



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Direction générale  
de l'offre de soins**

# **DÉFIS ET ENJEUX DE LA QVT**

---

## **ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES COLLECTIVES**



**Les actes du colloque de l'Observatoire national de la QVT  
des professionnels de santé et médico-sociaux | 29 novembre 2019**

## SOMMAIRE

Défis et enjeux de la QVT  
État des lieux et perspectives collectives  
Sommaire

**Ouverture** **3**

Stéphanie DECOOPMAN, *Adjointe  
à la Directrice générale de l'offre de soins*

**Propos introductifs** **5**

Philippe COLOMBAT, *Président  
de l'Observatoire national de la QVT*

**Point d'actualité sur les démarches QVT  
dans le secteur médico-social** **6**

David SOUBRIE, *Sous-directeur, Direction générale  
de la cohésion sociale*

**Restitution et enrichissement des propositions  
de chaque groupe de travail** **7**

LA QVT, SOCLE DES COLLECTIFS DE TRAVAIL  
ET PILIER DES ORGANISATIONS ? 7

**Restitution par Marie-Christine KAYAL-BACQ,**  
*Médecin anesthésiste réanimateur à l'APHP* **7**

**Échanges avec la salle** **9**

QUELLE PLACE POUR LA QVT DANS LES  
RESTRUCTURATIONS ? 11

<b>Restitution par Nathalie MARCZAK,</b> <i>Directrice d'hôpital</i>	<b>11</b>
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>13</b>
LES NOUVELLES TECHNOLOGIES, ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES POUR LA QVT	15
<b>Restitution par Elise DUFOUR, Sage-femme libérale</b> <b>et Jean-François TIREFORT, directeur des ressources humaines</b> <i>au CHU de Clermont-Ferrand</i>	<b>15</b>
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>17</b>
QUELS LIENS ENTRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS, DES ACCOMPAGNEMENTS ET LA QVT ?	19
<b>Restitution par Armelle COURTOIS, Pharmacienne,</b> <i>Présidente de CME</i> <b>et Jérôme MALFROY, directeur des ressources humaines</b> <i>au CHU de Nancy</i>	<b>19</b>
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>21</b>
<b>Table ronde : Quelle évaluation de la QVT</b> <b>et pour quels usages ?</b>	<b>23</b>
La table ronde est animée par Julien PELLETIER, <i>Responsable de l'animation scientifique à l'ANACT</i>	<b>23</b>
<b>Renforcer et reconnaître le management hospitalier :</b> <b>un enjeu majeur au service de la QVT</b>	<b>29</b>
Philippe CHARPENTIER, <i>Secrétaire général</i> <i>du CHU de Lille</i>	<b>29</b>
<b>Échanges avec la salle</b>	<b>30</b>
<b>Conclusions</b>	<b>32</b>
Katia JULIENNE, <i>Directrice générale de l'offre de soins</i> Philippe COLOMBAT, <i>Président de l'Observatoire</i> <i>national de la QVT</i>	32

# Ouverture

---

Stéphanie DECOOPMAN

*Adjointe à la Directrice générale de l'offre de soins*

Je vous souhaite la bienvenue et je vous remercie de votre présence.

La Ministre m'a priée de vous faire part de ses regrets de ne pas pouvoir être parmi nous aujourd'hui. Elle suit en effet attentivement les travaux qui sont menés sur la qualité de vie au travail.

Comme vous le savez, la qualité de vie au travail constitue une priorité pour le Ministère. L'Observatoire a été installé au mois de juillet 2018, avec pour mission de formuler des propositions, en se fondant notamment sur des expériences réussies.

La qualité de vie au travail, dont l'importance a été réaffirmée lors de la présentation du plan « Investir pour l'hôpital », ne peut pas résoudre tous les problèmes. Elle n'est pas une solution miracle. Toutefois, elle doit être prise en compte de manière plus affirmée. Cette démarche ne peut pas être descendante et unilatérale. Elle repose sur des collectifs de travail et doit s'expérimenter, avec des succès et des échecs. Elle dépend fortement des environnements et des contextes, comme nous l'illustrerons tout au long de cette journée.

Nous allons vous présenter de nombreuses initiatives locales, qui ont été recensées par l'Observatoire. Sur le terrain, nous constatons que les professionnels ne nous ont pas attendus et qu'ils se sont emparés de cette thématique depuis longtemps. Nous devons désormais accompagner ces projets et favoriser les échanges.

Quatre groupes de travail ont été mis en place et ont réfléchi pendant plusieurs mois à des questions essentielles qui traversent le quotidien de nos équipes. Ils ont formulé des propositions, qu'ils nous exposeront aujourd'hui.

Ces groupes de travail rassemblaient des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, de tout statut, de toute fonction et de tout mode d'exercice, ce qui explique la richesse des débats qui ont pu avoir lieu en leur sein et l'intérêt des propositions qu'ils ont pu élaborer.

Nous ferons également le lien avec les travaux menés sur le renforcement et la reconnaissance du management hospitalier.

La qualité de vie au travail doit être au cœur des politiques de ressources humaines des établissements de santé et médico-sociaux. Un indicateur relatif à la qualité de vie au travail sera intégré dans le modèle d'incitation financière à la qualité qui sera déployé en 2021. De premiers travaux ont été engagés en ce sens. L'objectif est aussi de permettre une évaluation et de mesurer les impacts des actions mises en œuvre auprès des personnels. La logique d'un questionnaire de satisfaction, comme nous le proposons aux patients, a été retenue.

La stratégie nationale sur la qualité de vie au travail sera enrichie à l'issue de ce colloque. La feuille de route sera renouvelée et complétée par les propositions des différents groupes de travail.

L'Observatoire sera par ailleurs amené à rendre un avis sur la troisième vague de clusters sur la qualité de vie au travail, notamment sur les nouveaux axes d'études et d'expérimentations qui seront mises en œuvre au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.

Pour conclure, je voudrais insister sur le rôle déterminant des professionnels pour transformer le système de santé et répondre aux nombreux défis auxquels nous faisons face. Nous devons tracer notre engagement dans la durée, en soutenant des actions que nous aurons construites ensemble.

Je vous souhaite un excellent colloque, que j'espère le plus participatif possible. Je vous remercie.



# Propos introductifs

---

Philippe COLOMBAT

*Président de l'Observatoire national de la QVT*

Stéphanie Decoopman a rappelé que la mission de l'Observatoire était de produire des préconisations opérationnelles. Elle est aussi de recueillir des données quantitatives et qualitatives.

De ce point de vue, il est très important que vous alimentiez notre site, que nous avons mis en ligne au mois de janvier dernier. Lorsque vous disposez de documents relatifs à des expériences de terrain, réussies ou non, je vous invite à nous les adresser. Nous avons besoin de ces éléments pour nourrir la réflexion.

Hématologue au CHU de Tours, je suis une personne de terrain. Il s'agit de ma première expérience au sein d'un Ministère. Après un peu plus de 16 mois, je voudrais vous livrer mes impressions.

J'ai réellement été surpris par la volonté du Ministère de faire évoluer la qualité de vie au travail des professionnels de santé et du secteur médico-social. Une véritable dynamique s'est mise en place, au niveau national et au niveau local.

Il a été très facile de travailler avec le bureau RH3 de la DGOS, avec l'ANACT, avec la DGCS ou avec la Direction de la DGOS. Je n'aurais pas soupçonné une telle simplicité.

Je suis un fervent adepte des démarches participatives, que j'ai pratiqué toute ma vie. L'objectif de l'Observatoire est d'aider les professionnels en leur proposant des outils, en valorisant certaines initiatives et, après avoir analysé les causes et les effets des dysfonctionnements, de formuler des propositions.

Les groupes de travail ont pris en compte les préoccupations actuelles sur la gouvernance, les espaces d'échanges et la formation. Ces trois axes me semblent majeurs dans le domaine de la qualité de vie au travail.

Quatre groupes de travail ont été constitués, avec plus de 70 professionnels dont les profils étaient les plus variés possible. Afin de structurer les travaux, un cahier des charges a été rédigé par les experts de l'Observatoire.

La démarche s'est fortement appuyée sur les expériences de terrain. Nous voulons continuer à capitaliser sur cette intelligence collective. Nous allons vous présenter un certain nombre de propositions mais il vous revient maintenant de les enrichir et de les faire évoluer. Elles seront validées dans les prochaines semaines et publiées au mois de février 2020.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à cette aventure. Je salue également tous les participants, dont la mobilisation confirme l'importance du sujet que nous allons aborder aujourd'hui.

# Point d'actualité sur les démarches QVT dans le secteur médico-social

---

David SOUBRIE

*Sous-directeur, Direction générale de la cohésion sociale*

L'Observatoire est à la fois celui des professionnels de santé et des professionnels du médico-social. Cela traduit une volonté de prendre en compte ces deux secteurs de manière décloisonnée.

Comme Stéphanie Decoopman l'a souligné, la Ministre est très attachée aux questions de qualité de vie au travail. Celle-ci est essentielle pour les personnels eux-mêmes mais également pour la qualité de l'accompagnement qu'ils peuvent mettre en œuvre.

Nous devons faire face à nous de nombreux défis. Dans le secteur médico-social, nous sommes confrontés à un véritable enjeu de fidélisation des professionnels, d'autant qu'il existe des besoins de recrutement importants, à domicile comme dans les établissements. Dans ce contexte, la qualité de vie au travail n'est pas une « solution miracle », elle constitue cependant l'une des réponses que nous pouvons apporter.

La DGCS, à la demande de la Ministre, s'est fortement investie dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. En réalité, les acteurs s'étaient déjà fortement emparés de cette thématique. Lorsque nous avons lancé une commission nationale pour la prise en compte de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux, nous avons constaté que beaucoup d'initiatives avaient déjà été mises en œuvre.

La territorialisation, par le biais des ARS, est essentielle. Une mobilisation avait déjà eu lieu sur la qualité de vie au travail mais nous avons néanmoins voulu impulser de nouvelles dynamiques. Nous avons mobilisé des crédits pour financer de l'achat de matériel, accompagner les restructurations de locaux, etc. Certains projets se sont avérés plus innovants, comme des *serious games*. Un certain nombre d'actions visent également à favoriser des temps d'échanges collaboratifs ou à constituer des plateformes d'écoute pour les professionnels en difficulté.

Dans le domaine de la qualité de vie au travail, il est important d'expérimenter en permanence et de promouvoir de nouveaux modes de faire. Avec l'ANACT, nous avons donc mis en place des clusters, comme dans le secteur sanitaire.

Les clusters consistent à regrouper de six à huit établissements chargés de travailler ensemble, en s'appuyant chacun sur un trinôme (un représentant des organisations syndicales, un représentant de la Direction et un soignant ou un membre du personnel). Ils devront essayer de trouver des leviers pour améliorer la QVT. Cette approche nous apparaît particulièrement intéressante, car elle permet souvent de faire émerger des sujets dont les Directeurs n'ont pas forcément conscience. L'idée sera ensuite de capitaliser sur les principaux enseignements pour les diffuser sur l'ensemble des territoires.

Nous considérons que l'Observatoire est particulièrement important par ces apports en termes de réflexions, qui pourront ensuite irriguer tous les territoires. Nous sommes ravis des propositions émanant des quatre groupes de travail. Elles nous donnent des pistes utiles pour une mise en œuvre qui devra évidemment se faire au plus près du terrain.

# Restitution et enrichissement des propositions de chaque groupe de travail

---

**Noémie GILLIOTTE, Rédactrice en chef de la revue *Direction(s)***

La qualité de vie au travail est une thématique que nous abordons régulièrement dans la revue *Direction(s)*, sous l'angle de la fidélisation des équipes, de l'innovation managériale, etc. Nous partons toujours de vos expériences de terrain et des bonnes pratiques qui peuvent s'en dégager.

Les quatre groupes de travail vont successivement nous présenter leur restitution. A chaque fois, nous essayerons de laisser de la place aux échanges avec la salle.

## LA QVT, SOCLE DES COLLECTIFS DE TRAVAIL ET PILIER DES ORGANISATIONS ?

Restitution par Marie-Christine KAYAL-BACQ, Médecin anesthésiste réanimateur à l'APHP

Notre groupe de travail reposait sur un collectif. Ses membres représentaient les secteurs sanitaire et médico-social et avaient des expériences extrêmement variées. Certains avaient des responsabilités administratives, d'autres appartenaient à des organisations syndicales ou étaient encore étudiants. Je les remercie chaleureusement d'avoir participé activement à cette démarche.

Nous avons travaillé avec Philippe Colombat, qui nous a initiés à l'approche participative. Nous avons également bénéficié du soutien de la DGOS et de la DGCS.

Notre groupe s'est réuni à cinq reprises. Lors de la première rencontre, la stratégie de cadrage mise en place par l'Observatoire nous a été présentée. Sur cette base, un responsable et un co-responsable ont été désignés. Nous avons également mis en place des sous-groupes de travail autour des thèmes suivants :

- la définition des collectifs de travail ;
- les ressources à mobiliser ;
- les impacts des collectifs de travail sur la qualité de vie au travail.

Nous avons longuement échangé sur nos expériences, dans le public comme dans le privé.

L'une des difficultés a été de produire un livrable. Il est compliqué d'écrire ensemble un texte pouvant ensuite être partagé, comme nous allons le faire avec vous aujourd'hui.

Nous avons auditionné des personnes-ressources dans le courant du printemps. Nous avons ainsi reçu Marc Loriol, sociologue, et Edouard Couty, le médiateur national.

Dans un premier temps, nous avons cherché à nous assurer que nous parlions bien de la même chose. Pour ce qui est de la qualité de vie au travail, nous avons finalement décidé de revenir à la définition de l'accord national interprofessionnel de 2013.

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'application, le degré de responsabilisation et d'autonomie, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ».

Grâce à cette approche historique, nous avons pu exclure assez rapidement le « happiness washing » à la mode actuellement.



Marc Loriol, spécialiste du stress et de la souffrance au travail dans l'univers de la fonction publique, nous a fait part de nombreuses expériences et nous a apporté une définition du collectif de travail qui nous a semblé très intéressante.

Le collectif est « *une équipe de travail, de professionnels en interaction qui vont essayer de définir leurs objectifs et les bonnes manières de travailler ensemble. Cette définition doit être partagée par tous, rediscutée pour parvenir à une même conception de "beau travail" ».*

Edouard Couty nous a permis de prendre en compte les particularismes de l'univers hospitalier. Celui-ci est un lieu de rivalités et d'affrontements, avec une culture de la compétition. Il se caractérise également par des contraintes économiques fortes et un ruissellement du stress. Heureusement, des évolutions sont intervenues avec les conciliations locales et la médiation nationale.

A partir de tous ces éléments, nous avons considéré que le collectif de travail devait s'inscrire dans une dimension multifactorielle prenant en compte à la fois la notion d'individu et de rapports sociaux, la notion d'espace et de temporalité et la notion de missions partagées. Il recouvre la dimension du soin et du médico-social, est animé par un responsable garant de la démarche et appartient souvent à une collectivité.

Une fois que nous avons réglé ces problématiques de définitions, nous avons établi un certain nombre de constats. Certains sont factuels, d'autres sont davantage éthiques et idéologiques.

Nous sommes confrontés à des contraintes médico-économiques fortes, qui nous obligent à toujours faire plus avec moins. Avec l'accélération sociétale, nous devons nous inscrire dans des échelles de temps et d'espace inadaptées. Dans ce contexte, il est important de retrouver une dimension humaine et libérer du temps pour l'expression du collectif de travail. Or le management ne peut être vécu comme uniquement comptable. Il doit redevenir plus organisationnel. Le renforcement de la place de la formation est également essentiel, notamment pour accompagner les prises de responsabilités. Evidemment, nous avons aussi relevé que la dégradation des conditions matérielles d'exercices impactait la qualité du collectif de travail.

Nous constatons parallèlement une perte de sens au travail. Il est urgent de s'intéresser davantage à l'éthique du soin. Nos organisations sont trop souvent en silo et pyramidales, alors que nous devrions privilégier des valeurs partagées et un cahier des charges commun. Le management par la peur est malheureusement une réalité. Les représentants des étudiants nous ont même fait part d'une certaine forme de violence entre professionnels. Nous devons également prendre en compte les évolutions sociétales. Nos métiers ne relèvent plus d'un sacerdoce. L'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle doit être préservé.

Tous ces constats sont des zones de fracture. Nous avons donc essayé d'identifier des pistes pour créer de l'homogénéité et construire le socle d'un collectif de travail, qui est forcément à multiples facettes. Nous devons poursuivre un objectif commun axé sur la prise en charge de la santé et nous inscrire dans un espace-temps à dimension humaine.

Nous avons élaboré des propositions, que nous allons vous présenter et que nous pourrions débattre.

L'implication de la gouvernance nous apparaît constituer l'élément majeur pour embarquer les équipes dans une logique d'amélioration du fonctionnement des collectifs de travail. La notion d'exemplarité est essentielle. Au-delà des discours et des PowerPoint, les fonctions doivent être incarnées.

Le management par la confiance doit être privilégié plutôt que le management par le réglementaire et le normatif.

Il convient par ailleurs de définir un niveau adapté d'autonomie et d'initiative au groupe et à l'équipe et de laisser de la place à l'intelligence collective.

Les rythmes de travail doivent être préservés, en rendant également obligatoires les espaces de discussion et d'écoute pour échanger autour du travail. Ceux-ci sont prévus par la législation mais ils doivent être concrètement mis en œuvre.

Il nous paraît indispensable de mettre en place une politique d'accueil et d'intégration pour les nouveaux arrivants.

En matière de formation, nous considérons que la formation initiale doit être renforcée et que les efforts doivent également être développés pour accroître la formation continue. La dimension d'interdisciplinarité, permettant de comprendre le travail de l'autre et ses enjeux, nous semble particulièrement importante. De ce point de vue, nous soulignons l'intérêt des expériences de simulation en santé.

La promotion professionnelle doit être repensée comme vecteur d'attractivité.

Il faut en outre utiliser les outils de gestion des risques comme levier d'amélioration du collectif de travail, en mettant en place des réunions de morbi-mortalité, des retours d'expériences, etc.

Les éléments symboliques, comme le sens et la reconnaissance, doivent être intégrés et valorisés pour fédérer le collectif de travail.

Enfin, il nous semble nécessaire d'ouvrir la notion de collectif aux usagers et aux aidants.

De nombreuses questions restent cependant en suspens.

- Au-delà de la constitution d'un collectif, comment le pérenniser dans un monde en mouvement ?
- Quels indicateurs utiliser pour évaluer la réussite du collectif et son impact sur la QVT ?
- Quels types de formation pour les futurs managers (médecins, cadres, directeurs) ?

Comme l'a indiqué Véronique Ghadi, de la HAS, « la qualité de vie au travail des collectifs est un élément majeur de la qualité et de la sécurité des prises en soins des patients ».

Dans cette perspective, nous estimons que l'éthique managériale, la fluidité de la communication et l'élaboration d'un projet de soins tripartite médico-soignant-usager au service de la qualité du prendre soin et de l'accompagnement social et médico-social sont incontournables.

## ***Echanges avec la salle***

### **Noémie GILLIOTTE**

Vous invitez vos collègues à une véritable révolution managériale, ce qui va probablement susciter des réactions.

### **Un directeur d'un hôpital de proximité**

A partir de quand pouvons-nous mettre en place un socle efficient en matière de qualité de vie au travail, alors que nous sommes en permanence dans la sur-sollicitation ?

### **Marie-Christine KAYAL-BECQ**

Les Directeurs qui ont participé à notre groupe de travail ont exprimé cette problématique. Nous avons besoin d'un temps de respiration et de réflexion commune pour réaliser une analyse. L'enjeu n'est pas de mettre en place une politique de qualité de vie au travail mais de comprendre la réalité de ce que nous faisons et de ce que fait l'autre. La démarche doit être individuelle pour déboucher sur du collectif. Nous avons d'emblée éliminé le « happiness washing ». Il ne nous permettra pas de progresser.

**Noémie GILLIOTTE**

Prendre le temps permet d'en gagner ensuite ?

**Marie-Christine KAYAL-BECQ**

Nous en sommes persuadés. Il faut savoir analyser ce qui ne va pas pour ensuite l'améliorer.

**Un intervenant, délégué national Personnes âgées/Domicile à la Croix Rouge Française**

En tant qu'enseignant en master, je trouve que la place des sciences humaines dans la formation initiale des managers reste très réduite. Or elles sont probablement indispensables pour développer un management éthique.

Une réflexion autour du pouvoir lié à la fonction managériale me paraît également indispensable, surtout dans un contexte où le pouvoir d'agir des patients se renforce. Avez-vous traité ce sujet dans le cadre de votre groupe de travail ?

**Marie-Christine KAYAL-BECQ**

Nous n'avons pas approfondi la question de la formation. Le sujet sera peut-être abordé dans la suite de ce colloque. Nous partageons néanmoins votre constat, à la fois pour la formation des Directeurs et pour celle des soignants.

Les enjeux de pouvoir sont importants. Ils sont probablement intrinsèques à la nature humaine. Nous n'avons pas éludé cette dimension mais nous avons considéré que la priorité était le développement de l'éthique managériale. L'objectif d'un manager doit être centré sur le soin et la prise en charge et ne doit pas être son enrichissement personnel.

**Un intervenant, médecin**

La souffrance des soignants découle directement du contexte dans lequel ils travaillent. Le contexte est devenu très complexe. Il est difficile de suivre les évolutions technologiques. Le vieillissement de la population augmente le nombre de patients dépendants. Par ailleurs, la société est de plus en plus impatiente.

Le système de compétition actuelle ne facilite pas la collaboration. Pourtant, comme vous le préconisez, il faudrait réussir à modifier les dispositifs de gouvernance, pour les fonder sur une meilleure écoute, un respect et une réciprocité des échanges entre les professionnels.

**Gladys LUTZ, experte membre de l'Observatoire QVT**

Nous devons approfondir la réflexion sur les collectifs de directeurs.

**Noémie GILLIOTTE**

Il serait intéressant de recueillir l'avis de Directeurs sur le sujet. Vous sentez-vous intégrés dans des collectifs, notamment au moment de votre prise de fonctions ? Avez-vous l'occasion de partager avec vos pairs ?

**Une intervenante, directrice d'hôpital**

La problématique des Directeurs est la même pour tous les professionnels. Le pilotage d'un collectif s'apprend avec l'expérience. Nous le constatons aussi pour les soignants. Quelle que soit la formation initiale, ces compétences s'entraînent et s'enrichissent par l'analyse de ses propres pratiques.

**Noémie GILLIOTTE**

Il me semble que la formation à l'EHESP comporte de plus en plus de modules interdisciplinaires.

**Donata MARRA, experte membre de l'Observatoire QVT**

Des réformes ont été engagées dans la formation des étudiants en santé, en particulier des jeunes médecins. Des efforts sont prévus pour renforcer les compétences en communication et apporter des bases en termes de management. La place des sciences humaines et sociales devrait être renforcée. Une réflexion est par ailleurs en cours pour développer l'interdisciplinarité.

**Une intervenante, directrice d'hôpital**

Se poser pour réfléchir ensemble peut déjà apporter énormément en termes de management. En ce qui concerne les collectifs de Directeurs, il me semble que la capacité à les créer sera déterminante pour le fonctionnement des GHT.

**Une intervenante, coordinatrice des Réseaux Risques professionnels et responsable du service de médiation à l'AP-HP**

Je voudrais insister sur l'importance des outils de prévention des risques professionnels comme levier d'amélioration des conditions de travail. Ils peuvent permettre de retrouver la qualité du relationnel dans le collectif.

**Un intervenant, membre de l'équipe mobile d'ergologie à l'AP-HM**

Nous travaillons au service des collectifs de travail. Trouver du temps avec les équipes est notre quotidien. Nous essayons au mieux de nous adapter à la réalité des services, y compris en intervenant de nuit pour ne pas solliciter les personnels sur leur temps de repos.

**Eric GALAM, expert membre de l'Observatoire QVT**

Parmi les experts, je suis le seul à exercer en ambulatoire. Dans ce contexte, les collectifs sont moins faciles à construire. Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) pourraient ouvrir des pistes, comme les GHT pour les Directeurs.

**Un intervenant, travaillant à l'ARACT de Bretagne**

Dans les clusters que nous avons animés, je voudrais évoquer l'expérience de l'équipe d'un bloc opératoire. L'un de ses objectifs était de développer les espaces de discussion sur le travail, pour surmonter des situations de tension. Des CREX ont été systématisés sur l'analyse du quotidien. Plusieurs volets ont également été pris en compte, dont la gouvernance et la formation. Le collectif a réussi à se ressouder. Aujourd'hui, l'enjeu est de maintenir cette mobilisation dans la durée.

## QUELLE PLACE POUR LA QVT DANS LES RESTRUCTURATIONS ?

### Restitution par Nathalie MARCZAK, Directrice d'hôpital

Notre groupe de travail s'est vu confier une question à la fois évidente et surprenante.

Le système de santé est confronté à de multiples transformations, volontaires ou subies. Ces évolutions ont des conséquences sur les organisations de travail. Le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins est parfaitement documenté. Lorsque nous avons

commencé à explorer le sujet, nous avons constaté une surabondance d'outils, de guides et de dispositifs d'accompagnement des restructurations. Tous comportent un volet sur les ressources humaines.

Pourtant, nous assistons à l'expression manifeste d'une dégradation de la qualité de vie au travail des professionnels qui travaillent en santé. Les travaux de la DARES confirment l'évolution défavorable d'un certain nombre d'indicateurs, en termes d'augmentation de la charge de travail, de l'absentéisme, etc. Il existe également des études de l'Assurance Maladie.

Dans ce contexte, nous avons souhaité comprendre comment les transformations portées par les restructurations impactent l'activité des professionnels et leur qualité de vie au travail. Nous avons également cherché à éclairer ces liens pour repérer les facteurs déterminants de la qualité de vie au travail. Nous nous sommes appuyés sur des témoignages au plus près de la réalité vécue. Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés.

Notre groupe était nombreux, avec plus d'une quinzaine de membres, et ouvert sur les différentes parties prenantes du système de santé. Nous avons ensuite travaillé dans une configuration plus restreinte, limitée aux représentants d'établissements sanitaires. Nous avons utilisé des apports méthodologiques et conceptuels externes.

Cinq réunions plénières ont été tenues, avec des séances intersessions. Malheureusement, tous les membres n'ont pas pu avoir la disponibilité suffisante pour apporter leur pleine contribution. Nous avons notamment manqué du regard des internes.

Nous avons retenu une définition de la qualité de vie au travail qui n'est pas très différente de celle du groupe précédent. Pour nous, il s'agit « *des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et agir sur son contenu* ». Nous considérons qu'elle est indissociable de la santé au travail et de la qualité du travail.

Les restructurations constituent un processus dynamique de changement de l'organisation de la production de soin. Elles entraînent une transformation du travail. Elle conduit les professionnels à réajuster leurs critères de la qualité du travail et notamment leur conception du travail bien fait.

Les restructurations peuvent avoir différentes motivations, d'ordre budgétaire, qualitatif ou économique. Elles s'organisent autour des quatre grandes familles suivantes :

- fusion/coopération ;
- fermeture/délocalisation ;
- restructuration de gouvernance ;
- changement d'organisation d'une activité.

Nous n'avons relevé aucune différence d'expression selon les familles de restructurations. Les professionnels décrivent rarement des effets d'amélioration. Ils évoquent le plus souvent la dégradation de leurs conditions de travail, le manque de reconnaissance, le sentiment de déclassement, etc. Ils sont déstabilisés, car ils ont le sentiment de ne pas pouvoir faire leur travail correctement.

La justification économique l'emporte de manière systématique, ce qui explique cette perception négative des restructurations. Les professionnels peuvent être consultés mais sans que leurs remarques soient réellement prises en compte. Ils n'ont donc pas le sentiment d'être impliqués et associés.

Dans les restructurations, la qualité de vie au travail devient souvent un sujet secondaire, voire inexistant pour les pilotes. Nous avons globalement relevé un manque d'accompagnement, malgré la surabondance des outils et des dispositifs. Ceux-ci sont parfois utilisés. Ils ne sont toutefois pas mis en avant.

Les organisations nouvelles sont souvent peu propices à la qualité de vie au travail, avec leur éclatement et leur gigantisme. La multiplication des restructurations et leur rythme de mise en œuvre se traduisent finalement par une certaine violence.

Après tous ces constats, nous nous sommes demandé si ce qui était en cause n'était pas tout simplement la qualité générale du management et du dialogue social.

Nous avons mis en évidence un certain nombre de points d'attention dans la conduite des transformations, car ils nous semblent être des facteurs de succès ou d'échec. Il est tout d'abord impératif de préserver le sens, d'être vigilant quant aux modalités de pilotage et de conduite des projets, d'accompagner les individus, de mener une évaluation préalable et un véritable suivi.

Nos propositions consistent à mettre les hommes et les femmes, les professionnels et les patients, au cœur des restructurations. Il est nécessaire de partager le sens et les finalités de la restructuration, en mettant au centre la qualité du travail et du soin. Pour assurer la participation, il faut construire et entretenir les conditions du dialogue social et professionnel à tous les niveaux. Nous pensons également que la formation initiale et continue de tous les pilotes doit être renforcée.

Les managers de proximité doivent être remis sur le terrain du travail réel pour conduire le dialogue professionnel. Ils doivent toutefois disposer de marges de manœuvre dans la gestion des ressources humaines. L'expérimentation, les réponses particulières, les retours en arrière ou les renoncements doivent être permis.

Pour autant, il ne peut exister de qualité de vie au travail sans santé au travail. Pour les corps à gestion nationale, le suivi doit être effectué par des équipes dédiées en dehors des établissements, pour éviter les problèmes déontologiques ou au moins éthiques.

En conclusion, nous pensons qu'il est possible d'inverser la tendance et de faire de la restructuration un moyen de faire advenir la qualité de vie au travail comme levier de la qualité des soins et des accompagnements, comme facteur de la performance du système de santé et comme pilier de la responsabilité sociale des établissements.

Nous avons également identifié quelques questions en suspens, qui mériteraient un travail plus approfondi. Elles recoupent d'ailleurs certaines interrogations qui ont déjà été évoquées depuis le début de la journée.

- Quelle formation initiale et continue pour les pilotes de restructuration et quel accompagnement ?
- Quelle place pour les indicateurs de la qualité de vie au travail dans les restructurations ?
- Comment prendre en considération les logiques à l'œuvre dans les décisions de restructuration (économique, sécurité, qualité des soins, travail de qualité) ?
- Quel rythme et quelle récurrence pour les réformes d'organisation ?

## *Echanges avec la salle*

### **Un intervenant, psychologue auprès du personnel dans un hôpital général**

Nous partageons tous la nécessité de remettre les managers de proximité sur le terrain mais comment faire concrètement ? Que devient le reporting ? Faut-il le confier à d'autres ?

#### **Nathalie MARCZAK**

Nous n'avons pas la prétention d'apporter toutes les réponses. Evidemment, il faudra faire des choix. Le problème ne repose pas sur les individus. Il est donc inutile de les faire coacher pour trouver des solutions. Nous sommes confrontés à des questions plus larges d'organisation. Il faut s'interroger sur les missions confiées à chacun, de façon pragmatique, et accepter des renoncements à certains endroits.

**Une intervenante, formatrice de cadres de santé à l'Institut de formation de l'AP-HP et doctorante en psychologie sociale**

Les travaux conduits dans le cadre de ma thèse montrent une problématique d'éloignement, liée à un périmètre d'encadrement de plus en plus grand.

Nous constatons en outre que beaucoup de soignants prennent des fonctions pour lesquels ils n'ont pas été formés. Les promotions des IFCS comptent de 80 à 90 % de personnes qui se retrouvent dans cette situation. Or les contextes sont de plus en plus complexes. Quand tout le monde se trouve dans un processus défensif individuel, il n'est pas possible de s'improviser animateur d'espaces de régulation. L'implication de tiers extérieurs peut aussi être utile pour libérer la parole.

**Katia KOSTULSKI, experte membre de l'Observatoire QVT**

Depuis une quinzaine d'années, je constate que les restructurations éloignent toujours un peu plus les professionnels de l'efficacité organisationnelle. Toutes ces opérations sont fondées sur une notion d'optimisation des coûts. Evidemment, cette préoccupation peut être justifiée mais elle rend parfois le travail impossible. Il faut trouver les moyens de garantir un cadre réaliste et acceptable, qui puisse préserver la santé et la qualité de vie au travail.

**Nathalie MARCZAK**

Les professionnels sont convaincus que certaines transformations sont absolument nécessaires. Il faut néanmoins les conduire en étant attentifs à un certain nombre d'éléments.

**Un intervenant, membre de l'équipe mobile d'ergologie à l'AP-HM**

Nous intervenons parfois dans des contextes devenus trop compliqués, avec des tensions profondes. Comment déterminer le meilleur moment pour faire appel à nous ? Quels peuvent être les indicateurs ?

**Nathalie MARCZAK**

Je pense qu'il faut être concentré sur le dialogue social et sur le dialogue professionnel, sans attendre que les relations dégénèrent. Trop souvent, les Directeurs considèrent qu'une restructuration est réussie quand elle ne suscite pas de mouvement social et que l'objectif de réduction d'ETP est atteint. Il ne s'agit toutefois que d'une manière de voir les choses. La rationalité économique est importante mais elle ne peut pas être l'unique critère. En plaçant au premier plan la qualité des soins et la qualité du travail, les chances de réussir sont probablement plus élevées.

**Un intervenant, vice-président de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers**

Quelle est la place des étudiants quand des restructurations interviennent dans les services ? Les conditions de leur apprentissage ne sont plus forcément réunies.

**Nathalie MARCZAK**

Les étudiants font partie du collectif de travail. Ils doivent y être pleinement intégrés.

**Un intervenant, directeur des soins**

Nous avons évoqué ce sujet dans le groupe de travail précédent. Les partenariats avec les instituts de formation sont essentiels. Des initiatives ont déjà été engagées dans ce domaine mais nous devons vraiment renforcer nos efforts d'accompagnement des étudiants.



## LES NOUVELLES TECHNOLOGIES, ENTRE RESSOURCES ET CONTRAINTES POUR LA QVT

Restitution par Elise DUFOUR, Sage-femme libérale

et Jean-François TIREFORT, directeur des ressources humaines au CHU de Clermont-Ferrand

### **Elise Dufour :**

Notre groupe de travail avait une composition variée, avec des étudiants, des soignants, des administratifs, des personnes exerçant en libéral, etc. En revanche, nous ne sommes pas des experts en nouvelles technologies.

Le champ du groupe de travail nous a semblé vaste. Nous avons donc constitué des sous-groupes pour aborder les thématiques suivantes :

- l'utilisation et l'appropriation des outils en fonction des cultures et des formations ;
- les transformations induites dans l'environnement de travail ;
- la conception des outils et les attentes des utilisateurs.

Nous nous sommes réunis en plénière à cinq reprises. Le calendrier ne nous a pas été favorable, avec la canicule, la grève de la SNCF, etc. Nous avons donc connu des problèmes d'assiduité et du turn-over dans les représentants. Beaucoup de membres se sont toutefois fortement investis. Nous avons également bénéficié du soutien de la DGOS et de la DGCS.

### **Jean-François TIREFORT**

Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication n'est pas un phénomène récent. Il a débuté dans les années 1960. A l'époque, il concernait essentiellement les établissements hospitaliers, pour la prise en charge de tâches administratives. Au fil des décennies suivantes, les outils numériques se sont imposés, y compris auprès des soignants. La médicalisation de l'informatique date des années 1980 et n'a cessé de se renforcer depuis.

Aujourd'hui, nous sommes confrontés à un morcellement de l'offre, avec une multiplicité d'outils qui coexistent sans cohérence d'ensemble. Il en résulte un empilement, qui complique grandement leur utilisation.

Des plans successifs ont intensifié l'informatisation des établissements hospitaliers. Ils ont également concerné le secteur libéral, notamment avec la dématérialisation des relations avec l'Assurance Maladie.

Les témoignages que nous avons recueillis lors de la première réunion de notre groupe de travail étaient globalement très sévères. Les nouveaux outils ont fortement perturbé les pratiques professionnelles et ont pu impacter la qualité de vie au travail. Paradoxalement, ils n'ont pas forcément facilité le travail des professionnels.

### **Elise DUFOUR**

Tous les logiciels actuels facilitent l'accès aux informations. Il apparaît toutefois que leur utilisation prend beaucoup de temps, au détriment du temps consacré aux patients. Beaucoup de systèmes étant très sécurisés et ne communiquant pas entre eux, ils entraînent une multiplication des tâches, ce qui est source d'agacement et d'erreurs. En outre, certains outils ne sont pas intuitifs et peu adaptés aux besoins du métier.

A l'hôpital, les logiciels représentent un enjeu économique majeur. Le groupe de travail s'est demandé si les établissements n'étaient pas prisonniers de marchés compliqués à



remettre en cause. Dans ce contexte, les éditeurs ne sont peut-être pas suffisamment incités à prendre en compte les besoins des utilisateurs. Ils ne se sentent pas réellement en concurrence.

### **Jean-François TIREFORT**

Nous avons conscience des limites de certains outils mais nous constatons qu'il est toujours très difficile d'obtenir des développements informatiques. Les établissements sont captifs et n'ont finalement que peu de moyens de pression sur les éditeurs. Il est compliqué de faire jouer la concurrence.

Nous avons formulé un certain nombre de propositions et de perspectives. Il faudrait associer davantage les utilisateurs à la conception des logiciels et prendre en compte cette dimension dans un référentiel de certification. L'amélioration de l'interopérabilité nous semble constituer un enjeu majeur. Des structures locales expertes, comme les groupements de coopération sanitaire, pourraient intervenir en appui. Une stratégie d'achat nationale pourrait éventuellement être mise en œuvre.

### **Elise DUFOUR**

Les problèmes que nous avons relevés ne tiennent pas seulement aux outils mais aussi à leur utilisation. Les usages sont souvent inadaptés par manque de formation de la part des acteurs. Cette dimension n'est pas intégrée dans la formation initiale. Il en résulte donc des inégalités fortes.

Nous constatons également que la frontière devient de plus en plus floue entre la vie privée et la vie professionnelle. Les exemples sont extrêmement nombreux. Dans les établissements, les personnels peuvent être sollicités quasiment en permanence pour des remplacements ou des changements de planning, même s'ils ne sont pas sur leur lieu de travail. Même en repos, ils restent potentiellement joignables. La pression est aussi très forte en libéral, avec des sollicitations qui peuvent devenir permanentes.

Au cours de nos travaux, nous avons auditionné Alexandre Mathieu-Fritz, Professeur de sociologie, avec qui nous sommes revenus sur les défis liés au développement de la télémédecine et à ses impacts en matière de qualité de vie au travail.

### **Jean-François TIREFORT**

En termes de propositions et de perspectives, nous considérons qu'il est nécessaire d'intensifier la formation pendant le cursus universitaire, lors de la prise de fonctions, puis dans le cadre de la formation continue. Le temps qui y est consacré devrait être mieux reconnu. Des actions de sensibilisation pourraient par ailleurs être menées pour favoriser une pratique raisonnée des outils technologiques, en garantissant également la sécurisation de l'accès aux données de santé.

### **Elise DUFOUR**

Pour terminer, nous voudrions évoquer brièvement quelques expérimentations parmi d'autres qui nous ont semblé intéressantes. Nous n'avons pas la prétention d'avoir recensé de manière exhaustive toutes les initiatives.

Par exemple, le projet Mood up est porté par les URPS de la région Auvergne Rhône-Alpes. Il s'adresse principalement aux libéraux, qui échappent souvent aux politiques d'amélioration de la qualité de vie au travail. En l'occurrence, un site internet met à la disposition des soignants un ensemble d'outils facilitant la prise en compte de cette dimension. Des téléconsultations avec des psychiatres formés à la prévention sont également proposées.

**Jean-François TIREFORT**

Au CHU de Clermont-Ferrand, nous expérimentons l'utilisation de la réalité virtuelle pour soulager les douleurs chroniques et le stress des professionnels.

Face à un constat initialement assez sévère, nous avons essayé de montrer que les outils numériques pouvaient jouer un rôle positif dans l'amélioration de la qualité de vie au travail.

**Echanges avec la salle****Une intervenante, infirmière de santé au travail à la DRH de la Ville de Paris**

Depuis ce matin, la question de la qualité de vie au travail a principalement été abordée sous l'angle de la prévention des risques psychosociaux. Or je voudrais attirer l'attention sur le fait qu'elle ne peut pas se limiter à cette dimension. Elle doit prendre en compte l'ensemble des risques professionnels. Nous disposons de nombreux indicateurs objectivables, notamment le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

J'ai le sentiment qu'il existe une censure collective sur la question du coût financier et humain. Est-il utopique d'avoir pour ambition d'améliorer réellement la qualité de vie au travail, même si cet objectif nécessite des investissements ? Ne pouvons-nous pas envisager de nouvelles priorisations des enveloppes budgétaires ?

**Jean-François TIREFORT**

Evidemment, nous devons aller au-delà des risques psychosociaux. Les outils numériques ont notamment un impact sur les troubles musculo-squelettiques.

**Un intervenant**

L'utilisation des outils numériques est parfois au détriment de l'attention aux patients, ce qui permet d'expliquer un certain nombre de réticences. Elle peut éloigner les soignants de leurs valeurs professionnelles.

**Jean-François TIREFORT**

L'arrivée de l'informatique a eu un impact dans la nature de la relation soignant-soigné. Nous ne pouvons pas le nier. Cette situation est aussi liée à des contraintes nouvelles, notamment en matière de traçabilité. Les conditions d'exercice ont changé.

**Une intervenante, membre de la conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers**

Nous vivons une révolution numérique, au-delà des problématiques de systèmes d'information que vous avez évoquées. Nous sommes confrontés à une forte accélération, avec les technologies liées à la télémédecine, qui ont des conséquences en amont et en aval de l'hôpital. Nous assistons également au développement des outils connectés, qui révolutionnent la pratique professionnelle. Toutes nos conceptions traditionnelles sont remises en cause. D'une certaine façon, ce mouvement s'apparente aux restructurations.

**Elise DUFOR**

Il faudrait inclure dans les cahiers des charges la prise en compte des utilisateurs et la qualité de vie au travail. L'objectif doit être de permettre aux professionnels de se concentrer sur leur cœur de métier. Nous avons perdu du temps mais cette perspective est probablement encore possible, surtout avec l'accélération que nous observons actuellement.

**Une intervenante, psychologue du travail et psychothérapeute**

Existe-t-il une définition consensuelle de l'utilisation « raisonnée » des outils numériques ?

**Elise DUFOUR**

Nous pouvons faire un parallèle avec le consentement éclairé. Il faudrait que les impacts possibles soient précisés, pour que les professionnels puissent réfléchir à l'évolution de leurs pratiques de manière éclairée. Les nouvelles technologies ont des avantages. Nous devons apprendre à en tirer le meilleur.

**Une intervenante, chirurgien-dentiste libéral**

Je participe au projet Mood up, qui a été évoqué. En tant que libéraux, nous avons souvent l'impression d'être oubliés. Nous rencontrons les mêmes problématiques que les professionnels des établissements mais nous nous sentons très peu aidés. J'espère que notre qualité de vie au travail sera mieux prise en compte à l'avenir.

**Elise DUFOUR**

Je ne peux que m'associer à votre remarque.

**Une intervenante, infirmière dans un centre pour enfants polyhandicapés**

Je suis favorable au développement des outils informatiques mais les résistances viennent du manque de temps. Il est aussi très compliqué de surmonter les problèmes techniques. Nous ne savons jamais à qui nous adresser.

**Jean-François TIREFORT**

Les outils informatiques ne sont pas toujours à la hauteur des attentes mais les infrastructures constituent également une problématique majeure pour les établissements.

Pendant longtemps, nous avons eu l'impression que les outils informatiques seraient des facteurs d'économies, notamment de moyens humains. Or ce n'est pas forcément le cas.

**Un intervenant**

Nous rencontrons de plus en plus d'utilisateurs très connectés. Nous pouvons nous retrouver un peu en décalage. Avez-vous exploré cette dimension ?

**Jean-François TIREFORT**

Nous n'avons pas approfondi cette thématique, même si elle pose effectivement beaucoup de questions.

**Une intervenante, conseillère technique à l'URIOPSS Occitanie**

Nous constatons une fracture générationnelle mais également une fracture sociale dans l'utilisation des outils numériques, notamment dans le secteur médico-social. Il est très compliqué pour des professionnels d'avouer qu'ils ne savent pas s'en servir. Lorsque les directions ne communiquent plus que de manière dématérialisée, certains personnels se retrouvent exclus. Il faudrait s'assurer que les compétences de base sont acquises et, le cas échéant, proposer un accompagnement.

**Un intervenant, directeur général du CHU de Nancy**

Il faudrait peut-être imposer un logiciel. Cette solution éviterait des problèmes de sécurité pour les patients et améliorerait la qualité de vie au travail pour les soignants, surtout quand ils sont appelés à passer d'un établissement à l'autre.

Aujourd'hui, la priorité est donnée aux indicateurs économiques dans l'évaluation de la performance des établissements. Une place plus importante pourrait être accordée aux indicateurs de qualité de vie au travail.

## QUELS LIENS ENTRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS, DES ACCOMPAGNEMENTS ET LA QVT ?

Restitution par Armelle COURTOIS, Pharmacienne, Présidente de CME

et Jérôme MALFROY, directeur des ressources humaines au CHU de Nancy

### **Armelle COURTOIS**

A l'image des autres groupes, notre groupe de travail était composé d'une vingtaine de participants, issus d'établissements de santé et d'établissements médico-sociaux. Ils représentaient les différentes professions, y compris les étudiants.

Nous nous sommes réunis à cinq reprises et nous avons privilégié une démarche pragmatique, s'appuyant sur l'analyse des initiatives connues par les membres du groupe et sur l'analyse des événements indésirables liés aux soins dont les causes étaient en lien avec la qualité de vie au travail. Cette approche nous a permis de relever un certain nombre de problématiques et de croiser les regards, afin d'identifier des leviers d'action.

Au nom du groupe de travail, je tiens à préciser que nous ne proposons pas un recueil de bonnes pratiques. Nous voulons seulement mettre en discussion des actions dont les effets nous ont semblé positifs. Il n'existe pas de solutions universelles dans le domaine de la qualité de vie au travail. La réussite passe forcément par une appropriation locale.

Nous avons retenu quelques définitions. Ainsi, pour nous, la qualité des soins est « *l'ensemble des éléments en conformité aux recommandations qui contribuent pour le patient ou le résident à la sécurité de sa prise en charge et à sa satisfaction* ». La qualité de vie au travail est « *le ressenti pour les professionnels de faire un travail de qualité pour les patients et pour leur propre santé* ». Il ne faut pas faire d'amalgame entre la qualité de vie au travail et la qualité de sa vie personnelle, même si toute altération du bien-être des soignants peut évidemment avoir un retentissement sur la qualité des soins. Enfin, la qualité des accompagnements a un double sens. Il s'agit à la fois de « *l'accompagnement médical et social des patients et résidents pour s'approprier le projet de soins et/ou projet de vie* » et de « *l'accompagnement des équipes comme vecteur d'appropriation des objectifs et des résultats attendus* ».

### **Jérôme MALFROY**

Nous avons identifié un certain nombre d'événements indésirables récurrents traduisant des difficultés en matière de qualité des soins et de qualité de vie au travail. Nous avons constaté que les deux sujets étaient souvent traités séparément, compliquant leur prise en compte.

Il apparaît également que le terrain n'est pas suffisamment impliqué dans les actions mises en œuvre. Dans les EHPAD, nous connaissons tous des exemples de lèves malades qui ne sont pas utilisés, parce que leur appropriation par les équipes n'a jamais donné lieu à un accompagnement.

Les démarches de qualité de vie au travail sont souvent prescrites dans les rapports et par les autorités hiérarchiques plutôt que par le management de proximité, ce qui introduit forcément un décalage avec les besoins réels. Ainsi, certains établissements peuvent proposer une salle de sport sans s'assurer au préalable que celle-ci intéresse les professionnels à qui elle est destinée.

Sur la base de ces constats, nous avons identifié plusieurs axes de travail.

Il nous semble important d'organiser un cadre favorable à l'émergence des initiatives en matière de qualité de vie au travail. Au niveau des équipes, il faut créer les conditions permettant aux situations de travail de conserver du sens pour les professionnels. Il est nécessaire de dépasser les indicateurs pour revenir sur la finalité et donner la possibilité de faire des expérimentations, notamment autour de contrats de pôle incluant des crédits dédiés. L'association de la médecine du travail et des instances représentatives du personnel nous est aussi apparue pertinente.

### **Armelle COURTOIS**

Il est également important de disposer d'un cadre favorable à l'émergence des initiatives en matière de qualité de vie au travail à l'échelle territoriale. Nous allons vous faire part d'une expérience menée en Normandie.

### **Roseline DERSY, ARS Normandie**

Dans le cadre des clusters sur la qualité de vie au travail, six EHPAD de l'Orne se sont réunis et ont identifié que l'une des problématiques concernait les transmissions ciblées, qui étaient sources de tensions et de stress. A l'ARS, nous avons demandé aux professionnels de préciser leurs besoins de formation dans ce domaine. Nous leur avons proposé de rédiger ensemble le cahier des charges, puis de le relayer auprès de l'ANFH et de l'OPCO Santé.

### **Armelle COURTOIS**

Parmi les axes de travail, nous avons également retenu la nécessité d'accompagner les équipes et le management de proximité.

Le binôme d'encadrement doit être formé et accompagné pour pouvoir s'approprier les éléments contribuant à la qualité de vie au travail sous l'angle de la qualité des soins. Ils doivent faciliter le développement d'un management participatif de proximité, qui permet de supprimer beaucoup d'irritants du quotidien.

### **Jérôme MALFROY**

Les Directions, et notamment les DRH, doivent intervenir comme des observateurs du travail réel et en appui aux équipes plutôt qu'en prescripteurs de décisions prises en dehors du terrain. Beaucoup d'initiatives ne peuvent fonctionner que si elles émanent directement des professionnels. Elles doivent en effet s'adapter à des situations qui sont toutes différentes.

### **Armelle COURTOIS**

Il est important de promouvoir une posture d'organisation apprenante, en intégrant des retours d'expérience en équipe et en prenant en compte le regard des patients, des étudiants et des nouveaux arrivants. Les informations qui peuvent être recueillies par ces biais sont extrêmement riches et peuvent permettre des améliorations significatives.

### **Jérôme MALFROY**

Enfin, nous souhaitons insister sur le développement d'une approche par l'éthique. Dans les établissements de santé comme dans les établissements médico-sociaux, nous sommes confrontés à un certain nombre d'injonctions. Il existe de nombreux documents plus ou moins normatifs, qui peuvent générer des conflits dans leur application. Des temps d'échanges collectifs peuvent permettre de les dépasser et d'éviter que les soignants se retrouvent dans des situations inconfortables par rapport au respect de leurs propres valeurs. Cette démarche est notamment importante en ce qui concerne la gestion de la douleur ou de la contention dans les EHPAD.

Les facteurs clefs de succès ont, pour la plupart, déjà été évoqués. Il ne faut pas attendre des résultats immédiats et desserrer les contraintes calendaires pour éviter les frustrations. Il nous semble également nécessaire d'identifier des temps d'accompagnement, notamment par la désignation de tuteurs pour les nouveaux arrivants ou le développement de nouvelles pratiques professionnelles.

L'approche de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins doit être collective, avec des espaces de discussion et de prises de décisions communs. Disposer de ce référentiel évite les frustrations individuelles inhérentes à des perceptions très hétérogènes de la qualité de service attendue par les usagers ou par la structure.

En conclusion, nous voulons insister sur le fait qu'il n'existe pas de recettes. Il faut s'inspirer des initiatives existantes mais toujours tenir compte de la réalité des situations.

### **Armelle COURTOIS**

Comme les autres groupes de travail, nous avons encore quelques questions en suspens.

- Comment veiller à ne pas perdre la qualité des soins au profit de la qualité de vie au travail ?
- Comment relever le défi du changement de culture managériale ?
- Quels indicateurs utiliser pour évaluer le fait que l'amélioration de la qualité des soins ou de la qualité des accompagnements a été obtenue grâce à l'amélioration de la qualité de vie au travail ?

## ***Echanges avec la salle***

### **Un intervenant**

Nous essayons de faire le lien entre la qualité de vie au travail et les événements indésirables. Nous rencontrons toutefois des limites en termes d'outils. Avez-vous trouvé une solution pour faciliter l'extraction des données ?

### **Jérôme MALFROY**

Au CHU de Nancy, nous disposons d'un outil d'analyse des événements indésirables mais je ne peux pas vous fournir plus de précisions. Je sais néanmoins qu'il permet d'effectuer des requêtes sur les causes dont certains critères relèvent de la QVT.

Tous les événements indésirables (EI) signalés sont analysés, mais nous ne procédons pas à une analyse systématique des événements sous l'angle de la QVT. Il nous arrive également d'identifier des problématiques de qualité de vie au travail que nous mettons ensuite en lien avec des événements indésirables.

### **Un intervenant, médecin**

Le responsable des urgences de l'hôpital d'Evreux avait instauré la sieste pour l'ensemble de l'équipe. Cette initiative avait été très appréciée par les professionnels. Pour tout remerciement, il a finalement été licencié. Pourtant, vu l'efficacité de cette expérience, ne faudrait-il pas l'étendre ?

### **Jérôme MALFROY**

Au CHRU de Nancy, depuis un mois, le CHSCT a souhaité revenir sur le rythme de travail de nuit. Nous avons constitué un groupe de travail, qui abordera notamment la question de la sieste. Je n'exclus pas de la mettre en place à l'échelle du CHU, car les résultats semblent en effet concluants en termes de concentration pour les professionnels.

**Danielle FREGOSI**

Des évolutions managériales sont nécessaires pour laisser la place aux initiatives de terrain, même si elles peuvent paraître un peu iconoclastes. Evidemment, elles doivent ensuite être évaluées.

**Une intervenant, consultante, ancienne directrice d'EHPAD**

Dans les établissements médico-sociaux, la gestion des relations avec les familles a un réel impact sur la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Nous faisons parfois face à des difficultés majeures, avec des reproches et des critiques qui sont compliquées à vivre au quotidien.

**Un intervenant**

Dans le cadre du groupe de travail, nous avons abordé cette dimension. Il nous semble important de travailler davantage avec les aidants. Les professionnels doivent leur accorder plus de place dans les accompagnements. Des espaces de discussion doivent exister. L'un des enjeux est aussi de mieux outiller les familles.

**Un intervenant**

Je suis un peu gêné par votre première question « comment veiller à ne pas perdre la qualité des soins au profit de la qualité de vie au travail ? ». Il ne faut pas mettre en rivalité le patient et le soignant. Cette question est philosophique et ne relève pas du management.

**Jérôme MALFROY**

Un consensus s'est dégagé au sein du groupe de travail sur le sujet : la finalité première de nos organisations doit être la qualité des soins. Dans ce contexte, la qualité de vie au travail doit contribuer à la qualité des soins. Néanmoins, nous avons relevé quelques événements indésirables où, pour des raisons diverses, la qualité de vie au travail avait primé. Nous n'avons pas souhaité l'occulter. Le management doit être en capacité de détecter ces situations.

**Un intervenant, ARACT Ile-de-France**

La qualité de vie au travail et la qualité des soins sont interdépendantes. Quand l'une se dégrade, l'autre se dégrade aussi.

**Armelle COURTOIS**

Toutefois, la qualité des soins peut s'améliorer par d'autres facteurs que la qualité de vie au travail.



# Table ronde : Quelle évaluation de la QVT et pour quels usages ?

---

- Cyrille COLIN, PU-PH en santé publique, épidémiologie, économie de la santé à l'Université de Lyon 1
- Laetitia COURTIN, Conseillère technique en droit social-RH à l'URIOPSS Occitanie
- Bernard DUPONT, Directeur général du CHU de Nancy
- Anne-Marie PRONOST, IDE, Cadre de santé, Psychologue clinicienne, Directrice adjointe de la clinique Pasteur à Toulouse et Directrice de l'HAD
- Alexandre FOURNIER, Directeur d'hôpital, Chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales à la DGOS

*La table ronde est animée par Julien PELLETIER, Responsable de l'animation scientifique à l'ANACT.*

## **Julien PELLETIER**

L'objectif de cette table ronde n'est pas de vous livrer un dispositif clé en main mais de recueillir vos contributions et de s'inspirer de vos expériences pour essayer de le construire.

A plusieurs reprises depuis ce matin, nous avons évoqué la question des indicateurs. Il s'agit souvent d'un réflexe, qui n'est pas toujours précédé par une analyse de leur finalité. L'évaluation pourrait en outre ne pas reposer que sur des mesures.

Selon les situations, le lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins n'est pas mécanique. Nous ne sommes pas dans le registre de la causalité. La qualité de vie au travail renvoie à des sujets beaucoup plus complexes, qui incluent la notion d'intentionnalité des acteurs.

Les restructurations et les nouvelles technologies impactent les pratiques professionnelles. Face à ces constats, il paraît nécessaire de renforcer les collectifs de travail et le management et de revoir un certain nombre de pratiques.

Pour mettre en place un dispositif de qualité de vie au travail, que faut-il réellement évaluer ? Quels sont les objectifs et les finalités ? Au cours de cette table ronde, nous allons essayer de répondre à ces questions d'apparence simple.

## **Cyrille COLIN**

Nous avons connu trois évènements successifs aux Hospices civils de Lyon.

Un baromètre social, auquel plus de 8 000 agents ont répondu, a été récemment organisé. Il donnait une image extrêmement positive de la situation, en termes de fierté, d'engagement, etc.

Pourtant, trois semaines après la publication des résultats, nous avons assisté au suicide d'une jeune interne en oncologie. Cette situation a frappé l'ensemble de l'institution.

Quelques jours après ce drame, les parents sont venus s'exprimer devant de nombreux cadres. Ils nous ont fait un rappel à la loi et surtout un rappel moral. Nous nous sommes tous reconnus dans les *verbatim* qu'ils nous ont présentés. Nous avons pris conscience qu'un changement de culture était indispensable.

Il y a une dizaine d'années, j'avais fait partie d'un groupe de recherche qui avait répondu à un appel d'offres de la DGOS sur les indicateurs de qualité à l'hôpital. Un questionnaire



avait été testé dans une centaine d'établissements. Il a eu le mérite de montrer la faisabilité de la démarche.

J'appartiens aujourd'hui à la task force sur le financement du système de santé. L'une de nos propositions est de le faire partiellement dépendre de la qualité, au sens large. Evidemment, la qualité des soins devra être prise en compte. Sans chercher un lien de causalité entre les deux, la qualité de vie au travail devra l'être également. Avec un tel modèle, nous dépasserions l'incitation.

### **Julien PELLETIER**

Est-ce que des indicateurs pourraient à la fois nous permettre de prévenir des actes dramatiques et de maîtriser le financement ?

### **Alexandre FOURNIER**

Une démarche de qualité de vie au travail ne peut pas agir comme une baguette magique. Elle consiste surtout à revenir à des fondamentaux. Il n'y a de richesse que d'hommes.

Il est toujours utile d'évaluer ce que nous faisons avec les deniers publics. Il est également utile d'évaluer les besoins et de savoir ce qu'il faut réellement aux équipes. Nous n'avons peut-être pas suffisamment insisté sur ce point au niveau des services, qui constituent pourtant la brique de base dans la production des soins.

Pour des jeunes en sortie d'école, nous savons que se retrouver dans des services d'oncologie face à des patients qui ont leur âge peut soulever toute une série de questions. Ils ont peut-être besoin d'une supervision avec des psychologues, comme le proposent certains établissements. Je ne sais pas si ces initiatives relèvent de la qualité de vie au travail mais, quand elles sont mises en œuvre, nous constatons que les résultats sont positifs.

Il faut être au plus près du terrain, dans l'analyse des pratiques, des postures, etc. Il est possible de trouver des solutions qui ne sont pas forcément en lien avec le métier mais qui permettent d'améliorer les conditions de vie professionnelle et personnelle.

Faire le lien entre les coûts et les gains de ces initiatives n'est pas inintéressant. Nous travaillons aussi sur une démarche d'évaluation. Il existe des questionnaires et des baromètres sociaux mais l'intervention précédente a montré à quel point ils pouvaient être en décalage avec la réalité. Nous devons faire preuve de précaution vis-à-vis de ces outils et envisager d'autres méthodes, qui prennent mieux en compte l'impact des crédits sur la préservation du capital humain.

Comme tentent de le faire les clusters, l'enjeu est de partir du terrain, d'identifier des besoins et d'essayer de jouer sur des effets de levier.

### **Julien PELLETIER**

La qualité de vie au travail est effectivement un investissement. Il est donc légitime d'évaluer les résultats obtenus.

### **Un intervenant**

L'objectif d'améliorer la qualité de vie au travail est désormais partagé par tous les établissements. Toutefois, comment cela se passerait-il si celle-ci devenait l'un des critères de financement ? Les plus mauvais perdraient-ils des crédits, ce qui constituerait une double peine ? A l'inverse, donner encore davantage de moyens à ceux qui ont déjà d'excellents résultats peut-il vraiment apparaître comme la meilleure solution ?

L'incitation financière est toujours positive. En revanche, la pénalisation peut avoir des conséquences très négatives.

**Alexandre FOURNIER**

Les établissements ont intérêt à ce que les indicateurs de qualité de vie au travail, comme l'absentéisme, s'améliorent.

Une qualité de vie au travail qui fonctionne se traduit par des leviers de performance. Investir dans ce domaine peut permettre un retour. Sur chaque projet, accorder une part des crédits à la qualité de vie au travail peut éviter de reproduire plusieurs fois les mêmes erreurs. Cette logique permet de mieux prendre en compte les besoins.

Après une évaluation qui soulèverait des interrogations en termes de qualité de vie au travail, la réponse ne peut pas être de maintenir le *statu quo*.

De mon point de vue, la double peine est évidemment à proscrire. Toutefois, l'absence de conséquences ne peut pas non plus être satisfaisante. La pénalisation n'est pas forcément financière. D'autres voies peuvent être envisagées, comme la publication des résultats.

**Cyrille COLIN**

L'amélioration des indicateurs ne peut de toute façon avoir des impacts sur le financement qu'après un minimum de trois années successives.

**Julien PELLETIER**

Est-il possible et réaliste d'articuler les trois champs de l'évaluation (activité de l'établissement, méthodes en termes de qualité de vie au travail et pratiques d'organisation) ?

**Laetitia COURTIN**

Cette articulation me semble même indispensable. Elle suppose toutefois de mettre en sommeil un certain nombre de représentations et de préserver quelques garde-fous.

Il est indispensable de définir la finalité de l'évaluation et de la mener de manière « embarquée », c'est-à-dire en associant l'ensemble des acteurs de l'organisation de travail. Dans les établissements médico-sociaux du privé non lucratif, il s'agit des décideurs du travail, qui sont souvent des bénévoles, des concepteurs du travail, des professionnels acteurs du travail et des bénéficiaires de ce travail. L'objectif est de s'inscrire dans un cercle vertueux.

Evaluer la qualité de vie au travail doit permettre d'ajuster l'action sociale d'une organisation avec l'ensemble de ses acteurs et de développer la qualité de l'engagement de ses professionnels dans cette action. Elle doit avant tout servir la performance globale de l'action d'une association. L'une des conditions est toutefois de s'assurer que chaque intervenant, quelle que soit sa place dans la hiérarchie, soit considéré comme détenant une expertise.

En France, j'ai constaté que nous avons souvent le réflexe de différencier la valeur des expertises, certaines étant considérées comme prestigieuses et d'autres comme l'étant moins. Or il faut prendre en compte tous les points de vue et accepter une sorte d'aplanissement des organigrammes.

Il est important de créer une culture de la qualité de vie au travail, qui permette de préserver la démarche dans la durée et de réinterroger sans cesse ses effets. Des ajustements peuvent devenir nécessaires. Un droit à l'erreur accordé à l'ensemble des parties prenantes doit exister dans ce domaine.

Si tous les acteurs sont mobilisés autour de l'évaluation, nous sommes forcément face à une approche globale qui intègre de multiples indicateurs. Le lien doit être étroit avec le

travail réel. Une démarche de qualité de vie au travail ne peut se construire uniquement par un dialogue social entre une Direction et des organisations syndicales. La dimension professionnelle est essentielle.

### **Julien PELLETIER**

Un questionnaire pourrait permettre d'identifier les attentes des personnels mais d'autres modèles sont possibles, avec des groupes associant tous les acteurs. Ces stratégies d'évaluation de la qualité de vie au travail peuvent d'ailleurs être complémentaires.

### **Bernard DUPONT**

L'articulation des trois champs est possible, à condition de l'envisager dans un contexte plus vaste. Nous devons prendre en compte de nombreux éléments d'environnement, dont les contraintes économiques. Nous pouvons également faire jouer le positionnement de multiples curseurs.

Les malades peuvent bénéficier d'une prise en charge de qualité avec une qualité de vie au travail très dégradée pour les personnels ou l'inverse. Pour moi, le lien n'est pas automatique.

Le marqueur principal doit rester la qualité des soins. Nous devons ensuite prendre en compte toute une série d'indicateurs, comme l'absentéisme, les accidents de travail, etc. Il faut aussi tenir compte du « feeling ».

Dans ma carrière, j'ai une fois reçu deux préavis de grève concernant deux services apparemment comparables. L'un voulait passer en huit heures et l'autre en douze heures. La qualité de vie au travail tient aussi à des conditions d'âge, à la manière dont les projets sont présentés, etc.

La formation du management est essentielle. Il faut également pouvoir s'appuyer sur des corps intermédiaires. Beaucoup de choses dépendent cependant des personnalités et de leur capacité à créer des dynamiques.

### **Un intervenant**

L'activité des établissements est souvent obérée par des problèmes de souffrance au travail. L'une des explications de cette situation tient à l'hétérogénéité des professionnels.

Des effets d'enchaînement peuvent se créer quand certains doivent prendre en charge des tâches qui ne sont pas effectuées par leurs collègues. La vie des services en est fortement perturbée. Il faudrait envisager une évaluation des personnels, afin d'identifier les besoins de formation.

### **Julien PELLETIER**

Certaines pratiques d'organisation et de management sont-elles à valoriser et à étendre ? J'aimerais que nous abordions des choses plus concrètes. Il ne suffit pas de créer des groupes d'expression. Il faut également être dans l'action. De la même façon, la formation des managers n'a pas de sens s'ils n'ont pas de marges de manœuvre ensuite.

Dans vos organisations, qu'est-ce qui a eu des effets positifs sur la qualité de vie au travail ? S'agit-il d'une adaptation des horaires, d'une redéfinition de la taille des équipes, etc. ?

### **Anne-Marie PRONOST**

Nous savons que les organigrammes les plus plats sont souvent les plus efficaces en termes de développement professionnel. Nous devons toutefois tenir compte des contextes.

Le management par la confiance et le management coopératif sont évidemment à privilégier. Il faut également s'appuyer sur l'intelligence collective et permettre à tous d'être

force de proposition, en particulier dans le domaine de la qualité de vie au travail. Plus les professionnels sont impliqués, plus les démarches sont « gagnants-gagnants ».

Dans le projet d'hôpital magnétique, les équipes de soins ont formulé des propositions extrêmement intéressantes. Elles ont observé que la charge de travail était variable selon les services, notamment le week-end. Elles ont donc suggéré de développer l'entre-aide. Une charte de solidarité a été rédigée pour encadrer cette pratique. Elle a été intégrée dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants. Sur cinq ans, nous avons aussi planifié le renforcement de la formation, avec des parcours de professionnalisation. L'objectif était de se doter de véritables experts. Nous avons également travaillé sur la gestion du temps. Nous avons mis en évidence les talents, en nous appuyant sur les savoir-faire de chacun pour améliorer l'environnement de travail et redonner toute sa place à l'humain.

Il faut avant tout écouter les professionnels et adopter une logique *bottom-up*. La qualité de vie au travail ne nécessite pas forcément des investissements massifs. Certaines évolutions peuvent avoir des impacts importants sans être coûteuses pour autant.

### **Une intervenante, interne en médecine**

Les internes, comme de nombreux étudiants, rencontrent beaucoup de difficultés. Le socle de base n'est pas respecté. Nous savons que les exceptions au repos de sécurité de sept heures sont extrêmement nombreuses.

Les constats qui sont effectués sont corrects mais les réponses ne sont pas forcément adaptées. Dans l'un des services où j'ai travaillé, j'ai assisté à l'évaluation de séances de sophrologie pour des internes qui étaient en poste 90 heures par semaine. Bizarrement, ils n'allaient pas mieux.

Avant une politique de qualité de vie au travail, le respect de la loi devrait déjà constituer une priorité. Si ce prérequis n'est pas rempli, mettre en place d'autres mesures ne peut pas donner de résultats.

### **Une intervenante, consultante, ancienne directrice d'EHPAD**

Quand j'ai pris la direction de mon établissement, j'ai essayé de réaliser une analyse du taux d'absentéisme. J'avais réussi à créer une relation de confiance et des salariés m'ont expliqué qu'ils ne travaillaient pas au sein de l'EHPAD pendant quelques jours chaque mois pour effectuer des missions en tant que vacataires et être ainsi mieux payés.

Nous leur avons donc proposé des heures supplémentaires. Les Directions précédentes les refusaient pour éviter l'accumulation de fatigue mais cette fatigue existait de toute façon, puisque nos équipes allaient travailler ailleurs. Avec cette mesure, tout n'a pas été solutionné mais nous avons constaté une amélioration des indicateurs et une amélioration de la qualité de prise en charge.

### **Un intervenant, professionnel de santé libéral**

Comment envisagez-vous de mesurer la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ? Nous sommes isolés dans nos cabinets.

### **Un intervenant, de l'ARS PACA**

Nous avons mis en place des clusters médico-sociaux depuis 2018. Dans ce cadre, de nouvelles organisations des plannings ont pu être testées à partir des remontées du terrain. Des aides-soignants ont été dotés de tablettes numériques pour mieux suivre les résidents. Cette dimension a d'ailleurs été intégrée dans la formation initiale.

### **Une intervenante, membre de l'équipe mobile d'ergologie à l'AP-HM**

Lors de l'une de nos missions, nous avons recueilli des *verbatim* et des témoignages montrant de réelles difficultés dans une équipe. Finalement, un groupe de travail s'est mis en place pour aménager les plannings et mieux tenir compte des besoins. Des ajustements

convenant à l'ensemble des parties ont pu être apportés. Les solutions qui ont pu être mises en œuvre auraient été refusées si elles n'avaient pas émergé du terrain.

### **Alexandre FOURNIER**

Je voudrais revenir sur le repos de sécurité. La loi doit évidemment être respectée mais cette dimension ne relève pas de la qualité de vie au travail.

Je ne sais pas dire pourquoi des équipes qui sont à l'équilibre en termes d'effectifs fonctionnent moins bien que des équipes qui sont en sous-effectif de manière ponctuelle ou durable. Des dépassements d'horaires sont considérés comme insupportables dans certains cas et pleinement assumés dans d'autres. Nous ne réagissons pas tous de la même manière. Nous ne sommes pas égaux devant la qualité de vie au travail.

### **Bernard DUPONT**

Nous ne sommes pas égaux devant la qualité de vie au travail. Cette phrase me paraît être une bonne synthèse. D'une certaine façon, ce constat est plutôt positif.

### **Laetitia COURTIN**

Je réalise beaucoup de diagnostics en utilisant des jeux. La manière dont les personnes communiquent évolue et permet de faire ressortir des choses. Nous travaillons également le « qui fait quoi » avec du théâtre forum ou des jeux de rôles. Cette approche désacralise et permet de recueillir énormément d'informations.

### **Cyrille COLIN**

Des questionnaires existent sur la qualité de vie au travail. Ils doivent être utilisés sans prétention mais peuvent apporter des éléments pertinents au niveau des établissements.

### **Anne-Marie PRONOST**

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour évaluer les projets de qualité de vie au travail. Ils doivent cependant être maniés avec précaution. Souvent, le fait de s'intéresser aux professionnels et de leur demander leur avis peut devenir plus important que les mesures mises en œuvre.

### **Alexandre FOURNIER**

En ce qui concerne les professionnels libéraux, nous devons effectivement approfondir le sujet. Des réponses sont en cours de maturation mais nous ne pourrions pas les évoquer aujourd'hui.

Les questionnaires restent des outils pertinents mais les comparaisons entre les établissements sont très compliquées. Certains indicateurs dégradés peuvent en outre ne pas refléter la réalité des situations. Il peut exister des biais d'interprétation. Beaucoup de points restent donc à affiner.

# Renforcer et reconnaître le management hospitalier : un enjeu majeur au service de la QVT

---

Philippe CHARPENTIER

Secrétaire général du CHU de Lille

Depuis ce matin, beaucoup d'attentes ont été exprimées vis-à-vis du management hospitalier. La mise en place d'un groupe de travail sur cette thématique avait donc du sens.

Le manager hospitalier est un acteur clef de la qualité de vie au travail. Il lui revient :

- de construire un collectif de travail solidaire autour du patient ;
- de préserver les conditions de travail lors des opérations de restructuration des organisations ;
- d'accompagner les équipes vers une pratique raisonnée du numérique ;
- d'initier des démarches visant à une meilleure qualité des soins et des accompagnements.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, un chantier a été dédié au « *renforcement du management hospitalier et à la reconnaissance de l'engagement professionnel des établissements publics de santé* ».

Concrètement, l'objectif était d'opérer des évolutions du management, en portant pleinement attention aux compétences des encadrants d'équipes et aux moyens de leur mise en œuvre.

Le groupe de travail a été constitué au début de l'année 2019. Nous avons essayé de soutenir une approche aussi décloisonnée que possible du management hospitalier. Il nous a également semblé important de favoriser la confiance dès l'échelon de proximité, c'est-à-dire le service dans les hôpitaux. Par ailleurs, nous avons considéré que le rôle du manager dans l'organisation devait être renforcé et que la fonction managériale devait être légitimée par sa compétence. Dans les hôpitaux, où la priorité est donnée à l'expertise technique, celle-ci ne constitue pas forcément un prérequis pour accéder à des fonctions d'encadrement.

Nous avons travaillé autour des quatre thématiques suivantes :

- définir les compétences managériales attendues, déclinées aux trois niveaux de responsabilités (service/pôle/établissement) ;
- redonner au service son rôle de collectif ;
- réviser les référentiels de formation et enrichir l'offre de formation ;
- accompagner l'accession aux fonctions managériales et la prise de responsabilités.

Nous sommes réunis à une dizaine de reprises, avec une vingtaine de représentants des conférences de Directeurs et de Présidents de CME, des organisations syndicales de praticiens, ainsi que de la FHF, de l'AFDS, de l'ADH, etc. Nous nous sommes aussi appuyés sur des experts de l'EHESP et du CNG.

Notre objectif était de proposer des solutions aussi adaptables que possible. Nous sommes bien conscients qu'il n'est pas possible d'imposer la mise en place des mêmes mesures partout, sans tenir compte de la spécificité de chacune des situations.

Nous avons étudié de nombreuses initiatives locales. Elles nous ont permis d'établir un certain nombre de pistes d'action, dont certaines ont été reprises dans le discours de la Ministre il y a quelques jours.

Nous préconisons que le projet de service intègre un volet managérial élaboré en concertation avec l'équipe médico-soignante et prenant en compte les modalités d'animation quotidienne des équipes, la répartition des missions managériales, etc. Cette approche permettrait de généraliser la thématique managériale comme un sujet légitime du fonctionnement quotidien. Elle pourrait également servir de base à la procédure de sélection et de nomination du chef de service.

Nous pensons que la formation des responsables devrait être obligatoire dans les six mois suivant leur prise de fonctions. Les managers hospitaliers, qu'ils soient médecins, soignants, administratifs ou techniques, devraient posséder un certain nombre de compétences clefs. Ils devraient notamment être en capacité d'évaluer, de repérer les situations individuelles difficiles, de conduire des projets, de gérer des conflits, etc.

L'enrichissement des programmes de formation initiale apparaît également nécessaire. L'EHESP travaille sur le sujet en ce qui concerne les directeurs. Toutefois, il faudrait aussi intégrer un volet managérial dès le deuxième cycle des études médicales et de façon plus soutenue au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus et en fonction de l'orientation choisie. Aujourd'hui, cette dimension est totalement absente. Dans les écoles de cadres qui existent en région, elle est prise en compte mais de manière très hétérogène.

Par ailleurs, nous considérons qu'une charte managériale d'établissement, constituant un engagement fort de la gouvernance en faveur d'un management de type participatif et bienveillant, pourrait impulser une dynamique. Elle pourrait être déclinée à travers les projets de service et de pôle et servir de référence dans les situations de gestion de conflits.

Un besoin fort de soutien a été exprimé par les managers. Il pourrait prendre la forme de mentorat, de mécanismes d'entraide entre pairs, de co-développement ou de coaching. Dans les équipes où le manager se sent fragilisé, nous connaissons les impacts sur la qualité de vie au travail de tous. Cette problématique doit donc être prise en compte et traitée.

Pour reconnaître l'engagement des personnels, médecins et cadres, en situation de management, la Ministre a annoncé une revalorisation indemnitaire.

Enfin, la Ministre a également annoncé la systématisation des entretiens individuels au sein de la communauté médicale. Ceux-ci existent parfois mais ne sont pas encore généralisés. Or il s'agit d'un outil de management important, permettant de faire le point sur les projets, les difficultés rencontrées, les besoins de formation, etc. Il sera évidemment un moment privilégié pour évoquer les conditions de travail.

Nous devons produire des livrables, dont la forme n'est pas encore définitive. Pour une part, ils devraient prendre la forme de recommandations de bonnes pratiques. Il est également prévu de faire évoluer les programmes de formation initiale et continue. Je n'entrerai toutefois pas dans plus de détails à ce stade. Aujourd'hui, ma priorité était de partager avec vous les enjeux et les axes d'amélioration que nous avons identifiés.

## ***Echanges avec la salle***

### **Rozen GUEGUEN, CFDT Santé-sociaux**

Depuis ce matin, nous avons insisté sur le rôle que les cadres devaient jouer dans la mise en place des démarches de qualité de vie au travail. Malheureusement, il leur est en permanence demandé des choses en plus, sans jamais leur retirer aucune tâche. Comment pourrions-nous faire, y compris pour organiser des formations, alors que nous savons que leurs disponibilités sont déjà extrêmement réduites ?

### **Philippe CHARPENTIER**

La formation vise à permettre aux cadres d'être plus à l'aise dans l'exercice de ses fonctions.



Nous avons probablement des progrès à faire pour accroître la fluidité des relations dans les établissements, notamment en misant sur la confiance et en allégeant le *reporting*. La Ministre a insisté sur cette dimension dans son récent discours. Cela peut nous permettre de gagner en efficacité et d'être davantage dans l'action.

Toutes les mesures que nous avons évoquées visent à légitimer le rôle du cadre. Le management requiert une expertise qui ne va pas de soi.

Je crois que nous pourrions réellement progresser en misant sur la proximité et la confiance, même si j'ai bien conscience des difficultés qui peuvent exister sur le terrain.

#### **Katia KOSTULSKI, experte membre de l'Observatoire QVT**

Au sein de l'Observatoire, nous ne partageons pas tous la même vision. Lorsque des difficultés surviennent, la tendance actuelle est de mesurer la qualité de vie au travail et de former les managers. Nous le constatons dans beaucoup d'entreprises. Or ce n'est pas la seule voie. Nous devrions réellement approfondir ce sujet.

#### **Philippe CHARPENTIER**

Nos préconisations ont été élaborées à partir des remontées que nous avons eues du terrain. Le besoin de formation s'est exprimé très fortement, notamment de la part des médecins. Celui-ci ne peut évidemment pas tout régler. L'enjeu est de toute façon que les mesures s'inscrivent dans une politique d'établissement. Il en est de même de la charte.

#### **Un intervenant, CFDT Santé-sociaux**

J'étais plutôt rassuré par les débats de ce matin. Il me semblait que les démarches de qualité de vie au travail progressaient. J'ai plus de réserves vis-à-vis de ce que j'ai entendu cet après-midi. Il apparaît compliqué de dépasser les contraintes budgétaires, qui sont évidemment très fortes dans notre secteur.

#### **Gladys LUTZ, experte membre de l'Observatoire QVT**

Ce matin, nous avons insisté sur l'importance du collectif, ce qui est très différent de développer l'entraide ou le coaching. Nous devons peut-être nous réinterroger sur la définition de la qualité de vie au travail. Celle-ci doit-elle passer par un renforcement du pouvoir d'agir ? S'agit-il plutôt d'outiller les individus ?

#### **Un intervenant, association nationale des étudiants en médecine de France**

Les études médicales sont déjà très denses. Vous proposez néanmoins d'ajouter une formation managériale pour tous les étudiants en médecine.

#### **Philippe CHARPENTIER**

J'ai conscience que le programme est extrêmement chargé et qu'il faudra être sélectif. Je ne sais pas quelle forme pourrait prendre cette formation. Il pourrait peut-être s'agir de retours d'expériences lors de stages. Toutefois, je pense qu'il est important que les étudiants puissent disposer de quelques compétences de base dans le domaine du management.

#### **Donata MARRA, experte membre de l'Observatoire QVT**

Des compétences de base, autour de l'interprofessionnalité ou de la communication, devraient être introduites dans le deuxième cycle. La formation au management ne peut toutefois prendre réellement de sens que lorsque les personnes se retrouvent en situation d'encadrer des équipes.



# Conclusions

---

**Katia JULIENNE**

*Directrice générale de l'offre de soins*

La journée a été longue et riche en débats. Je voudrais tous vous en remercier, car elle est une réussite. Le travail qui a été mené au cours des derniers mois dans le cadre de l'Observatoire a pris tout son sens.

Ce premier colloque fera date dans la stratégie de la qualité de vie au travail. Evidemment, la démarche qui a été engagée va se poursuivre, pour permettre aux établissements de s'inspirer des initiatives qui ont été évoquées aujourd'hui et de lancer leurs propres projets. Elle prendra également en compte des réflexions menées sur des thèmes proches, notamment dans le cadre du rapport Lecocq.

L'objectif est d'impulser la création d'une véritable culture d'établissement autour de la santé, de la sécurité et de la qualité de vie au travail. Dans cette perspective, l'évaluation me semble majeure. Nous allons travailler sur le sujet pour vous donner des moyens efficaces d'agir.

Dans quelques semaines, l'Observatoire mettra en ligne les actes de ce colloque. Vos débats nous aideront collectivement à ouvrir de nouvelles voies et à penser de nouveaux dispositifs, afin de répondre aux difficultés que rencontrent actuellement les professionnels.

**Philippe COLOMBAT**

*Président de l'Observatoire national de la QVT*

Beaucoup de propositions qui ont été évoquées aujourd'hui ont déjà été reprises par la Ministre, comme le renforcement du management de proximité, la prise en compte de la dimension managériale dans la formation initiale et dans la formation continue, etc.

Pour conclure cette journée, je voudrais évoquer quelques points.

Les espaces de dialogue apparaissent essentiels, car ils permettent de retrouver des relations de proximité. La réflexion sur nos métiers doit à la fois comporter une dimension éthique, notamment autour du sens, mais doit également partir du travail réel.

Nous devons promouvoir des organisations apprenantes, nous appuyer sur l'exemplarité des managers, faire confiance aux expérimentations de terrain et impliquer les usagers et les étudiants.

Nous sommes pleinement conscients d'un paradoxe. Le temps s'accélère mais nous avons besoin de temps pour faire de la qualité de vie au travail. Dans ce contexte, la seule solution me paraît être de partir du travail réel.

La qualité de vie au travail des équipes est importante mais celle des managers l'est également. Pour ces derniers, l'absence de collectif peut constituer une vraie difficulté.

S'agissant de l'évaluation, il me semble nécessaire de réfléchir avant toute chose à la finalité de la démarche.

Je vous remercie pour votre présence et votre participation et je vous dis à l'année prochaine pour la deuxième édition de notre colloque sur la qualité de vie au travail.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél. : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/>

