



**QVT et restructurations :  
impacts de la crise sur  
les préconisations  
émises en 2019 au sein  
du GT de l'Observatoire**

Sur le sujet des « restructurations » la crise sanitaire a constitué un évènement particulièrement éclairant car elle représente à elle seule une restructuration majeure de l'organisation de la prise en charge en santé.

C'est en effet un défi aux multiples facettes qui cumule toutes les caractéristiques d'un bouleversement complet de l'environnement : l'afflux d'un nombre inattendu de patients, la gravité de leur état, l'absence de thérapeutique définie, l'urgence de la réorganisation de la production des soins se révélant inadaptée au besoin, le déficit des ressources nécessaires (professionnels, équipements, médicaments).

D'autre part la crise est apparue comme un accélérateur montrant ce qu'il advient des restructurations passées et interrogeant parfois leur pertinence.

Au regard de cela, il est donc particulièrement intéressant de reprendre les recommandations produites en 2019 dans le cadre du groupe de travail de l'observatoire portant sur la QVT et les restructurations. Sortent-elles renforcées ou méritent-elles d'être amendées à la lumière de cet évènement ?

## **1/ Méthodologie**

Afin de revisiter le texte initial à l'aune de l'expérience de la crise sanitaire un appel à participation a été lancé aux membres du groupe de travail initial.

### **La composition du groupe**

4 personnes du GT de 2019 ont pu se réunir pour actualiser le texte : Samantha Ducroquet (chargée de mission Anact), Julien Dupain (directeur CH Laon), Nathalie Marczak (permanente SYNCASS CFDT), Marie Paule Sauli (coordinatrice des soins et directrice de la qualité et de la gestion des risques, CH Arpajon et CH Sud Francilien).

## **Temporalité et méthode**

Les travaux se sont déroulés entre février et septembre 2021.

Une première réunion a permis de partager les éléments issus de l'expérience de chacun et mettre en exergue des points saillants à mettre en discussion. Chaque membre du groupe a ensuite mobilisé un groupe de professionnels (soignants, direction) pour lui soumettre les conclusions émises en 2019 et recueillir son expression à l'aune du vécu de la crise sanitaire du coronavirus.

Une discussion a ensuite permis une mise en commun des éléments recueillis pour revisiter chacune des préconisations et élaborer les évolutions du texte qui concernent plutôt le secteur hospitalier au vu de la composition du groupe.

## **2/ Préconisations dans le contexte de crise sanitaire covid**

Il ne s'agit pas à proprement parler d'une actualisation du contenu mais il apparaît pour le groupe que les messages clés des préconisations de 2019 se sont trouvés renforcés durant la période de la crise sanitaire.

Chacune des préconisations émises en 2019 en lien avec la QVT dans le cadre des restructurations est présentée ci-après et fait l'objet de commentaires basés sur l'expérience de la crise sanitaire 2020 2021 (coronavirus) :

### **- « Mettre les hommes et les femmes au cœur des restructurations » :**

D'une certaine manière, la crise COVID a gelé les projets de restructuration, et a plutôt conduit à renforcer les capacités des établissements (transformation / création de lits), situation qui n'était pas connue depuis des années (pour ne pas dire des décennies).

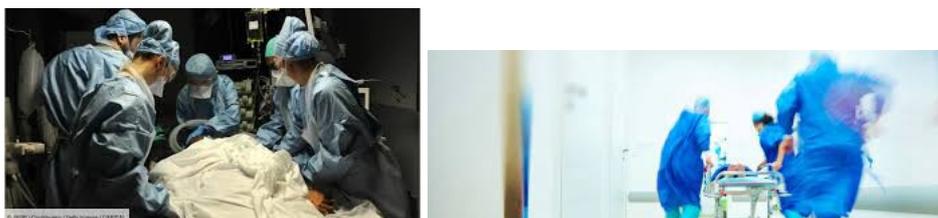
Dans un même temps la décision présidentielle du « quoiqu'il en coûte » a détendu les relations entre les acteurs hospitaliers. Le sujet économique a été oublié au profit de la mission de soins. Ce changement a redonné un rôle essentiel aux soignants.

Mais si les restructurations ont été arrêtées pendant les premières vagues de la crise on peut dire qu'elles ont ensuite repris par exemple avec les injonctions des ARS à poursuivre les PRE.

- ⇒ Les hommes et les femmes, professionnels de santé et d'accompagnement, ont été au cœur du système, en pleine « transformation des organisations du travail ». Ils ont démontré par leur capacité d'agir que le système de soin défaillant pouvait compter sur eux et que leur rôle « essentiel » comptait plus que tout. Malgré ce fait, des doutes se font jour sur la pérennité de ce changement et sur sa force.
- ⇒ Le groupe de travail a le sentiment que les restructurations sont en veille. Elles risquent de reprendre à l'issue de la crise et sans doute de façon plus accentuée.
- ⇒ Pour autant nous pensons qu'il ne sera plus possible de ne faire prévaloir qu'un argument financier dans les restructurations à venir, car les communautés hospitalières par exemple ne le comprendraient plus. La crise

sanitaire et l'expérience collective qui en découle a fait apprentissage pour les professionnels de santé et de l'accompagnement médico-social.

- ⇒ Du point de vue de la manière dont on considère les professionnels, femmes et hommes, dans une restructuration, la crise met en évidence 3 conditions de la QVT :
  - o La reconnaissance de l'utilité et de l'expertise professionnelle des individus et du collectif
  - o Le sens, le rapport au travail et le rapport entre les individus
  - o La marge de manœuvre, la capacité à agir, la responsabilité, les milites de la mise en procédures du travail



#### - « Partager le sens et les finalités des restructurations »

Pendant la crise, la qualité du travail et des soins ont pris le pas sur la finalité économique dans le pilotage.

Le seul sens important des restructurations, aujourd'hui en temps de crise, est de garantir l'accueil des patients COVID. Dans ce cadre, nos établissements se sont en effet réorganisés, pour ne pas dire « restructurés ». Ces changements devaient être provisoires et éphémères. Malheureusement, ils se sont répétés et ont duré dans le temps.

Pour ces « restructurations », le partage du sens et des finalités n'a pas posé de difficultés. Les hospitaliers par exemple, étaient prêts à répondre, même si c'était parfois douloureux pour eux. L'hôpital dans son ensemble comprenait les enjeux et ses implications.

Le manager n'a pas eu (ou peu eu) de difficultés pour changer les cycles de travail, redimensionner les services, fermer des lits... car le but commun était partagé et compris. C'est une leçon intéressante pour l'avenir. Surtout lorsqu'on a conduit des restructurations « avant ». La volonté collective a été prise pendant la crise. L'administration, les médecins, les soignants ont été unis.

- ⇒ Dans la gestion de la crise, le sens a été préservé : ce sont les professionnels qui donnent le sens de l'action : isoler et soigner les malades. L'objectif visé est partagé, il répond à un besoin de la population et le travail est fait de concert avec les médecins, les administratifs, les paramédicaux.
- ⇒ La proposition de 2019 sur le partage du sens et de la finalité est plus que jamais indispensable, si des restructurations économiques reviennent. Il est essentiel de créer des espaces d'échanges pour partager le pourquoi et le comment avec toutes les parties prenantes des transformations.

- **« Construire et entretenir les conditions du dialogue social et professionnel à tous les niveaux pour assurer la participation »**

La crise COVID a conduit à accélérer la prise de décision pour répondre à l'urgence, tant au niveau fonctionnel qu'institutionnel.. Les espaces de discussion habituels ont évolué en faveur d'espaces de délibération particuliers (ex : les cellules de crise). Du côté du dialogue social la crise n'a pas fait paraître de rupture, bien au contraire. Le souci de préserver la communication ainsi qu'une transparence suffisante sur la stratégie conduite, en temps réel, aux représentants du personnel mais aussi à tout le personnel se sont exprimés. Par exemple le CHSCT et ses membres ont été associés dans la gestion de la crise dans la majorité des établissements.

- ⇒ Nous avons donc le sentiment qu'en sortant des « rôles » que chacun se donnait dans le « dialogue », et en pensant d'abord à l'intérêt du patient, les acteurs se sont rapprochés. Ils n'ont plus eu besoin d'un rendez-vous institutionnel pour partager et échanger. C'est extrêmement positif. Nous souhaitons conserver ce fonctionnement participatif et concerté le plus longtemps possible au service du dialogue et de l'action.
- ⇒ Nous avons aussi le sentiment que le dialogue était plus fluide, car il n'était pas « encombré » par les notions financières. Quand la situation va revenir à la normale, serons-nous en mesure de garder cette flexibilité dans le dialogue ? Nous craignons que ce ne soit pas possible, et que chaque acteur retrouve ses positions. La reprise active des conflits sociaux dans de très nombreux établissements dès 2020 montre que les jeux de rôle reprennent d'autant plus que les acteurs ne sont pas reconnus pour autre chose que ce rôle.



- **« Renforcer la formation initiale et continue »**

Il apparaît que la crise a ralenti les démarches de formation (interruptions et ou aménagement de formations) ou les a transformées. Ce sont les situations de travail qui ont constitué des situations formatives durant la crise. Il ne faut en effet pas oublier que devant le manque de personnels pour les services de réanimation notamment, les formations ont été faites sur le terrain, en quelques jours (contre plusieurs semaines habituellement). De même, dans les services COVID, les soignants ont dû, en quelques jours, s'adapter à des nouvelles prises en charge.

Ainsi la crise a permis de souligner que l'investissement dans la formation n'est pas un coût, mais un investissement. Si nous avons eu plus de personnels formés (médicaux ou non) à la réanimation, n'aurions-nous pas pu avoir plus de souplesse ?

La gestion passée a conduit à exiger une grande polyvalence des personnels. Un IDE devait pouvoir tout faire rapidement. Cette politique peut avoir du sens, quand, dans les phases de changement, l'adaptation à un nouveau milieu est possible. En situation de crise, c'est très difficile. Il en est de même, pour les ressources quand la crise dure. En effet, l'application des ratios soignants a limité le nombre de personnels mobilisables dans les services. Il a donc fallu choisir : ouvrir des lits COVID ou maintenir des spécialités non COVID. La réserve sanitaire, souvent composée d'hospitaliers, n'a pas pu venir aider les personnels mobilisés. Aucun dispositif n'existait pour (re)former des soignants qui avaient quitté le soin depuis plusieurs mois ou années.

- ⇒ Nous avons donc le sentiment que la formation doit être renforcée, et notamment celle tout au long de la vie. Des modules d'adaptation à l'emploi devraient être proposés.
- ⇒ Pour ce qui concerne les cadres de direction, la crise ne remet pas en question la nécessité de formations qui les préparent et entraînent à pratiquer un management qui ne soit pas en lui-même producteur de risques professionnels pour ouvrir leur esprit à un pilotage des restructurations qui se préoccupe autant de la construction et du maintien de la cohésion du collectif que de l'efficacité.

#### - « Remettre les managers de proximité sur le terrain du travail réel »

Nous avons vu pendant la crise que les managers de proximité avaient toute leur place, au plus près de leurs équipes. Cette proposition est donc d'actualité. Les encadrants et chefs de service ont joué un rôle qui n'était pas habituellement le leur, celui de soutien psychologique des équipes et de prévention. En effet, ils étaient à la fois un relais de proximité pour expliquer les fonctionnements, mais également un relais pour exprimer les difficultés. Ils n'étaient plus dans un rôle simplement d'organisateur ou de « surveillant ». Ils étaient des accompagnants.

Ils ont assuré l'articulation vie privée – vie professionnelle en prenant en compte l'impact de la réorganisation sur les individus, comme pour la garde d'enfants des personnels par exemple. Les cadres de santé ont été les régulateurs indispensables d'un travail réel bouleversé, les inventeurs d'organisations locales.

Ils ont aussi fait preuve d'ingéniosité pour pallier aux manques de matériels du début de crise et ont ainsi retrouvé une capacité à agir, une marge de manœuvre.

Les managers ont également été des soutiens aux familles, et à ce titre, ont fourni une aide dans les épreuves que les proches de patients pouvaient traverser. Ils ont assumé un rôle de premier plan, qui, habituellement, ne leur était pas attribué.

- ⇒ Nous pensons que cette place ne doit pas leur être reprise. Pour cela, il faut confirmer leur positionnement hiérarchique, notamment dans les délégations

qui leur sont confiées. Une revalorisation des grilles indiciaires serait indispensable pour qu'ils soient reconnus comme des managers, et non comme des super-techniciens.

- ⇒ Il apparaît urgent de se pencher sur les missions qui leur sont confiées et qui les éloignent du terrain : reporting ou « réunionite » pour les remettre au cœur de la régulation du travail et des relations professionnelles.
- ⇒ Nous avons le sentiment que l'encadrement de proximité est le maillon indispensable d'une bonne prise en charge des patients. Leur avis est, souvent, éclairant et indispensable à la réussite. Ils sont le fondement de la capacité des groupes de professionnels à former un collectif de travail.

#### - « Autoriser l'expérimentation »

L'expérience « covid » démontre l'importance à faire confiance aux acteurs. Une nouvelle fois, durant la crise, les établissements avaient des objectifs d'ouverture de lits, et ils ont su s'adapter et répondre aux attentes. Les restructurations passées ont trop longtemps été « dictées » depuis les tutelles ou par des cabinets de consultants externes. Les établissements ont prouvé qu'ils étaient en capacité d'atteindre un objectif, de se concerter et de coopérer sur un territoire.

Les marges de manœuvre laissées aux pilotes ont été utilisées de façon efficace pour s'ajuster aux situations extrêmes rencontrées. Personne ne peut le contester. Cette proposition d'expérimentation est donc particulièrement actuelle.

Certaines ARS ont été en grande difficulté, pendant les pics de la crise surtout au niveau de leur responsabilités départementales. Leur fonctionnement n'a pas toujours été adapté à une gestion de crise. Ce sont les établissements qui ont parfois pallié ces difficultés en assurant une régulation territoriale que ce soit la répartition des ressources (personnels, équipements), la diffusion des protocoles de prise en charge ou la régulation des capacités d'hospitalisation. A contrario, les établissements ont dû mobiliser des ressources pour transmettre des données très nombreuses sans en recevoir aucun retour. Bien sûr, tout n'a pas été parfait, mais les ajustements ont été rapidement faits, car la proximité des décideurs et du terrain a simplifié (et accéléré) le circuit de prise de décision.

- ⇒ L'expérimentation est la manifestation de la capacité à agir. Le florilège d'expérimentations observées parle de lui-même. La surdétermination du « comment » par des consignes parfois contradictoires ou paradoxales mobilise l'énergie des pilotes sur la conformité, le respect des procédures. L'avalanche de contrôles et d'inspections diverses (ARS, inspection du travail, Urssaf) qui a suivi la fin de la première vague montre le paradoxe qui écartèle les pilotes entre l'encouragement à innover et l'injonction à se conformer.

#### - « Pas de QVT sans santé au travail »

Les personnels, médicaux et paramédicaux dédiés à la santé au travail ont souvent été limités au strict minimum. Nous avons pu voir que ce n'était pas suffisant pour suivre et dépister les personnels, missions dévolues dans le cadre de la crise sanitaire. Les temps de psychologues ont aussi particulièrement manqué. Il a souvent fallu « réaffecter » des psychologues des services sur des missions de psychologue du travail.

La crise sanitaire constitue un nouveau RPS, un état de tension continu et constant subi par les professionnels et qui aura des conséquences sur la santé et l'absentéisme (épuisement professionnel, stress, effets d'une confrontation répétée à la mort...). Par ailleurs, de très jeunes professionnels, encore en formation, ont été précipités dans des prises en charge difficiles pour lesquelles ils n'étaient pas complètement préparés. Les conséquences ou séquelles qu'ils en garderont doivent être traitées, tant en analyse de ces expériences qu'en supervision psychologique. La capacité à tenir dans la durée dépend aussi de la prévention de l'épuisement dans l'organisation du temps de travail qui reste une question fondamentale pour la QVT.



La santé au travail est plus que jamais nécessaire pour les personnels hospitaliers ou établissements médico sociaux et doit s'inscrire dans une culture préventive (plus que curative).

Les difficultés de recrutement sur les postes de médecins du travail soulignent le besoin de valorisation de ces missions. Trop longtemps, la santé au travail n'apportait qu'un avis sur une situation. Avec la crise, elle est devenue prégnante dans la réponse sociale et sanitaire aux agents.

⇒ Nous pensons qu'un investissement doit donc être fait pour internaliser le suivi complet des personnels. Ce suivi devra s'appuyer sur une offre complète de soins dans les services de santé au travail, animée par une équipe pluridisciplinaire renforcée..

- **« Agir pour un système de santé durable et responsable à l'égard des professionnels »**

Le système de santé public, vu par beaucoup comme fragile, a résisté pleinement durant la crise sanitaire. Il faut donc maintenant aider ses agents à tenir et soutenir son développement.

Il nous semble essentiel de pouvoir agir pour un système de santé durable et responsable à l'égard des professionnels.

- ⇒ Les modèles actuels semblent dépassés et le nouveau modèle devra être en mesure d'assurer une réponse à une crise sanitaire sur une durée longue et devra prévoir les conditions d'une fidélisation des personnels.
- ⇒ Bien sûr, le modèle de financement doit pouvoir évoluer pour que la meilleure réponse possible puisse être donnée à la population. Cette réponse devra donc à la fois tenir compte des ressources d'un territoire, et pas seulement celles d'un établissement.
- ⇒ La pandémie (crise sanitaire) constitue un nouveau risque sanitaire pour le fonctionnement du système de santé qui doit être pris en compte dans les restructurations. La manière de piloter (le système, un établissement, une équipe) peut détériorer la QVT et la qualité du travail, et par conséquent la qualité des soins. Il s'agit donc d'intégrer à tous les niveaux une culture de la concertation, pour coconstruire dans une nécessaire anticipation les réponses à d'éventuelles crises.

## **Conclusion**

La pandémie a bouleversé le système de santé. Anticipation, résilience, gestion de crise, confiance, sont des termes exprimés en la période lors de séances de retours d'expérience.

Et pourtant les injonctions paradoxales (ex : isoler mais laisser entrer les familles, protéger les soignants mais ne pas avoir l'accès aux EPI) ont mis les directeurs d'établissements (et tout cadre chargé de l'organisation de l'activité) dans l'incertitude et l'insécurité. Ils ont pu avoir le sentiment d'être des fusibles et d'être présentés comme ceux qui n'ont pas su s'adapter.

La crise est un nouveau contexte qui bouleverse le système de santé, impacte la GRH pour un maintien de la QVT et les politiques publiques qui orientent les restructurations. Dans le secteur de la santé, la flexibilité des organisations est un principe de fonctionnement : le flux de patients varie et cette donnée doit être prise en compte dans les restructurations pour ne pas faire des soignants les variables d'ajustement. Ses effets pourraient se prolonger dans le temps car cette expérience détériore l'attractivité des métiers des personnels, y compris de l'encadrement.

D'autant que face à l'obligation vaccinale et ses modalités d'application le groupe de travail s'interroge quant à l'impact sur la QVT des professionnels au sortir de cette crise ?

Selon nous la crise éclaire la logique des restructurations : quand il n'y a plus de lits, quand il n'y a plus de matériel, quand il n'y a plus de personnels compétents et que la flexibilité de la demande ne peut plus être seulement assurée par les services d'urgence et les hospitalisations non programmées, les restructurations et modifications constantes de la gouvernance impactent directement les déterminants de la QVT.

En conclusion, il s'avère que la crise est apparue comme un objet de transformation parmi d'autres transformations des établissements de santé et du médico-social, qui ensemble façonnent les conditions de travail de demain. D'où l'intérêt d'intégrer dans ces projets de transformation ou restructuration les principes de la QVT à tous les niveaux : de la gouvernance jusqu'aux services.

