout dirigeant. L'EHESP propose une formation transversale et interdisciplinaire « Qualité de vie au travail, compétence en pilotage stratégique ».

Paula Cristofalo
Maître de conférences à l'Institut du management (IdM), équipe d'accueil en management des organisations de santé (EA MOS), École des hautes études en santé publique (EHESP)

L'École des hautes études en santé publique (EHESP) est un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel, placé sous la tutelle des ministres chargés des Solidarités et de la Santé, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. L'une des missions de l'EHESP est d'assurer la formation initiale, dite formation statutaire, des élèves qui se destinent à exercer des fonctions de directeur d'hôpital, d'établissement social et médico-social, de directeur des soins, d'attaché d'administration hospitalière, d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale…

Depuis 2010, l'EHESP a intégré dans ses programmes la thématique de la qualité de vie au travail. Cette intégration s'est faite de manière progressive et différenciée pour chaque filière d'enseignement (directeur d'hôpital, attaché, directeur des soins…). L'année à venir marquera une évolution : un travail de refonte des formations statutaires, tant sur les contenus que sur les modalités d'enseignement, est en cours. Un nouveau programme pour l'ensemble des formations statutaires sera mis en pratique à compter de janvier 2021. Il devrait constituer une avancée par rapport à la manière dont la qualité de vie au travail a été appréhendée et enseignée jusqu'à maintenant au sein de l'EHESP.

De la sensibilisation des managers à la qualité de vie au travail…

La qualité de vie au travail a été introduite dans les cursus de formation de manière transversale et progressive, le plus souvent à travers une pédagogie de formation-action. L'objectif était triple : informer sur la thématique, former à la démarche et préparer les futurs responsables à faire vivre la qualité de vie au travail dans leur établissement[1]. Il s'agissait aussi de développer une approche critique des conditions de réussite de cette politique. En fonction du public et au gré des changements introduits dans chaque programme de formation (notamment grâce à la mobilisation de modalités pédagogiques plus interactives), la thématique qualité de vie au travail a été travaillée de façon différenciée selon les filières. À titre d'exemple, en 2019, pour l'ensemble des élèves de la filière Direction d'hôpital, deux jours ont été consacrés à la qualité de vie au travail au sein de l'unité d'enseignement « Ressources humaines pour les managers/chefs de projet », avec l'utilisation d'outils individuels de simulation en ligne, la réalisation de travaux collectifs (réflexion et rédaction d'une note à destination du chef d'établissement) et la simulation d'une présentation en comité de direction suivie d'un débriefing devant un jury. Autre exemple, pour les élèves de la filière Direction des soins, la formation sur la qualité de vie au travail a duré un jour et demi, la majeure partie ayant porté sur le soutien au travail en équipe.

Dans la plupart des filières, il s'agissait d'articuler une partie théorique (plus académique) avec une partie pratique, dans laquelle les élèves devaient eux-mêmes se rendre sur le terrain. Ils devaient par exemple conduire une petite enquête au sein de leur établissement de stage pour analyser au plus près du terrain ce qui se faisait en matière de qualité de vie

1. Pour une présentation plus exhaustive : [22].

au travail (politiques, actions, indicateurs), en ne se contentant pas d'aller voir seulement les directions. Ils devaient compléter ce travail avec une note d'étonnement, succincte mais appuyée sur le recueil des données des établissements autant que sur des entretiens formels et informels avec les différentes catégories du personnel et leurs représentants. Nous entendions ainsi pousser les élèves à développer un regard critique et réflexif sur la qualité de vie au travail, à prendre du recul par rapport au contexte et à se confronter à leurs propres préjugés. C'est un principe essentiel de la démarche qualité de vie au travail : contextualiser, aller à la rencontre des agents et partir du travail concret. Outre ces moments spécifiquement dédiés à la qualité de vie au travail, la thématique a été travaillée au sein d'autres unités d'enseignement.

… à son inscription en tant que compétence incontournable de leur mission

Ces dernières années, dans le cadre de son chantier de réingénierie pédagogique, l'EHESP a fait évoluer ses formations. Ce processus se poursuit en abordant divers enjeux tels que la redéfinition des temps et rythmes de formation (alternance), l'individualisation des parcours et la refondation des maquettes à travers l'introduction d'une logique de compétences.

L'année 2019 a été consacrée à l'introduction d'une approche dite par compétences. Concrètement, il s'agissait de décomposer les activités par métier, de définir exhaustivement les compétences requises, de distinguer entre des compétences génériques, transversales à tous les « managers en santé », et des compétences spécifiques à chacune des « fonctions », pour ensuite regrouper ces compétences en une série de blocs. Ce travail est toujours en cours – et il peut être amené à évoluer au gré des discussions à venir et à la suite de la mission menée par F. Thiriez à la suite du rapport présenté au Premier ministre en janvier 2020 sur la formation à la haute fonction publique.

À ce jour, quatre-vingt-huit compétences ont été définies. Parmi elles, celle de « Mettre en place une organisation soucieuse de la qualité de vie au travail » a été reconnue comme une compétence transversale et intégrée à un bloc de compétences intitulé « Pilotage stratégique et performance ». La performance est ici la performance globale et ne se réduit surtout pas à la performance financière ni à la prise en compte de seuls indicateurs quantitatifs. Dans ce bloc de compétences, le souci de la qualité de vie au travail s'inscrit au cœur de l'activité de tout dirigeant, dans le but d'en faire un responsable capable de soutenir ses équipes dans leur travail (prescrit, réel et vécu). Cela suppose d'être capable de développer, à tous les niveaux, des formes de management soucieuses de la santé du personnel et attentives au sens du travail, puisque de celui-ci dépend la qualité des soins. Dans la vision que l'EHESP souhaite porter, la qualité de vie au travail est une dimension stratégique du pilotage d'une organisation. À travers le dialogue social, elle doit permettre de créer, développer et assurer les conditions d'organisation du « bien-travailler ».

Une compétence enseignée, acquise en interfiliarité

Selon les compétences et selon les publics, des modules d'introduction peuvent suffire tandis que d'autres nécessitent des modules d'approfondissement. La qualité de vie au travail relève de la seconde configuration puisqu'elle est au cœur des compétences requises dans l'exercice des fonctions de direction. La différence par rapport au passé, et elle est de taille, portera sur le fait que ces enseignements seront dispensés en interfiliarité, c'est-à-dire que la qualité de vie au travail sera travaillée avec et entre élèves se préparant à des fonctions diverses. Une telle démarche permet en effet de mieux prendre en compte les ressources et contraintes de tous les acteurs concernés par la qualité de vie au travail. Elle instille une vision systémique qui permet ensuite d'identifier sur le terrain les points de blocage et de lever les résistances en développant une posture de dialogue et de respect des positions divergentes. Toutes les recherches menées en gestion soulignent en effet à quel point la cohérence et le soutien des directions, dans la diversité de leurs composantes, sont essentiels à la réussite de la qualité de vie au travail sur le terrain.

Il s'agit d'une adaptation nécessaire et largement souhaitée. Ce changement répond à une évolution obligatoire de l'ensemble des dispositifs de formation dans le cadre de l'évolution de la formation professionnelle (logique des blocs de compétences, modification des modalités de financement…) et des métiers (en lien avec les différentes réformes, groupements hospitaliers de territoire [GHT] par exemple). Il correspond également aux attentes fortes des professionnels comme des élèves, qui, lors des enseignements et aussi par le biais de leurs représentants, ont formulé une demande de plus de travail de formation en interfiliarité. Passer d'une sensibilisation à la qualité de vie au travail à la mise en place d'une formation transversale et interdisciplinaire « Qualité de vie au travail, compétence en pilotage stratégique » constitue ainsi une réponse à des demandes spécifiques et s'inscrit dans un cadre plus large, qui est celui du projet stratégique de l'EHESP (2019-2023).

Une formation continue courte et interdisciplinaire ouverte aux médecins, cadres de santé et directeurs d'établissement sera par ailleurs inscrite dans le catalogue, à côté des diplômes et formations qui existent déjà et qui abordent ces questions sans les traiter exclusivement. C'est le cas du diplôme d'établissement « Médecin manager », par exemple, destiné aux médecins en responsabilité d'équipes et/ou de projets (président de CME, chef de pôle, chef de service, médecin coordonnateur-Ehpad, HAD…). La création d'un module spécifique sur la qualité de vie au travail, adressé à des profils administratifs et soignants divers, viendra compléter l'offre de formation proposée par l'EHESP.

tribunes

Comment améliorer les conditions de travail des infirmiers ?

Pour rendre le travail infirmier à nouveau attractif, il est indispensable d'agir sur les conditions de travail afin de redonner aux infirmiers le sentiment d'être acteurs de leurs métiers.

Céline Laville
Présidente nationale du syndicat Coordination nationale infirmière

Contexte actuel, état des lieux des conditions de travail des infirmiers et modalités d'évolution

Les conditions de travail des infirmiers se sont nettement détériorées au cours des dix dernières années. Les économies demandées aux établissements de santé en sont principalement la cause.

Ces derniers mois, nous constatons une pénurie d'infirmiers dans tous les établissements français par manque d'attractivité du métier. Les professionnels, déjà en place, fuient l'hôpital pour aller travailler dans le secteur libéral voire changer de métier. Les nouveaux diplômés ne sont plus attirés par l'hôpital et ne postulent pas. Cela entraîne l'impossibilité pour les directions de mettre en place une gestion de l'absentéisme efficiente afin de ne pas épuiser les personnels en poste.

La perte de sens est un des éléments importants dans cette fuite. Les infirmiers ont le sentiment d'être des instruments de soins. Le *lean management* a conduit à un sentiment de travail à la chaîne et de déshumanisation de leur métier. Les professionnels entendent un discours de rentabilité et de rendement qui n'est pas en adéquation avec leur perception du métier et leurs valeurs soignantes.

Toutes les réorganisations et changements d'organisation sont imposés et non proposés. La gouvernance des hôpitaux aujourd'hui n'intègre pas les infirmiers dans la réflexion de l'organisation du travail. Le sentiment de subir plutôt que d'être acteur de son métier engendre une perception négative de l'exercice professionnel actuel.

L'équilibre vie professionnelle et vie privée est aussi un élément prépondérant en ce qui concerne la fuite des infirmiers vers un autre métier ou vers le secteur libéral. Les plannings changent sans cesse du fait du manque de personnel. Les retours sur repos sont devenus trop fréquents. Faire le choix entre les patients et sa famille est devenu impossible car celui-ci revient trop souvent. Les cadres de santé sont eux aussi mis à mal dans leur exercice car ils n'ont pas les moyens nécessaires pour préserver leurs équipes, ce qui conduit à des conflits et des incompréhensions de la part des infirmiers sur le management mis en place.

Ces différents constats négatifs du métier se font dès la formation initiale d'infirmier. Les étudiants sont eux aussi en difficulté dans leurs parcours de stages. Les professionnels devant les encadrer et leur apprendre le métier n'ont plus le temps de faire un tutorat de qualité. Les étudiants servent de plus en plus souvent de variable d'ajustement dans la gestion de l'absentéisme, ce qui ne leur permet pas d'avoir un apprentissage de qualité et leur donne une perception négative de leur future pratique.

Il est urgent d'améliorer la qualité de vie au travail pour que les infirmiers retrouvent du sens à leur exercice professionnel. Renforcer l'attractivité du métier et fidéliser les professionnels est un enjeu de taille si nous voulons que les infirmiers reviennent travailler dans les hôpitaux.

Propositions pour améliorer le quotidien des infirmiers, cadres et étudiants en soins infirmiers

Pour améliorer le quotidien des infirmiers, la première mesure serait de les remettre au centre des réflexions de réorganisation. Ils

doivent redevenir acteurs de l'organisation de leurs services. Il faut impérativement remettre du lien et de la réflexion au sein des équipes de soins. Il faut donner aux infirmiers et aux équipes pluridisciplinaires le temps de la démarche projet.

Celle-ci est un élément du management participatif. Elle permet, à partir d'un problème de fonctionnement, de réfléchir en équipe, et de trouver des solutions pour le résoudre. Les bénéfices de cette démarche sont multiples :

– la reconnaissance et le respect de l'équipe et de l'individu au sein de celle-ci ;

– l'association aux prises de décision qui permet d'avoir le sentiment d'être acteur et de ne pas subir sans cesse son travail ;

– la cohésion et la cohérence d'équipe, qui sont fondamentales dans le métier d'infirmier ;

– la communication et l'information (ascendante ou descendante), que nous avons perdue par manque de temps ;

– la valorisation de la personne.

Cette démarche projet permettra aux infirmiers de redonner du sens à leur travail et de ne plus être des instruments de soins, puisqu'ils participeront activement aux prises de décisions.

En ce qui concerne l'attractivité du métier, il faut également améliorer l'accueil et le tutorat des nouveaux diplômés. Il faut restaurer les procédures d'intégration pour les nouveaux arrivants en rendant leurs mises en place, ainsi que leurs suivis, obligatoires. Le temps de tuilage ne se fait plus de façon systématique à cause de l'absentéisme et du manque de personnel.

Dans ce cadre, il serait judicieux d'augmenter, de manière significative et générale, des pools par catégorie professionnelle. Les infirmiers en fin de carrière pourraient être chargés de fonctions d'accompagnements à la prise de poste de tout nouvel arrivant dans les établissements. Ce type de fonction existe déjà dans d'autres pays (par exemple en Australie) et a démontré son utilité. Ces professionnels sont des personnes ressources, sollicitées par les agents en difficulté sur la réalisation d'un soin par exemple, la formation initiale ne permettant pas toujours l'acquisition des connaissances et des pratiques nécessaires pour répondre à la diversité d'actes et aux spécificités de certains secteurs d'activité.

Il s'agirait d'une évolution majeure au sein de nos établissements qui sécuriserait la prise de fonction des professionnels et permettrait une transmission des expériences et des savoirs. Ces postes paraîtraient particulièrement adaptés pour des agents en deuxième partie de carrière, qui possèdent une expérience et un savoir-faire essentiels à transmettre aux nouveaux arrivants.

Pour ce qui est des étudiants en soins infirmiers, ils ne doivent pas servir de variable d'ajustement de l'absentéisme. Ils doivent être encadrés par des professionnels, qui bénéficient de temps pour cela.

À ce jour, au vu du manque de personnel et de l'épuisement de celui-ci, ces propositions ne pourraient pas être mises en place sans l'attribution de fonds permettant de garantir une adéquation des effectifs à la charge de travail quotidienne et au remplacement de l'absentéisme.

En conclusion, l'amélioration des conditions de travail passe inévitablement par l'amélioration de la qualité de vie au travail. La gouvernance des établissements de soins doit entrer dans une démarche participative de manière à redonner aux infirmiers le sentiment d'être acteurs de leurs métiers. Cela entraînerait un sentiment positif d'appartenance qui procurerait du bien-être au travail, diminuerait l'absentéisme et permettrait de retrouver un équilibre vie privée vie professionnelle.

Ajoutez à cela une réelle reconnaissance de la pénibilité et un travail sur les fins de carrières pour que tous puissent avoir une vision à long terme de celles-ci et vous redonnerez de l'attractivité à un métier qui aujourd'hui ne fait plus rêver.

Bibliographie générale

1. Acker D., Bensadon A.-C., Legrand P., Mounier C. *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*. Rapport n° RM2012-046P. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2012.
2. Aiken L. H., Patrician P. A. « Measuring organizational traits of hospitals : The Revised Nursing Work Index ». *Nursing Research*, 2000, 49 (3) : 146-53.
3. Aiken L. « Safety in numbers : A mandatory minimum nurse to patient ratio improves outcomes. Linda Aiken reports on her research ». *Nursing Standard*, 2010, 24 (44) : 62-63.
4. Anact. *Favoriser la qualité de vie au travail : une priorité du réseau Anact-Aract*. Anact, 2015. https://www.anact.fr/favoriser-la-qualite-de-vie-au-travail-une-priorite-du-reseau-anact-aract
5. Anact. *Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche qualité de vie au travail*. Anact, 2019. https://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-la-qualite-de-vie-au-travail
6. Anact. « Améliorer la qualité de vie au travail. Des pistes pour agir ». *In* : *Travail et changement*, 2007, numéro spécial mai/juin, p. 5.
7. Azaïs S. « Mathématiser l'évaluation des événements indésirables : une quête de la pierre philosophale ? » *In* : Casagrande A. (dir.). *Éthique et management du soin et de l'accompagnement*. Paris : Dunod, 2016 : 129-161.
8. Bachelard O. (dir.). *Le Bien-être au travail*. Presses de l'EHSP, 2017.
9. Bandura A. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Préface de Carré Ph., traduction de Lecomte J. Editions De Boek, « Ouvertures psychologiques », 2015.
10. Barlet M., Marbot C. (dir.). Les conditions de travail à l'hôpital. *In* : *Portrait des professionnels de santé. Édition 2016*. Paris : Drees, « Panoramas de la Drees – Santé », 2016.
11. Beque M., Mauroux A., Baradji E., Dennevault C. « Quelles sont les évolutions récentes des conditions de travail et des risques psychosociaux ? » *Dares Analyses,* décembre 2017, 082. https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/quelles-sont-les-evolutions-recentes-des-conditions-de-travail-et-des-risques
12. Bodier M., Gollac M. (dir.). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2010. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
13. Bonnefond J.-Y., Clot Y. Clinique du travail et santé au travail : ouvertures, perspectives et limites. *Revue électronique Pistes (Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé)*, 2018, 20 (1).
14. Bottazzi V. *et al*. Des espaces de discussion au service de la capacité d'action des salariés et de la performance. Anact, *Revue des conditions de travail*, 2015, 3.
15. Brunelle Y. « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ». *Pratiques et organisation des soins*, 2009, 40 (1) : 39-48.
16. Carré Ph. *L'Apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod, 2005.
17. Cohen K., Collens P. « The impact of trauma work on trauma workers : A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth ». *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, and Policy*, 2013, 5 (6) : 570-80.
18. Colombat Ph. (dir.). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Éditions Lamarre, 2012.
19. Colombat Ph., Bauchetet C., Fouquereau E., Trager S., Gillet N., Kanitzer C. « La démarche participative dans les soins ». *Gestions hospitalières*, 2014, 534 : 151-57.
20. Colombat Ph., Lejeune J., Coillot H., Chevalier S., Fouquereau E. « La démarche participative : un enjeu pour le système de soins ». *Risque et qualité*, 2018, 15 : 30-34.
21. Couty E., Scotton C. *Pacte de confiance pour l'hôpital*. 2013 https://www.vie-publique.fr/rapport/32989-le-pacte-de-confiance-pour-lhopital-synthese-des-travaux
22. Cristofalo P. « La qualité de vie au travail, des discours aux pratiques ». *Risques & qualité en milieu de soins*, 2018, XV (1) : p. 61-66.
23. Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. *Manuel de certification des établissements de santé V2010*. HAS, juin 2009. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf
24. Estryn-Béhar M. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2008.
25. Figley C. R. « Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview ». *In* : Figley C. R. (dir.). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized.* New York : Brunner/Mazel, 1995 : 1-20.
26. Fredrickson B. L. The role of positive emotions in positive psychology : The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 2001, 56 (3) : 218-226. https://doi.org/1037/0003-066X.56.3.218
27. Galam É. « Soigner les soignants. La formation implicite des médecins et leurs fragilités ». *Médecine*, 2015, 11 (9) : 388-90. doi : 10.1684/med.2015.1284
28. Ghadi V. *Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins*. Anact, *Travail & Changement*, 2017, 366.
29. Goleman D. *L'Intelligence émotionnelle au travail*. Paris : Village mondial, 2005.
30. HAS, Anact-Aract. *Qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux*. HAS, septembre 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2786495/fr/construire-une-demarche-qualite-de-vie-au-travail
31. HAS, Anact. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements de soins*. HAS, mai 2019. 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
32. HAS, Forap. *Enquêtes sur la culture de sécurité. Comprendre et agir*. HAS, mai 2019. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2852498/fr/enquete-culture-securite
33. HAS, Forap. *Rencontres sécurité Un partenariat entre les équipes et la gouvernance. Guide méthodologique et outils*. HAS, novembre 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2887464/fr/rencontres-securite-une-methode-au-service-du-management
34. HAS. Check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ». Version 2018. HAS, novembre 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire
35. HAS. *Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens. Points clés et solutions*. HAS, novembre 2015. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-

Bibliographie générale

entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe

36. HAS. *Gestion des risques en équipe associée à la sécurité des patients*. HAS, juin 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2854104/fr/gestion-des-risques-en-equipe
37. HAS. *La Certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail*. HAS, novembre 2013. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735020/fr/rapport-la-certification-la-qualite-des-soins-et-la-qualite-de-vie-au-travail-novembre-2013
38. HAS. *La boîte à outils Briefing – Debriefing*. HAS, juillet 2016. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1601003/fr/
39. HAS. *La culture de sécurité des soins : du concept à la pratique*. HAS, décembre 2010. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1025241/fr/culture-de-securite-du-concept-a-la-pratique-decembre-2010
40. HAS. *Programme d'amélioration continue du travail en équipe : Pacte*. HAS, mai 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2831393/fr/programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe-pacte
41. HAS. *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. HAS, mai 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
42. HAS. *Saed : situation, antécédents, évaluation, demande. Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé*. HAS, octobre 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
43. Haliday H. « Tenants et aboutissants de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : une revue de littérature ». *In* : *Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus.* Paris : Fédération hospitalière de France (FHF), 2017. https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Rapport-FHF-sur-la-QVT-les-actions-a-partager-les-engagements-attendus
44. Kornig C., Levet P., Ghadi V. *Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Paris : Haute Autorité de santé, 2016.
45. Kramer M., Schmalenberg C. Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 2004, 34 (7/8) : 365-78.
46. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer, 1984.
47. Lecocq C., Coton P., Verdier J.-F. *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*. Rapport au Premier ministre, 2019. https://www.vie-publique.fr/rapport/271619-rapport-lecocq-sante-securite-qualite-travail-dans-fonction-publique
48. Lejeune J., Chevalier S., Coillot H., Gillet N., Michon J., Dupont S., Rachieru P., Gandemer V., Fouquereau E., Colombat Ph. « Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique ». *Revue d'oncologie hématologie pédiatrique,* 2017, 5 (2) : 84-93.
49. Loquet J., Ricroch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. *In* : Boisguérin B., Brilhaut G. (dir.). *Le Panorama des établissements de santé. Edition 2014*. Paris : Drees, « Études et Statistiques », 2014. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/le-panorama-des-etablissements-de-sante/article/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2014
50. McClure M., Poulin M. A., Sovie M. D. *et al*. *Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, Missouri : American Nurses'Association, 1983.
51. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Circulaire n° 257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du *Guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissement*. http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-28/a0282079.htm
52. Naton J.-F., Fraquelli T. « Rendons effective la centralité du travail dans les entreprises et le dialogue social ». Anact, *Revue des conditions de travail*, mai 2016, 4.
53. Pelletier J. « La QVT : une voie pour innover ». Anact, *Revue des conditions de travail*, décembre 2015, 3.
54. Pronost A.-M., Le Gouge A., Leboul D., Gardembas-Pain M., Berthou C., Giraudeau B., Colombat Ph. « Effets des caractéristiques des services en onco-hématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques socio-démographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping et qualité de vie au travail ». *Revue Oncologie,* 2008, 10 (2) : 125-34.
55. Pucher P. H., Aggarwal R., Batrick N., Jenkins M., Darzi A. « Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient ». *Surgery,* 2014, 155 (5) : 902-9.
56. Richer M. « Bien-être et efficacité : Pour une politique de qualité de vie au travail ». Note de Terra Nova, 2013, p. 4 http://tnova.fr/etudes/bien-etre-et-efficacite-pour-une-politique-de-qualite-de-vie-au-travail
57. Rousseau A., D'Autume C. *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*. Rapport au ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/transformer-les-conditions-d-exercice-des-metiers-dans-la-communaute
58. Saillour-Glénisson F., Domecq S., Kret M., Sibé M., Dumond J.-P., Michel Ph. « Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards ». *BMC Health Services Research*, 2016, 16 : 491.
59. Sebaoun G. *Syndrome d'épuisement professionnel*. Rapport d'information n° 4487. Assemblée nationale, 2017.
60. Senge P. *La Cinquième Discipline*. Traduction et adaptation de Plagnol H. Paris : First, 1990.
61. Sibé M., Alis D. « L'hôpital magnétique : un hôpital "aimant" qui favorise performance et bien-être au travail ». *In* : Coutanceau R., Bennegadi R., Bornstein S. (dir.). *Stress, burn-out, harcèlement moral. De la souffrance au travail au management qualitatif*. Paris : Dunod, 2016.
62. Sibé M., Domecq S., Kret M., Saillour-Glénisson, F. « Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet© ». *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2012, 30 (7-8) : 491-508.
63. Stordeur S., D'hoore W. (dir.). *Attractivité, fidélisation et qualité des soins. 3 défis, 1 réponse*. Éditions Lamarre, *Fonction cadre de santé*, 2009 : 137-204.
64. Whitley M.P., Putzier D.J. « Work Quality Index ». *Journal of Nursing Care Quality*. 1994.
65. Zarifian Ph. « L'organisation qualifiante ». *Revue française de gestion*, juillet-août 1999, 32 : 109-124.

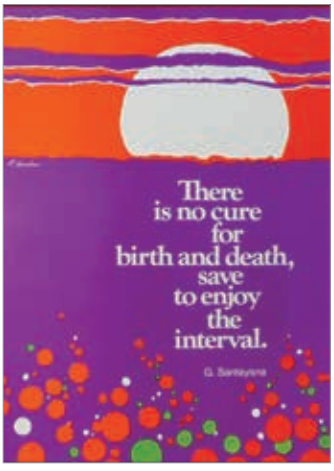
campagne de prévention

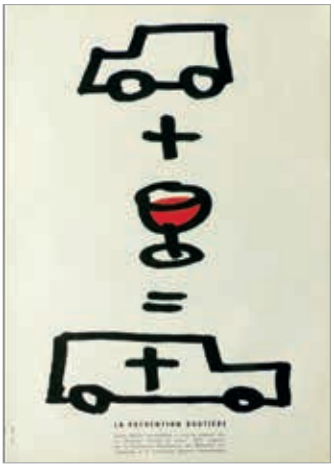
En pleine forme. 130 affiches pour la promotion de la santé et l'environnement
François Mansotte, préface de Jean Jouzel, membre de l'Académie des sciences, directeur de recherche émérite au Commissariat à l'énergie atomique, postface de Bernard Jégou, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, directeur de l'Institut de recherche en santé, environnement et travail (Irset) et directeur de la recherche de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)
Hygée Éditions, 2019, 144 p.

Certaines campagnes de santé publique ont marqué les esprits et leur temps en associant des slogans percutants à l'imagination débordante d'artistes talentueux. Alors que la radio, la télévision, puis les réseaux sociaux ont supplanté l'affichage public dans les campagnes d'information, cet ouvrage nous rappelle le pouvoir évocateur des œuvres diffusées depuis plus de cinquante ans autour des questions de santé, de sécurité et d'environnement.

Rassemblées pour la première fois, cent trente affiches françaises et étrangères se démarquent chacune par un parti pris esthétique, un slogan incisif, un message essentiel. Qu'il s'agisse d'informer sur les addictions, la sécurité au travail ou au volant, de promouvoir l'hygiène corporelle, de lutter contre les maladies vénériennes ou de préserver l'environnement, elles ont contribué à alerter sur des habitudes et comportements qui mettent la santé et la vie des personnes en danger.

Les textes de personnalités expertes sur ces questions de prévention et de santé au sens large permettent de mieux comprendre les choix artistiques, l'évolution des campagnes d'information et les progrès réalisés au fil des décennies. François Mansotte nous permet ainsi de découvrir avec bonheur des affiches qui reflètent l'esprit de leur époque et font partie intégrante d'un patrimoine artistique à garder en mémoire.





santé publique

Agir en santé publique. De la connaissance à l'action
François Bourdillon
Presses de l'EHESP, « Terrains Santé Social », 2020, 240 p.

Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, a pour mission de protéger et d'améliorer notre santé individuelle et collective, d'assurer la veille, la surveillance et l'alerte sanitaire de notre pays.

Ancien directeur général de Santé publique France, François Bourdillon retrace les premières années de l'agence et présente les grandes actions engagées autour des déterminants de santé (tabac, alcool, nutrition, santé sexuelle, pollutions, vaccination…). Ce témoignage unique permet de comprendre de l'intérieur comment les campagnes de santé publique sont pensées et mises en œuvre, de découvrir les grands défis sanitaires passés et à venir, et les dynamiques en jeu dans les décisions prises pour sensibiliser la population à certains risques de santé. Ce livre s'adresse à tous les professionnels de la santé publique et de l'administration de la santé, et à toutes les personnes concernées par les questions d'actualité autour de la santé. Préfaces de Marie-Caroline Bonnet-Galzy, présidente de Santé publique France, et de Didier Tabuteau, président de la section sociale du Conseil d'État, professeur associé à l'université Paris Descartes, professeur affilié à l'Institut d'études politiques de Paris.

sécurité des soins

Prendre soin des patients en toute sécurité
Marc Chanelière
Le Coudrier, 2019, 174 p.

Soigner, comporte des risques pour les patients. Tous les professionnels de santé en font l'expérience, parfois de façon douloureuse. En ville, les événements indésirables associés aux soins sont fréquents. Très peu, heureusement, ont des conséquences graves. En revanche, tous sont intéressants à étudier afin d'éviter qu'ils se reproduisent.
Dans cet ouvrage, l'auteur expose la démarche à mettre en œuvre pour sécuriser les pratiques soignantes. À partir de situations vécues, il montre comment l'analyse systémique d'un événement permet d'identifier tous les facteurs contributifs, puis explique de quelle manière définir des mesures préventives pertinentes. Enfin, il incite à mener ce travail à plusieurs, et de façon pluriprofessionnelle.
Données épidémiologiques, outils méthodologiques et conseils pour réagir face à un événement complètent le livre. Autant d'éléments qui intéresseront aussi bien les médecins, les pharmaciens et les infirmières que les autres soignants qui exercent en ville.

Corinne Le Goaster

États-Unis

Covid-19 : quelles mesures prises depuis le début de la crise ?

Récapitulatif des principales mesures sanitaires, à caractère social et économique prises face à l'expansion de l'épidémie en mars 2020

Après plusieurs semaines de déni et de doute sur la réalité de la menace de la crise pour les États-Unis, les autorités américaines ont été confrontées à une expansion de l'épidémie qui touche l'ensemble du territoire, avec des points chauds à l'Ouest et surtout à New York.

Historique des mesures prises

Après une première mesure qui a constitué à l'arrêt, fin janvier 2020, des vols en provenance de Chine, les autorités américaines ont multiplié depuis la mi-mars les annonces à caractère sanitaire, social et économique. L'expansion de l'épidémie de coronavirus touche désormais l'ensemble du territoire, avec des points chauds à l'Ouest et à New York. On dénombrait fin mars 186 150 cas et au moins 3 600 décès (source : Centers for Disease Control and Prevention [CDC]). Le niveau fédéré et local est au premier plan dans la gestion de la crise.

Au nom de l'urgence nationale, décrétée le 13 mars, chaque État a dû mettre en place immédiatement des centres d'opérations d'urgence. Toutes les opérations chirurgicales non urgentes (y compris dentaires) ont dû être reportées pour que les capacités soient centrées sur la réponse à l'épidémie. Il a été demandé à chaque hôpital du pays d'activer les plans de préparation aux situations d'urgence. Une première enveloppe financière a été votée par le Congrès, de 8,3 milliards de dollars, pour financer l'État fédéral et accompagner les États et les autorités locales dans ces efforts.

Mesures de distanciation sociale

L'administration fédérale a annoncé le 16 mars une série de recommandations (réévaluables au bout de quinze jours) interdisant les rassemblements de plus de dix personnes, encourageant le travail à domicile et demandant d'éviter les déplacements non essentiels. Les CDC ont demandé le report ou l'annulation de tous les événements rassemblant plus de cinquante personnes. Ces mesures ont été reconduites fin mars pour trente jours supplémentaires. En raison de l'importance de l'épidémie dans les États de New York, du New Jersey et du Connecticut, les CDC ont publié fin mars des recommandations officielles exhortant les résidents de ces États à éviter tout déplacement domestique non essentiel pendant quatorze jours.

Aux mesures prises au niveau fédéral s'ajoutent celles des États fédérés pour tenter de freiner la propagation du virus, qui varient selon la situation de chaque État – la plupart ont désormais fermé les écoles, crèches et universités ; fermé ou posé des restrictions sur l'accès aux bars, restaurants, salles de sport, etc. ; fermé l'accès aux parcs et jardins d'enfants. Plusieurs primaires démocrates ont été reportées. Certains États ont décidé d'instaurer des couvre-feux (New Jersey, Puerto Rico). D'autres, de plus en plus nombreux, ont pris la décision de mettre en place des mesures de confinement (Californie, New York, Connecticut, Illinois, Nouvelle-Orléans…) – trois Américains sur quatre sont confinés à la date du 31 mars.

Mesures touchant à la mobilité des personnes

Décisions successives de fermeture des frontières : avec la Chine dès le 31 janvier ; avec les pays de l'espace Schengen (puis étendu au Royaume-Uni et à l'Irlande) le 11 mars ; puis avec le Mexique et le Canada. Le Département d'État a relevé son niveau d'alerte pour les Américains au niveau 4 (« *Do not travel* ») pour les voyages dans le monde entier.

Équipements

Alors que certains États sont confrontés à une pénurie de masques, ventilateurs, respirateurs,

l'utilisation du Defense Production Act a été annoncée par le gouvernement pour contraindre des entreprises à produire ces équipements et aider les États à en obtenir

Tests

Face à leur retard initial sur les tests, les États-Unis ont accéléré leurs efforts en s'appuyant sur le secteur privé et en homologuant en urgence de nouveaux tests. Un partenariat privé-public a été mis en place pour répondre à la demande de tests avec l'ouverture d'un site Internet par Google pour déterminer si un test est nécessaire ou non, la géolocalisation des lieux possibles de test ainsi que la mise en place de « *drive-thru* » sur les parkings des grandes enseignes commerciales. Google a débuté par un site pilote pour la baie de San Francisco. D'autres mesures créent une hotline 24 heures/24 et 7 jours/7 pour les laboratoires ayant des difficultés à obtenir du matériel, subventionnent à hauteur de 1 million de dollars le développement de tests rapides, et ont autorisé des tests développés par de nombreux fabricants, dont Roche (3 h 30), Thermo Fisher, Hologic, Cepheid (45 minutes) et enfin Abbott Laboratories (moins de 15 minutes), avec l'espoir d'avoir bientôt des tests personnels (rapides et sans implication de personnel médical).

Traitement et vaccin

Les perspectives qu'offre la chloroquine nourrissent de grands espoirs, la FDA a autorisé l'utilisation de doses d'hydrochloroquine (36 millions de doses) ainsi que de chloroquine (1 million de doses). La FDA a donné au Houston Methodist l'approbation pour une thérapie utilisant le plasma de convalescents. Cette méthode consiste à recueillir le plasma de patients rétablis après une maladie à virus et à injecter les anticorps neutralisants à un patient infecté. Le NIH (National Institute of Allergy and Infectious Diseases) a annoncé le lancement d'un essai clinique (phase 1) pour un vaccin (mRNA-1273), indiquant une disponibilité possible, si les essais sont positifs, dans les douze à dix-huit mois.

Mobilisation de l'armée

Un début de mobilisation de l'armée, avec le déploiement de deux bateaux-hôpitaux militaires (le *Mercy* et le *Comfort*) sur les côtes (New York et Côte Ouest) ; de premiers préparatifs en vue de l'installation d'hôpitaux militaires ; la mobilisation du corps des ingénieurs de l'armée pour accompagner les gouverneurs.

Mesures à caractère social

Le Congrès, après une première réponse budgétaire d'urgence essentiellement consacrée à la prise en charge de l'épidémie (8,3 milliards de dollars), a adopté un deuxième plan de soutien à l'économie (Families First Coronavirus Response Act, le 18 mars) de 105 milliards de dollars, avec les mesures suivantes.

- L'instauration d'un congé maladie indemnisé pour les entreprises de moins de 500 salariés, pour une durée de deux semaines pleinement indemnisées (jusqu'à un plafond de 511 dollars par jour) pour les personnes affectées par le Covid-19, et de deux semaines partiellement indemnisées pour les personnes qui s'occupent d'une personne malade du Covid-19.
- Un renforcement de l'assurance-chômage.
- Des crédits supplémentaires et le relâchement des conditions d'accès aux programmes alimentaires de premier ressort (coupons alimentaires, banques alimentaires, dispositifs spécifiques aux personnes âgées).
- Une augmentation de la part des dépenses de Medicaid (assurance santé publique des ménages à faibles revenus) prise en charge par l'État fédéral, cette mesure réduisant les dépenses des États fédérés, confrontés à une contrainte d'équilibre budgétaire d'autant plus stricte que leurs recettes vont diminuer avec le ralentissement de l'activité.

Le troisième plan de soutien à l'économie (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act ou CARES Act), signé le 27 mars, prévoit des transferts monétaires directs pour les ménages (1 200 dollars par adulte et 500 dollars par enfant), repousse la date limite pour l'acquittement de l'impôt sur le revenu de quatre-vingt-dix jours jusqu'à un plafond de 1 million de dollars, et suspend les intérêts des prêts étudiants ainsi que de leur remboursement.

À la demande du gouvernement fédéral, les assureurs prennent en charge 100 % du coût de réalisation des tests de dépistage, et les deux assureurs les plus importants du pays (Cigna et Humana) ont annoncé prendre en charge à 100 % les soins liés au Covid-19 de leurs assurés.

Mesures à caractère économique

Le troisième plan de soutien (CARES Act) prévoit un soutien financier et fiscal massif pour les entreprises, à hauteur de 2 000 milliards de dollars. Il comporte notamment un plan de soutien aux PME de 349 milliards de dollars (sous la forme de prêts à taux préférentiels et partiellement transformables en dons), des mesures de soutien pour les indépendants et des aides à certains secteurs, comme les transports (114 milliards de dollars, dont 58 milliards de dollars pour les compagnies aériennes).

La FED, la banque centrale américaine, a également pris de nombreuses mesures pour éviter l'effondrement des secteurs financiers. À ces mesures de soutien fédéral s'ajoutent de nombreux dispositifs au niveau des États fédérés et des autorités locales.

L'administration américaine continue d'étudier les moyens de rapatrier la production d'équipements médicaux aux Etats-Unis. Un quatrième plan de relance, axé sur les infrastructures, est désormais envisagé.

CÉLINE JAEGGY ET MIKAEL GARNIER-LAVALLEY

Cette rubrique est réalisée par les conseillers aux affaires sociales de la Délégation aux affaires européennes et internationales.

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

Vous pouvez vous abonner en ligne sur **www.ladocumentationfrancaise.fr** (paiement sécurisé) ou remplir le formulaire suivant et l'envoyer à

EDIIS - CRM
Abonnements Dila
60643 Chantilly CEDEX
Téléphone 03 44 62 43 67 Courriel **abo.dila@ediis.fr**

Vente au numéro en librairie et sur **www.ladocumentationfrancaise.fr**

Écrivez en MAJUSCULES

Nom _____

Prénom _____

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Téléphone _____

Le courriel est indispensable pour recevoir votre abonnement numérique

Courriel _____

Je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(un an, 4 numéros)

Version papier et numérique

La version numérique de la revue est disponible aux formats pdf et epub

☐	France métropolitaine	53,00 euros TTC
☐	Europe	54,00 euros TTC
☐	DOM-CTOM et RP	53,20 euros HT avion éco.
☐	Autres pays	56,70 euros HT avion éco.

Version numérique

☐		38,00 euros TTC

Soit un total de _____ euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre d'EDIIS-CRM.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

numéro de contrôle ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

Tarifs valables jusqu'au 31 décembre 2019

Date Signature

adsp

actualité et dossier en santé publique

La revue adsp

Actualité et dossier en santé publique (adsp) est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Elle apporte des repères à tous ceux qui, dans le cadre de leur activité ou de leur formation, doivent connaître l'actualité en santé publique dans toutes ses dimensions : épidémiologique, juridique, économique, sociologique, institutionnelle.

Chaque numéro comporte des rubriques régulières (HCSP direct, Actualité, Lectures…), ainsi qu'un dossier thématique pédagogique coordonné et rédigé par des spécialistes du domaine. Ce dossier a pour ambition de donner un panorama complet de la problématique abordée : avec des données épidémiologiques, des informations juridiques et économiques, une description du dispositif dans lequel elle s'inscrit, l'état de la recherche, les problèmes particuliers, les perspectives ainsi que des informations sur les expériences étrangères.

Les articles sont, pour la majorité, des articles de commande sur des thèmes décidés par le comité de rédaction qui sollicite, pour les rédiger, des auteurs dont la compétence est reconnue. Les articles spontanément proposés à la rédaction sont d'abord vus par le rédacteur en chef ; ceux qui semblent les plus intéressants sont ensuite envoyés à plusieurs relecteurs, pour avis, avant d'être proposés au comité de rédaction. Les auteurs ne sont pas rémunérés. Les auteurs sont responsables des opinions qu'ils expriment dans cette publication. Ces opinions ne sont pas nécessairement celles du HCSP.

Conflits d'intérêts

La revue devant répondre aux critères de qualité fixés par les conseils nationaux de la formation médicale continue, la rédaction s'assure que les conflits d'intérêts éventuels sont clairement identifiés comme tels dans l'article.

Tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités par la rédaction à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. S'il existe un conflit, la déclaration d'intérêt figure obligatoirement en fin d'article.

Indexation de la revue dans les bases de données

La revue **adsp** est référencée dans :

- la Banque de données santé publique (BDSP), interrogation libre mais consultation des notices bibliographiques et du texte intégral sur abonnement ;
- la base Pascal, gérée et produite par l'Inist (Institut de l'information scientifique et technique) du CNRS. Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

La revue sur le site Internet du Haut Conseil de la santé publique

Sur le site du HCSP http://www.hcsp.fr, vous pouvez retrouver :

- Les sommaires et des extraits de tous les numéros parus depuis 1992. Les numéros anciens et ceux dont le tirage est épuisé sont consultables et téléchargeables intégralement. Une recherche par mot clé est possible.
- Les instructions aux auteurs.
- Les conditions d'abonnement, avec un lien direct sur le site de La Documentation française.

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
mars 2020 numéro 110

éditorial

2 **Prendre soin des soignants. Quelles modalités d'accompagnement pour favoriser la qualité de vie au travail ?**
Anne-Paule Duarte, Matthieu Sibé

HCSP DIRECT

4 **Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France : une autosaisine du HCSP**
Isabelle Millot, Joël Coste, Marie-France d'Acremont, Anne Sizaret

5 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

8 **Programme médiateurs de santé-pairs**
Bérénice Staedel, Wendy Hude

repères

62 **lectures**

63 **International**

Haut Conseil de la Santé Publique

3 303335 301109

Prendre soin des professionnels de santé

Dossier coordonné par
Anne-Paule Duarte et **Matthieu Sibé**

12 Contexte et enjeux de la qualité de vie au travail

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

15 **Au risque des signaux faibles : pour une éthique managériale du sentir**
Alice Casagrande

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

20 **Éclairage statistique sur les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé**
Jacques Pisarik

25 Accompagnement des professionnels pour une meilleure qualité de vie au travail

25 **Mettre les équipes au cœur de la performance des soins**
Alexandre Fournier

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

30 **Un Observatoire national de la qualité de vie au travail : pour quoi faire ?**
Philippe Colombat

33 **Repenser l'organisation du travail avec les acteurs : expérimentation soutenue par la HAS dans une clinique psychiatrique**
Christophe Massot, Cathel Kornig

35 Quelles transformations attendues ? Quelles démarches inspirantes ?

35 **Le modèle du Magnet Hospital : concilier qualité de vie au travail et qualité des soins par un management « aimant »**
Matthieu Sibé

39 **Expérimentation d'un management basé sur le concept d'hôpital magnétique**
Anne-Marie Pronost

41 **La démarche participative dans les services de soins**
Philippe Colombat

43 **Prévention et promotion de la santé au travail ? Le rôle du service de santé au travail du CHU de Bordeaux**
Nathalie Gréard, Catherine Verdun-Esquer

46 **Quelles initiatives pour la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ?**
Éric Galam

50 Tribunes

50 **Prendre soin des professionnels de santé : quels besoins émergent en situation de crise ?**
Anne-Paule Duarte

53 **Approches managériales favorables à la qualité de vie au travail : mieux accompagner les professionnels de santé**
Anne Muller

55 **Promouvoir la qualité de vie au travail : comment l'EHESP forme les managers de demain ?**
Paula Cristofalo

57 **Comment améliorer les conditions de travail des infirmiers ?**
Céline Laville

59 Bibliographie générale

Prix 18,30 euros.
ISSN 1771-7450.
PEFC 10-31-2190 / Certifié PEFC
Imprimerie de la Direction de l'information légale et administrative
Diffusion **Direction de l'information légale et administrative**
La **documentation** Française
Téléphone : 01 40 58 75 00
www.ladocumentationfrancaise.fr