

QVT et restructurations

Restitution du groupe de travail

L'observatoire national de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé et du médico-social, installé en juillet 2018, a réuni des groupes de travail dans une logique inclusive, composés de représentants des secteurs hospitalier et médico-social, libéral, des professions médicales et paramédicales, des responsables de la formation des professionnels, des directeurs d'établissements, des internes et étudiants en santé, des représentants des ordres médicaux et paramédicaux etc...

Cette synthèse est le produit du travail du groupe consacré à la QVT et aux restructurations.

SOMMAIRE

QVT et restructurations

1- Problématiques et constats de départ

2- Objectifs du groupe

3- Méthode et déroulement du travail

4- Eléments de définition

5- Les liens entre QVT et restructurations : impact des restructurations

1 - Comment mesurer l'impact QVT des restructurations : la place des indicateurs

2 - Les impacts ressentis : la transformation du travail, de ses conditions et de sa qualité, décrits par les professionnels et l'analyse que le groupe en fait

3 - Analyse

6- Les facteurs déterminants des impacts sur la QVT permettent de définir des points d'attention

1 - Les enjeux, le sens des restructurations, la légitimité

- 2- La manière de faire, la méthode, pilote et pilotage
- 3 - Les conditions de la conduite de la transformation
- 4 - L'accompagnement des individus
- 5 - L'évaluation préalable, le suivi au long cours

7- Les recommandations possibles

- 1 - Mettre les hommes et les femmes, professionnels et patients-résidents, au cœur des restructurations
- 2 - Partager les sens et les finalités de la restructuration
- 3 - Pour assurer la participation, la co construction, il est indispensable de construire et d'entretenir les conditions du dialogue social et professionnel à tous les niveaux : délibérer plutôt que libérer ¹ ?
- 4 - Renforcer la formation de tous les pilotes
- 5 - Remettre les managers de proximité sur le terrain du travail pour conduire le dialogue professionnel, leur laisser des marges de manœuvre, assurer leur gestion RH
- 6 - Autoriser l'expérimentation, la non standardisation des modèles, la marge de manœuvre, l'évaluation, la possibilité de revenir en arrière, de corriger, de renoncer = laisser des marges de manœuvre aux pilotes
- 7 - Pas de QVT sans Santé au travail
- 8 - Agir pour un système de santé durable et responsable comme principe d'action

Conclusion

Annexe 1 : les outils mis à disposition

[Guides et préconisations pour les restructurations](#)

[Dispositifs d'accompagnement des agents de la FPH en cas de restructuration](#)

[Dispositifs d'accompagnement QVT](#)

Annexe 2 : Recueil de l'expression des professionnels

[Grille questionnaire](#)

[Synthèses questionnaires](#)

[Présentation de cas d'expérience](#)

Annexe 3 : Bibliographie

¹ L'entreprise délibérée : Refonder le management par le dialogue , M DETCHESSAHAR coord (Nouvelle cité, 2019)

QVT et restructurations

PROBLEMATIQUES/CONSTATS DE DEPART

La période récente a été marquée par de nombreux changements organisationnels au sein des établissements de santé. Le système de santé tout entier est bouleversé par le vieillissement de la population, l'émergence des maladies chroniques, les transformations technologiques et la contrainte économique. Les conditions de travail ont été fortement impactées. On sait que ces changements ont une incidence sur la santé physique et mentale des actifs, notamment en modifiant les conditions matérielles et organisationnelles qui déterminent la qualité et le sens donné au travail par les salariés.

Les liens entre QVT et qualité des soins sont avérés par de nombreux travaux HAS²et justifient largement l'interrogation portée sur les conséquences des changements organisationnels sur la QVT des personnels de santé.

S'agissant des transformations qui concernent le système de santé, l'abondance d'outils mis à la disposition des professionnels comme les guides de l'ANAP, les moyens d'accompagnement déployés pour le plan national QVT et la multiplicité des actions d'amélioration de la QVT (illustration de cette abondante production en annexe 1) dont témoignent les colloques ou les revues, entre en contradiction avec l'expression professionnelle d'une dégradation de la QVT dans l'univers professionnel du système de santé que l'on peut lire dans l'actualité des mouvements sociaux des EHPADs ou des urgences, mais aussi dans différentes enquêtes et rapports.

Ainsi l'enquête conditions de travail³ ou l'enquête SUMER⁴ de la DARES, qui témoigne d'une augmentation de la quantité et de l'intensité du travail demandé et d'un recul de l'autonomie, "facteur essentiel des risques psychosociaux au travail" car la "tension au travail" reste à un niveau élevé en raison d'une forte charge psychologique associée à une faible latitude décisionnelle.

L'étude réalisée en janvier 2018 par la CNAMTS sur les affections psychiques liées au travail⁵ renforce ce bilan en constatant que les affections psychiques liées au travail chez les salariés sont concentrées dans le secteur médico-social qui représente 20% des affections.

Les récentes enquêtes sur l'absentéisme en France⁶ appellent aussi l'attention sur le secteur de la santé : « Le secteur de la santé est le plus touché, les salariés étant soumis à de fortes contraintes organisationnelles, physiques et psychiques ».

Aujourd'hui, les premières conclusions connues du rapport de C Lecocq et P Cotton sur la santé au travail dans la fonction publique⁷ posent un constat alarmant : "Il y a urgence, parce que les signaux sont

² Revue de littérature, « qualité de vie au travail et qualité des soins », HAS janvier 2016, sur les liens QVT et qualité des soins, pages 28-31

³ Enquête conditions de travail, édition 2019 (DARES, octobre 2018)

⁴ Enquête SUMER 2017 (DARES, sept 2019)

⁵ Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'assurance maladie-risques professionnels, (Santé travail : enjeux et actions, janvier 2018)

⁶ 11e Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement Ayiming®, septembre 2019

⁷ Rapport sur la santé dans la fonction publique, « Santé sécurité qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence et une chance » : une C. Lecocq, P. Cotton, JF. Verdier, oct 2019

oranges voire rouges". La hauteur de l'absentéisme (8,4% contre 4,72% dans le secteur privé) dans la fonction publique et la difficulté à pourvoir les postes vacants font partie de ces signaux :

La nécessité et la légitimité économique, technologique, thérapeutique de ces transformations que la récente loi de transformation a permis de détailler ne suffisent visiblement pas à garantir l'indispensable QVT des professionnels de la santé.

OBJECTIF DU GROUPE

Le groupe était à ses débuts ouvert sur les différents secteurs d'activité des professionnels de santé et les différentes parties prenantes du système grâce à sa composition : secteur sanitaire, médico-sociaux, établissements publics et privés non lucratifs, pharmacies d'officine, ARS, DGCS, DGOS, fédérations et représentants des établissements (FHF, FEHAP, CNDCH), syndicats (CFDT, CFTC, CH-FO, CPH, FSPF, ISNI, SNAM-HP, SYNCASS-CFDT, UNSA,), associations de professionnels (AFDS,) mais le temps passant, le noyau actif s'est trouvé composé et quasi essentiellement de professionnels exerçant dans des établissements publics ou privés non lucratifs et de ce fait, le travail produit est inspiré par la réalité des établissements à financement socialisé. Par ailleurs, ce sont surtout des professionnels appelés à piloter des restructurations qui ont constitué la majorité du groupe et quand bien même ils ont aussi souhaité parler de leur propre QVT, la parole des professionnels du terrain, des opérateurs a été moins bien représentée dans le travail.

Conformément à la fiche outil proposée, l'objectif a été de comprendre le lien entre les restructurations et la QVT afin d'en tirer des préconisations pour aider les professionnels

Les questions particulières qui se sont posées :

La QVT est-elle une condition de la réussite des restructurations ?

Quels sont les facteurs qui influencent la QVT dans les restructurations ?

Quels sont les points d'attention avant pendant après ? comment prévenir les risques et impacts des restructurations ?

Quels sont les facteurs qui influent sur CT, QVT, qualité du travail ? quand et comment parler QVT dans le cadre des restructurations ?

Quelle est l'importance du dialogue professionnel et du dialogue social dans le déploiement de restructuration ?

Quelle méthode de conduite de projet ?

Les restructurations sont-elles des occasions d'introduire de nouveaux modes de management, une nouvelle manière de travailler ?

A cette fin, il a été recherché par différentes voies en quoi les transformations apportées par les restructurations impactent l'activité des professionnels (le travail réel), les conditions et la qualité du travail (le vécu), quels sont les facteurs qui déterminent les effets QVT d'une restructuration et comment ils peuvent être maîtrisés afin de prévenir la dégradation de la QVT.

En ce qui concerne la forme, le groupe a choisi de « d'écouter et raconter des histoires vraies qui éclairent » et de produire un livrable qui soit avant tout l'expression et l'analyse de la réalité vécue par les professionnels et non un guide de préconisations qui s'inscrirait dans la longue liste des guides existants produits par des experts (HAS, ANAP ...) concernant la conduite des restructurations. Ce qui est intéressant, c'est de comprendre ce qui ne « marche pas », pourquoi et comment faire avec une réalité humaine qui échappe souvent au modèle, c'est à dire faire apparaître les facteurs de causalité et les leviers possibles.

METHODE / DEROULEMENT DU TRAVAIL

Après avoir défini ce qu'il entendait par restructurations et qualité de vie au travail en s'appuyant sur l'expérience et les connaissances de chacun, le groupe s'est attaché à éclairer les liens entre QVT et restructuration et particulièrement les déterminants QVT dans les restructurations.

Tout d'abord il s'est questionné sur la [possibilité de mesurer l'impact des restructurations sur la QVT par des indicateurs](#). Les indicateurs existants de la QVT ont été recensés ainsi que les préconisations connues pour construire des indicateurs.

Constatant que le sujet des liens entre QVT et restructurations (entre changements organisationnels, conditions de travail, sens, satisfaction et santé au travail) était largement exploré et documenté tant par des experts institutionnels tels que HAS, ANAP, ANACT, DARES, ORS que par des équipes de différents organismes de recherche comme le CNAM, CNRS, différentes universités... ainsi que le décrit la revue de littérature HAS de 2016⁸, le groupe a considéré [que sa plus-value se tenait plutôt dans l'apport et l'analyse de témoignages « de terrain » issus de la parole de professionnels](#) que dans l'élaboration de recommandations supplémentaires.

Le groupe a donc interrogé des professionnels sur la base d'un [questionnaire](#) visant à décrire leur expérience subjective, qu'ils soient les sujets de la transformation ou les pilotes de celle-ci. Il a en effet semblé que la question des pilotes est souvent passée sous silence alors qu'elle mériterait que l'on s'y penche. Tout d'abord comme responsables de la méthode de pilotage des restructurations, de la mise en œuvre, mais aussi comme professionnels impactés par les effets des restructurations sur leur travail. On a entendu par pilote toute personne en situation d'encadrement, de management, chargée de la définition et/ou de la mise en œuvre d'une restructuration. Les pilotes peuvent ainsi se trouver à différents niveaux dans la gouvernance. Dans un établissement de soins, ce sont les directeurs mais aussi les cadres de santé, les chefs de pôle et de service.

Le [questionnaire](#) a été construit à partir des travaux de l'ANAP et de l'ANACT. Il vise à saisir un ressenti, une expérience et non le détail objectif de la conduite d'une opération. Le parti pris est que l'expression des professionnels est une part de la réalité et fait partie intégrante de la gestion, la conduite, le pilotage des transformations. (annexe 2)

L'[analyse collective](#) de ces questionnaires a permis à chaque membre du groupe d'apporter le témoignage des professionnels qu'il représentait dans le groupe. Elle a consisté à identifier les effets QVT apportés par les transformations, repérer des facteurs déterminants de la QVT dans plusieurs types de restructurations et à en déduire des points de vigilance et des préconisations.

Plusieurs [cas de restructurations](#) ont été formalisés par des volontaires à partir d'expériences réelles, puis présentés et analysés dans l'esprit d'un retour d'expérience afin de conforter l'identification de facteurs déterminants de la QVT. (Annexe 2)

L'analyse a été nourrie par des [apports méthodologiques et conceptuels](#) de chercheurs universitaires et en particulier l'intervention de F Noël mais aussi de lectures et de participations à des conférences par différents membres du groupe que l'on trouvera dans la bibliographie.

ELEMENTS DE DEFINITION

QVT

Malgré l'abondance des définitions, QVT est un terme qui reste sujet à la polysémie car il emporte dans son utilisation le positionnement de son utilisateur. L'évaluation de la première vague des clusters par la

⁸ Revue de littérature, « qualité de vie au travail et qualité des soins », HAS janvier 2016 (sur les résultats des réformes en retrait par rapport aux objectifs, voire contreproductifs, pages 19 -23

HAS⁹ ou l'analyse réalisée par l'ANACT de la dynamique de l'Accord National Interprofessionnel QVT¹⁰ montre que le concept balance entre GRH ou gestion de la performance d'un côté et garantie de la santé au travail de l'autre.

Dans une approche managériale, l'objectif d'une démarche QVT est de « penser le contenu du travail » lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation ainsi que le formule le préambule de l'ANI QVT-EP de juin 2013¹¹ : « la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment. De ce fait, [la question du travail fait partie intégrante des objectifs stratégiques de l'entreprise](#) et doit être prise en compte dans son fonctionnement quotidien afin, notamment, d'anticiper les conséquences des mutations économiques, des projets techniques ou organisationnels. »

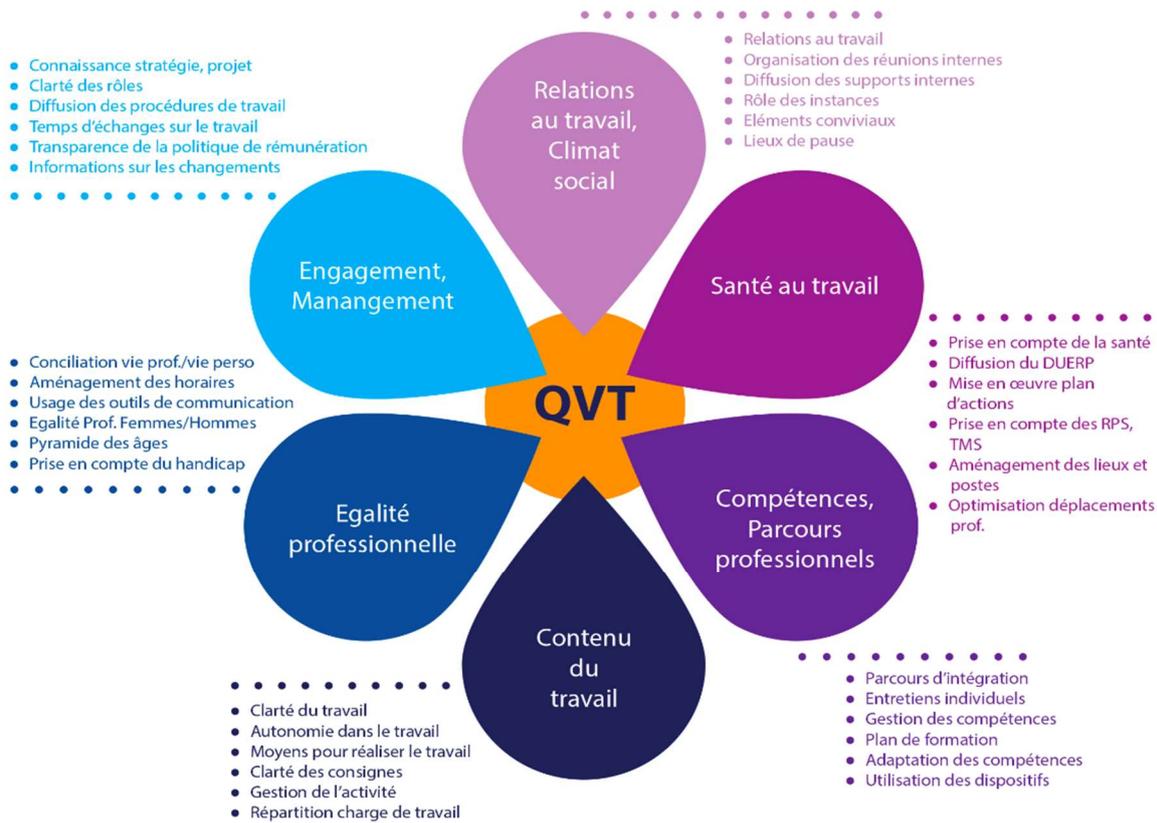
Dans le cadre du management et plus particulièrement des politiques de ressources humaines, la QVT renvoie donc à la politique de prévention et d'amélioration de la QVT conduite par les responsables RH dans les structures d'activité, et ne désigne plus la qualité de la vie au travail, comme si la qualité des soins ne recouvrait plus que les actions de prévention et d'amélioration et non plus des soins de qualité. Cette définition conduit à s'éloigner de l'objet concerné par la qualité de vie au travail : le travail et celui qui le vit. Les professionnels interrogés désignent plutôt par QVT l'ensemble des conditions de leur travail réel et rapprochent détérioration de la QVT et RPS.

Le GT composé de cadres encadrants et de professionnels non encadrants soucieux de faire un travail qui parle à tous, a choisi de se référer à la définition proposée par l'ANACT qui part [du travail, de son contenu, de son organisation, de ses conditions et de sa qualité](#) telle que la perçoit le professionnel et qui peut prendre cette forme :

⁹ Les enseignements des premiers clusters sociaux / synthèse du rapport d'évaluation de Cathel Kornig, Christophe Massot, Christian Revest, ANACT-ARACT, DGOS, HAS, mars 2019

¹⁰ Un cap à tenir : Analyse de la dynamique de l'Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail Egalité professionnelle du 19 juin 2013, ANACT, février 2019

¹¹ Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 "Qualité de vie au travail »



On retrouve une approche très semblable dans les travaux de la DARES sur les conditions de travail ou dans l'Accord National Interprofessionnel sur la QVT de juin 2013 : « **les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte** » (ANI, juin 2013).

Cette définition recouvre :

la capacité d'expression et d'action

- Participation : groupe de résolution de problèmes, débats sur le travail...
- Partenariat social : concertation, dialogue social...,
- Soutien managérial : clarté des objectifs, reconnaissance...,
- Soutien des collectifs : solidarité métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques...

Les conditions d'emploi et de travail

- Environnement de travail : physique, technique, organisationnel...,
- Conditions d'emploi : formation, carrière, égalité, parcours professionnel...,
- Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail : temps de transport, problèmes de santé...

Le contenu du travail

- Autonomie au travail : pouvoir d'agir sur des éléments de la tâche (rythme, procédure, choix des moyens, accès aux ressources, outils...) et de les combiner de manière variée et adaptée à la situation de sorte à procurer un sentiment de maîtrise,
- Valeur du travail : le sens du travail ou sa valeur est d'abord perçu par autrui (client, bénéficiaire, hiérarchie, pair...) et renvoie au sentiment d'utilité,
- Travail apprenant : il renvoie à la possibilité de mobiliser dans son exercice professionnel un ensemble de compétences (relationnelles, émotionnelles, physiques, cognitives...). Un travail apprenant rend le travail intéressant,
- Travail complet : réaliser une tâche complète non seulement au plan organisationnel (maîtrise d'un processus ou d'une séquence de processus), mais aussi pouvoir évaluer les effets de mon activité en regard des résultats que j'en attends, et pouvoir réduire l'écart entre les deux. Et donc de « piloter » ma performance (sentiment de responsabilité).

La QVT recouvre ainsi les **conditions de travail et la qualité du travail ressentie**. Elle est inséparable de la santé au travail. Les chercheurs et cliniciens en psychopathologie du travail ont aujourd'hui fait largement la démonstration que le sens, entendu comme la conviction de faire un travail de qualité, et les conditions du travail, sont les déterminants principaux de la santé au travail. La dégradation de la QVT est corrélée aux RPS dans de nombreuses situations et c'est d'ailleurs la question des RPS qui a été le déclencheur d'une stratégie nationale pour la QVT.

A contrario, toute démarche qui rabat la QVT à la notion de bien-être au travail, de confort de vie pendant la durée du travail ne rentre pas dans cette définition. De même, le développement du potentiel d'efficacité au travail, l'innovation organisationnelle et le renforcement de la prévention primaire dans l'entreprise sont autant d'occasion d'améliorer la QVT sans recouvrir le concept de QVT.

RESTRUCTURATIONS, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Du point de vue du management des entreprises¹², la typologie classique des restructurations retient les opérations suivantes :

- Relocalisation : l'activité reste dans la même entreprise, mais elle transférée vers un autre site, dans le même pays.

¹² HIRES . La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe (janvier 2009)

- Offshoring/délocalisation : l'activité est réimplantée ou externalisée dans un autre pays. Externalisation : l'activité est sous-traitée à une autre entreprise, dans le même pays. Faillite/fermeture : un site industriel doit fermer définitivement ou une entreprise fait faillite pour des raisons économiques qui ne sont pas directement liées à une relocalisation ou à une externalisation.
- Fusion/acquisition : deux entreprises fusionnent ou une entreprise en achète une autre, ce qui donne lieu à un programme de restructuration interne qui vise à rationaliser l'activité de l'entreprise en procédant à des réductions de personnel. Restructuration interne : l'entreprise met en place un plan de suppression d'emplois ou toute autre forme de restructuration non liées à l'un des types décrits ci-dessus.
- Expansion de l'activité : une entreprise développe son activité et, de ce fait, crée des emplois.

Dans le système de santé, les restructurations désignent communément les grandes réformes de structures, les fusions, GHT, directions communes, T2A, modification de la gouvernance poussées par les politiques publiques¹³. Les nouvelles pratiques de soins (chirurgie ambulatoire, chimio orales...) transforment aussi le travail et les organisations des services et ont un impact QVT. Il en va de même des transformations numériques des métiers qui peut générer de profondes modifications de l'organisation du travail.

Pour le groupe, la notion de restructuration s'étend jusqu'au changement de locaux et aux transformations technologiques dès lors qu'elles modifient l'organisation de travail et les relations professionnelles. La question reste la même : comment changer et accompagner ?

Plutôt qu'une définition, voici les différentes formulations exprimées par les membres du groupe qui reflètent la variété des points de vue dans le groupe comme dans la réalité :

- **Processus dynamique** entraînant un changement de l'organisation dont le degré de complexité dépend du contexte et de l'importance de la transformation (et du type d'établissement concerné) et qui impacte les métiers, les compétences, (le travail, son organisation, les conditions de sa réalisation) des femmes et des hommes.
- Modification de l'organisation de la production (de soins en l'occurrence) qui emporte une **transformation du travail** : de son contenu, de son organisation, de ses conditions, qui suppose un apprentissage et conduit les professionnels à devoir réajuster leurs critères de la qualité du travail, c'est-à-dire **leur conception du travail bien fait**.
- Processus qui a un **impact sur relations au travail, l'organisation du travail** et qui est amené par un **motif budgétaire, qualitatif, économique**
- Une restructuration définit la période de transformation que connaît une organisation qui fait face à une situation de changement laquelle peut avoir des origines économiques, territoriales, démographique, technologique et qui impacte son organisation du travail, les métiers, la santé, les CT, la performance, l'emploi
- La restructuration ne touche pas seulement les organigrammes mais le fonctionnement d'un établissement, une association...
- Restructuration et transformation : Il n'y a pas de petite restructuration. Est-ce que la restructuration est forcément collective ? et la réorganisation individuelle ? La restructuration ne touche pas nécessairement tout l'établissement. La question est l'étendue de la transformation : une petite transformation serait une réorganisation et une grande transformation est une restructuration. Dans tous les cas, il n'est pas souhaité par le GT d'imposer ce qui est ou pas une restructuration mais plutôt **d'entendre ce que les professionnels considèrent comme une restructuration**.

¹³ Inspection générale des affaires sociales, Lalande F, Scotton C, Bocquet PY, Bonnet JL. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? (Paris : IGAS ; 2012)

Les différents types de restructurations qui ont été distingués dans les témoignages :

- fusion/coopération
- Fermeture/délocalisation
- Restructuration de gouvernance
- Changement d'organisation d'une activité

LES LIENS ENTRE QVT ET RESTRUCTURATIONS = L'IMPACT DES RESTRUCTURATIONS

1 Comment mesurer l'impact QVT des restructurations : la place des indicateurs

La QVT dispose de plusieurs outils de mesures ainsi que de méthodes de construction d'indicateurs QVT appropriés à chaque contexte. L'essentiel des conseils méthodologiques est déjà écrit à propos des indicateurs QVT, notamment dans la méthode ANACT mais aussi dans les différents guides et préconisations liés aux restructurations.

- Les outils de l'ANACT : <https://www.anact.fr/indicateurs-de-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact>
De la même manière que la démarche HAS : ils proposent une méthode pour définir des indicateurs qui correspondent à un projet donné, selon le contexte local etc...
- Un point de vigilance : ne pas confondre les indicateurs de QVT, qui doivent permettre de suivre la mise en œuvre d'une démarche institutionnelle, et les indicateurs de satisfaction, tels que SPhora Job (<http://www.ccecqa.asso.fr/outils/indicateurs-et-aide-la-decision/satisfaction-1>).
Si la perception de la satisfaction au travail peut être étudiée afin de mesurer certaines dimensions de la qualité de vie au travail, celle-ci demeure subjective et orientée sur des éléments sur lesquels les établissements ne disposent pas toujours de marges de manœuvre, comme la rémunération.
- Existe également l'outil COMET (questionnaire/le guide d'utilisation/une fiche outil) est accessible au lien suivant : <http://www.ccecqa.asso.fr/outil/changement-des-pratiques-professionnelles/culture-organisationnelle>
- Il existe aussi des outils de mesure ad hoc fabriqués par des équipes comme la grille d'évaluation utilisée dans le pôle cancérologie-urologie du CHU de Tours ¹⁴

Certaines organisations syndicales conçoivent et utilisent elles- même des questionnaires QVT¹⁵.

➔ Tout en gardant à l'esprit que beaucoup d'aspects fondamentaux de la QVT trouvent difficilement leur expression dans la QVT et que les indicateurs QVT ne sont pas spécifiques des restructurations et expriment de leur côté plus d'éléments que la QVT - le turn over peut aussi être lié à l'âge des professionnels par exemple - il reste cependant indispensable d'utiliser les indicateurs dont on dispose à commencer par les indicateurs de l'absentéisme et du turn over à toutes les phases d'un projet : avant, pendant et après. L'imperfection des outils de mesure ne peut pas conduire à un déni de la réalité. Sur le terrain, le baromètre « général » est souvent le climat social, avec la présence ou l'absence de

¹⁴ https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol8no6/p16_28.pdf



GRILLE projet pôle
.docx

¹⁵ <http://cfdt-tdf.fr/wp-content/uploads/2018/03/Questionnaire-QVT.pdf>

mouvements sociaux. Cette pratique conduit à limiter la mesure de la QVT. D'autant plus que les instances représentatives (locales ou nationales) sont très peu consultées sur la QVT au moment de la restructuration. Elles ne peuvent donc proposer des outils de mesure.

2 Les impacts ressentis : la transformation du travail, de ses conditions et de sa qualité décrits par les professionnels et l'analyse que le groupe en fait

- L'expression des professionnels a été recueillie par le moyen d'entretiens appuyés par un questionnaire construit à partir des travaux ANAP et ANACT et de récits d'expériences retranscrits dans l'annexe 2.
- Peu d'effets d'amélioration de la QVT sont rapportés même si la restructuration décrite a atteint les objectifs fixés. Les professionnels rapportent généralement une dégradation ou ne font pas de lien entre restructuration et QVT.
- Des effets qui sont décrits concernent souvent **les conditions de l'organisation (matérielle) du travail** : horaires, espaces réduits, trajets multipliés, fréquence des réunions, allongement du temps de décisions, multiplication des instances. Ces horaires et trajets peuvent avoir des répercussions non négligeables sur la vie privée des professionnels, ce qui peut également créer un désengagement, une sensation d'être un « pion » que l'on déplace.
- Stress dû à l'intensification du travail ou la déstructuration des réseaux de soutien social, perte de repères, démotivation et désengagement liés à la perte de sens ou la rupture du contrat psychologique sont aussi exprimés.
- Un **déclassement** est ressenti, notamment quand la restructuration conduit à regrouper des unités ou des établissements. La taille de la nouvelle entité repositionne les anciens acteurs dans des conditions qui peuvent être défavorables. Quand il en résulte des « sureffectifs », les professionnels concernés sont souvent stigmatisés.
- Les pilotes ont le sentiment d'un **manque de reconnaissance**. Il se traduit d'ailleurs souvent dans le fonctionnement des nouvelles organisations. Le positionnement des acteurs est parfois complexe, car il est dissout dans une plus grosse structure, la direction commune. Le manager peut avoir la sensation de voir sa place reléguée à un niveau inférieur, de subir une forme de déclassement de sa fonction.
- Mais c'est surtout **la qualité du travail** qui est évoquée dans les témoignages sous ses différents aspects : la qualité de l'activité, du geste, la qualité du fonctionnement du collectif, la qualité du produit (le soin). La peur de ne plus maîtriser le risque et de la dégradation de la qualité du travail se retrouve dans l'expression des professionnels de tous les métiers depuis le soin jusqu'aux métiers techniques ou administratifs. Ce constat peut être rapproché des conclusions du rapport Lecocq : « *Ils souffrent de ne pas pouvoir faire leur travail correctement* ».
- Pour les paramédicaux, les restructurations n'apportent que très rarement ou jamais une amélioration de la **qualité des soins** ou des accompagnements. De fait, ils n'y adhèrent pas facilement, voire, pas du tout.
- La **perte de sens** est évoquée fréquemment : le rôle de chacun est bousculé. La négation des compétences qui ne sont plus utilisées ou qui sont niées est associée à la perte de sens pour tous. Pour les psychologues du travail la perte de sens peut aussi découler de la rupture du contrat psychologique ou de la perte des repères identitaires. Les professionnels disent ne plus reconnaître le métier qu'ils ont choisi. Ainsi les médecins ne se reconnaissent plus dans un discours économique où ils sont devenus des producteurs d'actes ou dans une démarche qualité

où l'écriture de procédures et la production d'indicateurs peuvent l'emporter sur la nécessaire et permanente discussion de la qualité du soin rendu.

- Les pilotes soulignent souvent que, le plus difficile pour eux n'est pas tant la restructuration, mais **l'incertitude pour l'avenir** qu'elle fait peser sur les équipes en termes d'offres de soins et d'emplois. Face à ce doute, ils se sentent démunis. D'autant plus que la restructuration conduit souvent à faire « table rase » du passé. Elle atteint donc les pratiques professionnelles des acteurs et leur place dans l'institution. Le pilote est d'ailleurs directement concerné, car son management passé doit évoluer brutalement.
- Certains effets peuvent être transitoires ou provisoires car liés à une phase d'apprentissage ou provoqués par des causes qui peuvent être amendées. Mais les professionnels témoignent fréquemment que la difficulté principale réside dans la multiplication de transformations qui remettent en cause sans cesse l'organisation du travail et ses conditions sans éviter les contradictions ou les incohérences entre deux transformations. Il faut donc en permanence remettre en question son rôle, sa place et son utilité.

3 Analyse

- 4 familles de restructuration se dessinent :
 1. fusion/coopération avec notamment les rachats, directions communes, GHT
 2. fermeture/délocalisation lors par exemple de fermeture de plateau technique
 3. restructuration gouvernance comme a AP-HP par exemple
 4. changement d'organisation d'une activité d'un service au sein d'un établissement).
- Si l'expression des professionnels ne change pas vraiment selon les familles de restructuration, la difficulté est plutôt de trouver une expression partagée entre les pilotes des restructurations et ceux qui l'ont vécu car les ressentis et leur expression sont très éloignés. Il est clair que les pilotes et les « effecteurs » n'ont pas les mêmes critères de la qualité du travail, du travail bien fait.
- En effet, pour les opérationnels, ceux qui sont au plus près de l'activité travail, **la notion de qualité du travail** n'est que très peu prise en compte par les pilotes. Ils peuvent être parfois consultés, informés des restructurations, certains font des propositions, lorsqu'on le leur demande, mais elles ne sont que très rarement prises en compte. La sensation de parole inutile prend tout son sens dans ces cas-là. Alors que, qui peut le mieux parler du travail ? N'est-ce pas celui qui le fait ? De plus, les restructurations sont organisées en fonction du travail prescrit, et jamais en fonction du travail réel, impossible à mesurer, seulement définissable par les propos des professionnels sur leur expertise.
- **La QVT des pilotes** n'est pas prise en compte en tant que telle dans les projets. Ne peut-on pourtant pas imaginer que la qualité du pilotage est différente si l'on se préoccupe de la QVT des pilotes dans une restructuration ?
- **La QVT et le soutien social** sont différents selon que l'on est soignant ou manager. La QVT des soignants dépend essentiellement du cadre de proximité et le soutien social provient surtout des collègues constitués en collectif de travail. Pour la QVT des managers, le soutien social ne vient pas du collectif. Dans les EHPADs : le soutien social entre collègues s'affaiblit nettement, par absence de temps.
- Il ressort une expression forte du **manque d'accompagnement**, non pas au changement mais du changement et du **manque d'implication/association** des équipes dans la conduite des restructurations.
- Les restructurations peuvent objectivement dégrader les **conditions de travail** : horaires, trajets, locaux...

- la **structure nouvelle des organisations** (taille et éparpillement géographique des entités) peut rendre plus difficile la pérennisation des actions de prévention et d'engagement mises en place : le management s'exerce souvent à distance, et de manière discontinue en raison de la multiplicité des sites.
- A l'inverse, la dégradation de la QVT peut aussi être liée à l'évolution du travail en dehors des effets particuliers de la restructuration. Ainsi, le sentiment d'intensification du travail et de stress lié au raccourcissement des durées de séjours, ou celui de perte du contenu ou de l'autonomie lié à la « protocolisation » croissantes des pratiques de soins.
- Sur l'utilisation des **mesures d'accompagnement** et des préconisations nationales diverses : aucune personne interrogée n'a évoqué l'utilisation des préconisations existantes en matière d'accompagnement des restructurations ? Sans en déduire que ces préconisations ne seraient pas lues et utilisées, cela pose la question de leur évaluation ainsi que celle des suites données aux différents rapports IGAS mettant en évidence les effets négatifs de certaines restructurations. Pour ce qui concerne les mesures réglementaires concernant les agents de la FPH, les acteurs interrogés font le constat de leur inadéquation à la réalité des restructurations vécues aujourd'hui : elles ne concernent que la compensation financière des effets les plus négatifs d'un nombre restreint d'opérations. Le groupe partage aussi le constat qu'il n'y a pas de recommandation, d'accompagnement ou de mesure de la QVT des directions, ou de manière plus large de la QVT des pilotes de restructuration, depuis les directeurs jusqu'aux cadres de proximité. Dans la conduite comme dans l'évaluation, les réponses laissent penser que la QVT passe souvent « à l'as » dans les projets.
- Les bonnes idées, la légitimité, la réussite des opérations de restructuration ne suffisent pas à établir un bénéfice sur la QVT ressentie faute de préparation et de rencontres et de dialogue.
- La justification économique des restructurations finit toujours par l'emporter sur l'argumentaire de la qualité des soins, ce qui la rend difficilement entendable dans une organisation dont la mission est de soigner.
- L'expression des professionnels laisse percevoir la violence ressentie.
- La temporalité d'une restructuration n'est pas la même pour les équipes et les cadres, ni pour les cadres de proximité qui régulent le travail réel et les managers dirigeants.
- Les professionnels témoignent d'une vitesse d'exécution non adaptée. Une restructuration ne se construit pas en 6 mois, sous peine de ne pas prendre le temps d'écouter et surtout de prendre en compte les remarques, les craintes, les souhaits des uns et des autres.
- La nécessité de faire un bilan sur le fonctionnement d'un service, d'une structure en amont de la restructuration, pour éviter de retomber dans les mêmes travers après la restructuration
- La multiplication des réorganisations sans cesse remises en question entraîne des adaptations récurrentes qui impactent le sens du travail et affaiblissent l'implication des équipes.
- Indicateurs de mesure de l'effet QVT : pour les pilotes, la grève/pas grève est un indicateur QVT dans les opérations de restructuration. Ils s'appuient sur les référentiels (ratios personnels...) mais peu de lien avec la QVT. Le suivi des opérations se fait surtout sur une évaluation des ressources économisées = les univers restent dissociés et les logiques à l'œuvre dans les restructurations ont du mal à s'harmoniser.
- On peut observer des systèmes renversés puisque normalement c'est la réorganisation du travail qui devrait permettre des suppressions de postes et non l'inverse comme souvent observé. Le travail réel n'est pas assez pris en compte avant, pendant et après. Les organisations du travail ne sont pas toujours interrogées et sont souvent mises en place de manière descendante sans que

les professionnels aient à donner leur avis et perdent ainsi leur « capacité à s'exprimer et agir sur le contenu de leur travail », c'est-à-dire la qualité de leur travail.

- Est-ce que la manière de piloter ne dépend pas de la qualité générale du management et du dialogue social dans la structure ? Les premières conclusions du rapport Lecocq remis lundi 28 octobre au Premier ministre font ressortir l'expression unanime des professionnels sur la question du management, liée à celle de l'organisation du travail, et pointe aussi du doigt une culture descendante du management : *"Les managers font ceux qu'ils peuvent avec des orientations et des objectifs tenus mais ils sont aussi peut-être parfois insuffisamment sensibilisés et formés pour prendre en considération les aspects de santé et de qualité de vie au travail dans leur manière de concevoir l'animation de leur équipe et l'organisation du travail, pour détecter des symptômes de situations difficiles, et savoir y remédier"*, raconte Charlotte Lecocq. La députée du Nord ¹⁶

LES FACTEURS DETERMINANTS DES IMPACTS SUR LA QVT PERMETTENT DE DEFINIR DES POINTS D'ATTENTION

1 - Les enjeux, le sens des restructurations, la légitimité

La difficulté à penser les restructurations dans un cadre qui articule la logique économique et la logique humaine doit être prise en compte dans le pilotage d'une restructuration. Si la nécessité des restructurations ne pénètre pas jusqu'aux niveaux les plus fins de l'activité, la transformation est potentiellement mal reçue.

Si la logique humaine du travail réel ne pénètre pas la construction de la transformation, le sens commun est perdu.

L'explication du sens renvoie à la politique générale de l'établissement, à un effort continu d'explication et de conviction.

Reste que certaines restructurations à visée essentiellement économique peinent à prendre sens auprès des professionnels et qu'à court terme ils en ressentent principalement des effets néfastes sur la qualité de leur travail faute d'y trouver un sens cohérent avec leur mission de soin. L'usage systématique de certaines formes de restructuration prête particulièrement à ce ressenti, les pilotes eux-mêmes perdant parfois le « pour quoi faire » quand ils n'ont eu que peu voire aucune marge de manœuvre pour adapter une décision aux particularités de leur structure.

La mission des professionnels de la santé est le soin et doit gouverner la transformation.

2- La manière de faire, la méthode, pilote et pilotage

Ce facteur très évident recouvre plusieurs aspects :

- Les **temporalités** de mise en œuvre des restructurations : le délai de la mise en œuvre et l'intégration du suivi, le délai entre deux restructurations sont des facteurs mis en évidence. La succession de réformes toujours plus rapides et se recouvrant les unes les autres ne permet plus aux professionnels de retrouver des repères dans un univers sans cesse mouvant et de déterminer de nouveaux critères de la qualité de leur travail.
- **L'information, la communication à toutes les phases** :
 - la manière de faire remonter et redescendre les informations par les instances, les lieux de communications comme la commission ou copil QVT, les correspondants service, pour

¹⁶ débat organisé par la Fondation Jean Jaurès le 2 octobre 2019

récolter les informations à tous les niveaux et jusqu'au niveau le plus fin de l'activité et du travail. Le cloisonnement PM PNM est nuisible pour traiter de la QVT de manière générale et en particulier quand il s'agit de communication.

- Le degré de précision dans la présentation d'un projet est un point délicat à déterminer : si le projet apparaît trop construit, la participation semble impossible, mais si les éléments de présentation sont trop vagues, la méfiance et le sentiment d'être trompé peut être la réaction suscitée.

- **La participation** des agents au changement appelée aujourd'hui co-construction recouvre plusieurs notions : concertation, négociation, association à la décision et plusieurs formes du dialogue social au dialogue professionnel.

- Le dialogue est reconnu comme un élément fondamental du fonctionnement de toute entreprise (au sens d'entreprise humaine) : de son organisation et de son management.
- La qualité du dialogue social à tous les niveaux ne s'invente pas au moment d'une restructuration et qu'il soit réduit à un jeu de postures ou étendu à une réelle négociation joue de manière effective dans la conduite des transformations.
- L'existence et la qualité du dialogue professionnel qui a pour objet les règles du travail, les process et les protocoles, c'est-à-dire la manière de faire pose plusieurs questions :
 - La place des managers de proximité dans le dialogue instauré avec les salariés : est-ce qu'on tient les cadres à une certaine distance pour libérer la parole ou est-ce qu'on les intègre dans la démarche et à quel niveau ? Quelle est leur marge de manœuvre dans les micro-décisions qui participent à la mise en œuvre de la transformation ? Quelle est la part d'adaptation qui leur revient ?
 - L'éloignement des cadres du terrain vers les activités de reporting, la « réunionite » dont sont atteintes les nouvelles structures et la priorisation de la planification stratégique appauvrit le dialogue professionnel sur le travail réel. Quand une transformation survient, il est d'autant plus difficile d'en parler que l'on ne pratique pas de manière régulière cette discussion. Quand les cadres de proximité ne sont plus assez proches du travail réel, alors les décisions de restructuration se prennent aussi à distance des potentiels impacts de la QVT car elles se prennent loin du travail réel des femmes et des hommes. La régulation et la médiation des désaccords internes sur le travail ne se fait pas et un sens partagé du travail au quotidien ne peut pas émerger.
- La consultation n'est pas la participation : une parole libérée qui ne se traduit pas est dangereuse : « restant sur l'estomac », faisant « reproche » elle fabrique de la défiance, du ressentiment, du retrait ou désinvestissement. Dans quelle mesure les professionnels sont-ils partie prenante des décisions qui engagent leur travail ?

- **Les pilotes et le pilotage, les méthodes : les questions à se poser**

- qui pilote, la légitimité du ou des pilotes : ceux qui mettent en mouvement la transformation à tous les niveaux de l'organisation.
- quels outils de pilotage : la tentation et la tyrannie des méthodes et outils ultra rationalisés qui n'embrassent pas la dimension humaine et la réalité. La limite des indicateurs de suivi et de résultats et les dangers de la quantophrénie sont des garde-fous à cette tentation. La dimension non mesurable est aussi celle de la marge de manœuvre, de la souplesse qui permet l'adaptation. La dimension humaine se tient aussi dans cet espace qui résiste à la mesure.
- quel soutien extérieur : le recours aux sociétés de conseil est à maîtriser : les valeurs et les méthodes des sociétés de conseil sont à questionner pour ne pas aboutir au placage de préfabriqués théoriques et de modèles à visée commerciale sur la réalité. La préoccupation de la QVT devrait, en outre, être intégrée dans leur cahier des charges dont elle est la plupart du temps absente.

- quelle marge de manœuvre dans l'action, quelle capacité d'agir et de mobiliser l'intelligence professionnelle pour répondre : quelles ressources pour s'adapter

3 - Les conditions de la conduite de la transformation

- **La marge de manœuvre, la capacité d'agir pour s'adapter** : facteur transversal d'attention qui recouvre la responsabilisation des professionnels et non leur infantilisation, le centrage sur l'humanité des femmes et des hommes au travail et désigne la participation réelle à la décision qui touche le contenu de l'activité, qui engage le travail.
- **L'écoute des craintes et des attraits suscités par un projet** est un déterminant qui traverse et constitue un facteur commun de tous les autres. Il fait l'objet de préconisation dans certains guides.¹⁷
- **La gestion du désaccord** : est-il possible d'être en désaccord, où, comment, y a-t-il des dispositifs pour renouer un dialogue qui se grippe, pour refaire des liens rompus ? (médiation, intermédiation...)
- **L'existence d'une stratégie QVT n'apparaît pas comme un facteur déterminant.**
En effet, plusieurs témoignages tendent à montrer qu'il peut y avoir une forme d'étanchéité entre la politique QVT de l'établissement et le pilotage d'une opération particulière, soit parce que cette stratégie QVT est restreinte aux éléments d'un certain bien-être au travail et reste périphérique au sujet central du travail de ses conditions et de sa qualité sans infuser le management global, soit parce les projets de restructuration n'embarquent pas la boîte à outils de la politique QVT lorsqu'ils sont poussés par une forte nécessité économique et par l'urgence. La politique QVT recouvre la fixation d'objectifs et la mise en œuvre d'actions qui peuvent rester indépendants des transformations du système.

L'expérience des clusters sociaux¹⁸ montre que la réussite de ces expériences tient à plusieurs conditions comme l'engagement des différents acteurs du trinôme et du Copil pour définir un enjeu, un problème ou un objet commun pouvant convenir à l'ensemble des acteurs, l'exploration, par les personnels des établissements de santé, de leur propre travail pour imaginer d'autres fonctionnements possibles, la recherche de nouvelles manières de travailler, la nécessaire articulation de l'expression et de l'action sur le contenu du travail pour éviter le danger de la parole inutile, renvoyant les salariés et l'organisation à leur impuissance. Un enjeu essentiel est qu'une démarche QVT parvienne au bout de son cycle, en ne s'arrêtant pas à l'expression mais en allant jusqu'à l'action sur le contenu et qu'elle soit un apprentissage collectif d'autres manières de fonctionner, l'expérimentation et l'apprentissage des modalités possibles de résolution de ces problèmes. **La condition de réussite du cluster en tant que support d'un mode de management nouveau repose donc aussi sur la qualité du dialogue social et professionnel qui s'y construit et déploie.** C'est en construisant lui-même une nouvelle manière de travailler ensemble que le projet modifie les manières de réguler le travail.

→ Au-delà de la restructuration, la nécessité du dialogue renvoie au management global et au projet managérial : quel genre de management est porté ? un management relationnel, par le dialogue, par la discussion du travail, bienveillant, éthique, responsable ?

4 - L'accompagnement des individus

C'est un facteur déterminant pour remettre la qualité humaine au centre de la transformation.

- Ecouter tous et chacun : qui écoute et qui est écouté, comment

¹⁷ Coopérer ne va pas de soi, ANAP 2018,

¹⁸ Les enseignements des premiers clusters sociaux / synthèse du rapport d'évaluation de Cathel Kornig, Christophe Massot, Christian Revest

- Entendre : comment les signes sont donnés à ceux que l'on écoute que leur parole est prise en considération.
- Retisser le projet professionnel de ceux qui sont touchés par la transformation
- Gérer les situations complexes des pilotes : le manager est parfois isolé, et peu de dispositifs existent pour signaler son mal-être et prévenir les risques

5 - l'évaluation préalable, le suivi au long cours

- **L'évaluation préalable des risques par étude d'impact** : mesurer ce que la transformation impacte en termes de QVT sous plusieurs versants : démotivation, conciliation vie privée, équité, attractivité et la nécessité d'avoir des indicateurs. La participation des professionnels formés à la santé au travail est indispensable dans cette mesure qui dépasse la simple mesure économique
- **Le suivi** : les effets d'une transformation ne sont ni simultanés, ni immédiats. La discordance entre deux équipes fusionnées et dont les pratiques professionnelles diffèrent profondément peut percer au fil du temps et ronger le collectif et la qualité du travail. La perte humaine (qualité du collectif, investissement...) est difficile à saisir mais conditionne la qualité du travail.

LES RECOMMANDATIONS POSSIBLES

Des discussions sont en cours pour retenir des indicateurs qui rejoindraient l'IFAQ pour s'assurer de la réalité d'une politique QVT dans le compte qualité de la HAS, Les éléments suivants pourraient y être proposés :

- o Politique « qualité de vie au travail » des soins inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management
- o Existence d'espaces de discussion sur le travail, son contenu et son organisation à tous les niveaux de l'établissement
- o Engagement collectif impliquant les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux.
- o Organisation de la circulation des informations concernant les modalités de mise en œuvre des projets et les possibles difficultés
- o Présence de l'encadrement sur le terrain au plus près des équipes
- o Définition d'un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail.
- o Dispositif d'évaluation de la qualité de vie au travail, impliquant l'ensemble des professionnels et acteurs institutionnels.
- o Mise en œuvre d'actions d'amélioration de la qualité de vie au travail.
- o Evaluation des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la satisfaction des personnels, y compris sur les expérimentations menées.
- o Dispositif d'évaluation et de suivi, à l'aide, notamment d'indicateurs.

Ces indicateurs dessinent en creux des recommandations, un référentiel des actions à conduire et posent la question centrale des réflexions du groupe de travail : pourquoi les multiples et excellentes recommandations existantes¹⁹ ne sont-elles pas mises en œuvre ou pourquoi ne garantissent-elles pas la préservation ou l'amélioration de la QVT ?

C'est pourquoi, les propositions qui suivent n'ont pas vocation à devenir des injonctions sanctionnées par des indicateurs. Ni les indicateurs, ni les injonctions ne semblent être des garanties suffisantes. Elles visent essentiellement à nourrir le mouvement de prise de conscience actuelle (qui nourrit de nombreuses actions dont la création de l'observatoire fait partie) qu'il faut agir sur l'amélioration des conditions du travail et de sa qualité.

1 - Mettre les hommes et les femmes, professionnels et patients-résidents, au cœur des restructurations

¹⁹ La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, HAS, ANACT-ARACT, septembre 2017

2 - Partager les sens et les finalités de la restructuration

Remettre la qualité du travail et des soins devant la finalité économique dans le pilotage.

3 - Pour assurer la participation, la co construction, il est indispensable de construire et d'entretenir les conditions du dialogue social et professionnel à tous les niveaux : délibérer plutôt que libérer²⁰ ?

Dans l'acception large que lui donne l'Organisation Internationale du Travail, le dialogue social recouvre toutes les formes de négociation, de consultation, d'information et de concertation, entre les travailleurs et les employeurs et/ou leurs représentants, et éventuellement des pouvoirs publics, sur des enjeux politiques et sociaux d'intérêt commun. Au sens plus étroit du terme, le dialogue social renvoie généralement en France à ses deux composantes majeures que sont la négociation collective et les processus d'information et consultation des institutions représentatives du personnel.

Ainsi que le soulignait le CESE dans son avis de 2016²¹[1], « le *dialogue social contribue au sens du travail et à sa qualité. Il garantit ainsi son utilité économique et sociale pour le bien commun. Le bien-être de salarié-e-s respecté-e-s, écouté-e-s, reconnu-e-s se traduit dans la qualité de vie au travail, la productivité et la compétitivité* ».

Ce lien est notamment mis en évidence dans une étude récente d'Eurofound qui montre que les établissements dans lesquels l'information donnée aux élus du personnel est bonne (fréquence et étendue des informations + jugement positif sur leur qualité) sont plus performants que les établissements dans lesquels la qualité de l'information est jugée insuffisante ou médiocre.

Une recherche réalisée en 2016 par T Coutrot²² à partir de l'enquête conditions de travail de la DARES et présentée conforte cette expression des professionnels dans les entretiens. Informer réduit l'incertitude et réduit l'insécurité. Dans les changements organisationnels à risque la participation (consulter et surtout écouter) est protectrice du mal être psychologique.

Cette corrélation conduit à redire ici ce qui est préconisé dans de nombreux supports des restructurations :

- **développer l'information en amont** des changements organisationnels, notamment pour les moins qualifiés
- **Consulter les salariés** individuellement et collectivement sur les choix et leur mise en œuvre, et **prendre en compte** leurs attentes
- **Equiper mieux les instances** locales et nationales pour qu'elles relaient les attentes des salariés et des pilotes lors des changements

Cependant, la pratique dominante du dialogue social en France reste encore trop souvent empreinte de formalisme et de méfiance réciproque. C'est pourquoi la conviction de nombreux chercheurs mais aussi d'autres acteurs sociaux est que le ressourcement du dialogue social passe par un dialogue professionnel et managérial sur le travail au quotidien.²³ La prise en compte du travail réel est une nécessité. Seul le dialogue social et le dialogue professionnel sont à même de restaurer cette prise en compte du réel

En ce sens, la **création et l'animation d'espaces de discussion** (ou espaces de dialogue professionnel) **sur le travail** et les critères de sa qualité offre une assise nouvelle au dialogue social et permet de sortir du jeu de rôle auquel il se réduit parfois. Mais ce n'est pas une évidence la recommandation tire plusieurs chantiers de travail. Dans le cadre des restructurations il s'agit d'analyser là ce qui fait obstacle au travail

²⁰ L'entreprise délibérée: Refonder le management par le dialogue, M DETCHESSAHAR coord (Nouvelle cité, 2019)

²¹ *Le développement de la culture du dialogue social en France*, avis du CESE présenté par MM. Bérille et Pillard, juin 2016

²² La participation des salariés aux changements organisationnels : un outil de prévention des risques pour la santé Thomas Coutrot, Dares, éclairages sur la qualité du travail, recherches issues de l'enquête DARES, colloque 22 novembre 2016

²³ Points de repère pour mettre en place des démarches de changement concertées et participatives favorables à la prise en compte des enjeux QVT, les enseignements d'une étude-action conduite auprès des DDI, P. CONJARD, (ANACT avril 2019)

bien fait. C'est aussi une recommandation courante que l'on trouve dans plusieurs guides et études comme le rapport de l'IGAS à l'origine de la stratégie nationale QVT.²⁴

Le traitement du désaccord voire de la discorde qui peut surgir dans les opérations de restructuration conduit aussi à **préconiser le développement de la pratique de la médiation** dans les établissements afin d'enrayer la dégradation délétère des relations sociales. En outre, il est souhaitable de mettre à la disposition de tous, y compris des pilotes, une procédure de signalement des situations les plus graves.

La formation et l'acculturation de toutes les parties prenantes du dialogue professionnel est indispensable car il s'agit de mettre en débat le contenu du travail, les critères de sa qualité, ambition nécessaire mais complexe et difficile.

4 - Renforcer la formation de tous les pilotes

« Que les pratiques managériales impactent lourdement les conditions de travail n'est pas une découverte en soi. En France particulièrement, cette influence a malheureusement surtout été expérimentée sur un mode négatif, au travers de la montée des risques psychosociaux et autres maux du travail induits par une culture managériale encore largement empreinte de néo-taylorisme et qui s'est trouvée renforcée par l'hyper rationalisation et l'intensification des modes de production actuels. Le lien positif entre management et qualité de vie au travail – le management envisagé comme levier de développement conjoint de la santé au travail et de la performance – reste encore de nos jours insuffisamment perçus, ou alors comme promesse trop idéaliste pour être totalement honnête. »²⁵

La nécessité de **faire évoluer les formations initiales et continues des dirigeants ou managers** est aussi évidente dans le secteur de la santé. Sont-ils assez formés pour concilier les objectifs de performance et les enjeux de préservation et de développement de la QVT ? Sont-ils au moins sensibilisés à intégrer dans les projets de restructuration comme dans la gestion quotidienne la dimension objective et subjective du travail à réaliser ? Les fragilités de la formation des managers sont bien documentées et la formation des cadres exerçant dans des structures de santé n'y font pas exception. Cette approche peut être étendue aux tutelles, afin qu'à chaque niveau, tous parlent le même langage. Pour les managers publics, les écoles de formation existent (EHESP en particulier) et ce sont leur programme et leurs méthodes pédagogiques qui doivent faire l'objet d'adaptation. L'analyse de leurs pratiques professionnelles par les managers est assurément un élément fondamental si l'on considère que l'impact QVT tient à la pratique managériale générale et non au respect de préconisations dans le pilotage d'une restructuration.

Apprendre le management par la discussion. La préconisation précédente concernant le renforcement du dialogue social et professionnel ne peut se concevoir sans l'accompagnement de la formation parce que le dialogue au sein d'espaces de discussion ne va pas de soi.

5 - Remettre les managers de proximité sur le terrain du travail réel pour conduire le dialogue professionnel, leur laisser des marges de manœuvre, assurer leur gestion RH

La présence des managers sur le terrain du travail opérationnel suppose de remédier au divorce qui a surgi entre cadres et travail opérationnel.

Si les équipes sont seules, si les managers ne sont pas présents pour permettre les arbitrages, résoudre les paradoxes et les contradictions, cette régulation se fait au prix fort et sans médiation des désaccords internes qui les scindent.

²⁴ Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, IGAS décembre 2016

²⁵ Apprendre à manager le travail, livre blanc des initiatives en formation initiale et continue, ANACT septembre 2017

C'est le manager de proximité qui donne le sens pour le travail du jour, de la semaine. C'est lui qui assure la direction opérationnelle du travail. Si on veut intervenir sur le terrain de la QVT, il faut ramener les cadres au cœur du travail opérationnel.

Cela suppose de se pencher sur des organisations qui empêchent les cadres et leur travail réel, sur les tâches qu'ils accomplissent et d'accepter de les remettre en cause sans donner la priorité à la remise en question des compétences et du comportement. Dans les activités concurrentes qui empêchent la régulation le reporting doit être questionné, de même que la place des réunions de stratégie descendante. Le cadre a besoin de temps.

Cela suppose aussi qu'ils aient la possibilité d'inventer des organisations locales et donc de parler de leur marge de manœuvre en dépassant les limites habituelles du management hiérarchique de contrôle. Cette capacité d'action désigne la délégation des décisions mais aussi la capacité à saisir l'organisation managériale de propositions ascendantes.

La gestion RH des cadres est directement concernée : recrutement, stabilité dans les fonctions, connaissance du travail à réguler, évaluation des activités d'animation du dialogue autour du travail, apprentissage de la réflexivité, de l'analyse de ses propres pratiques de management et accompagnement dans la carrière.

6 - Autoriser l'expérimentation, la non standardisation des modèles, la marge de manœuvre, l'évaluation, la possibilité de revenir en arrière, de corriger, de renoncer = laisser des marges de manœuvre aux pilotes

L'adaptation des projets de transformation aux spécificités de la structure concernée est une recommandation quasi systématique de l'ensemble des guides cités. Au-delà d'un principe de réalité, elle constitue la première capacité d'agir d'une collectivité, d'une équipe, sur son travail. Périmètre de GHT, composition de pôle, calendrier d'un projet, configuration d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire... le terrain de l'adaptation n'est pas contenu aux détails de la transformation mais s'étend à la construction de la transformation.

7 - Pas de QVT sans Santé au travail

- Pas de QVT sans suivi de la santé des professionnels adapté à leur gestion locale ou nationale est indispensable. Aujourd'hui les pilotes directeurs n'ont pas de suivi de leur santé au travail, faute d'une structure qui tienne compte de leur positionnement dans un établissement.
- Pas de QVT sans des équipes de santé au travail renforcées par tous les professionnels qui peuvent y concourir : psychologues, infirmiers, préventeurs, ergonomes
- Pas de médecins de santé au travail sans dispositions spécifiques pour redonner de l'attractivité à cette profession et sans renforcement de leur positionnement dans les questions d'organisation du travail qui impactent la santé au travail
- Le rapport spécifique sur la santé des fonctionnaires rendu par la députée Charlotte Lecocq le 28 octobre dernier au Premier ministre préconise d'ailleurs en priorité un plan de santé au travail pour les fonctionnaires, à l'instar de celui qui existe pour le secteur privé, qui serait décliné sur le plan régional par les comités régionaux d'orientation des conditions de travail et en mutualisant les ressources des fonctions publiques.

8 - Agir pour un système de santé durable et responsable comme principe d'action

- Se préoccuper des individus y compris des pilotes
 - Mesurer l'impact QVT des restructurations sur chaque femme et chaque homme concernés
 - Redonner une marge de manœuvre, une capacité à agir de chacun sur son travail
 - Ecouter

- Accompagner les projets et les parcours professionnels impactés
- Pour fabriquer de la santé au travail, de la QVT et aussi de la qualité, les professionnels doivent pouvoir participer au débat conflictuel sur le contenu de leur travail impacté par les transformations.

CONCLUSION

QVT et restructuration peuvent sembler deux démarches incompatibles. Elles le sont sur beaucoup d'aspects, car les restructurations imposent des changements radicaux aux acteurs de la santé. En considérant le « soin », et plus généralement l'offre de soins, comme un coût à rationaliser, les politiques publiques ont perdu le sens de la « responsabilité sociale » des établissements et structures sanitaires et médico-sociales. Les valeurs d'humanité indissociables de la prise en charge se sont heurtées à l'optimisation des comptes publics. La restructuration est ainsi majoritairement pensée comme un moyen de réduire les dépenses ou les charges. La QVT, de son rôle reconnu de levier de qualité des soins et des accompagnements, et de facteur de la performance du système de santé, est devenue un enjeu quand le « malaise » des soignants a commencé à ralentir l'atteinte d'objectifs fixés dans le cadre unique de la rationalité économique. Le modèle d'organisation du travail en flux tendu, la réduction du slack, conséquence directe des restructurations, s'est confrontée à la réalité du terrain. Moins de professionnels de santé, plus de patients, conduisent à dégrader l'offre de soins et d'accompagnement, quantitativement et qualitativement ainsi que la qualité de vie au travail des professionnels

Devant ces constats, il semble important d'inverser la tendance. Il est en effet possible de restructurer tout en préservant, voire en faisant advenir la QVT, mais les conditions de mise en œuvre des restructurations doivent changer pour aller vers un accompagnement de ces transformations à toutes les étapes : avant, pendant et après.

Les patients ou les professionnels ont besoin de sécurité et de pérennité dans leur prise en charge. Le temps du dialogue doit devenir celui de la confiance retrouvée. La QVT ne se décrète pas, elle est le fruit à la fois d'une démarche organisationnelle et d'une démarche individuelle, de la capacité de chacun à accepter les transformations et les ajustements.

Les pouvoirs publics ont la responsabilité de créer les conditions et les espaces du dialogue et d'impulser ces modalités à un niveau local et national et ainsi de prendre en compte les situations réelles de travail. La santé au travail passe par des ambitions fortes. Tous les professionnels (médicaux ou non médicaux, direction, ...) sont en attente d'une réponse ambitieuse qui nécessite des moyens à la hauteur des enjeux.

Les professionnels connaissent les besoins du système de santé. Ils lui donnent vie chaque jour. Il faut donc leur faire confiance, et laisser aux échelons les plus appropriés le pouvoir de décider ou de participer activement aux décisions. Ils peuvent comprendre et porter les modèles de pertinence ou de gradation des soins. Ils placent le patient au cœur du dispositif. Prendre les bonnes décisions suppose d'avoir les bons interlocuteurs. Sans une place significative donnée aux acteurs de santé dans la décision, les restructurations feront toujours plus de dégâts. La subsidiarité doit devenir un principe fondateur pour garantir que la QVT et les restructurations ne soient plus antinomiques.

Annexe 1- les outils mis à disposition

Guides et préconisations de l'ANAP pour les restructurations

L'ANAP produit des guides d'accompagnement de la transformation :

« Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

- ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,
- DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,
- METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles

Quelques exemples de publications :

- Appropriation des usages des services de coordination, Conduite du changement et mobilisation des acteurs, (avril 2018)
- Organisations territoriales au service de la coordination - Tome 2 : Mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui (avril 2018)
- Coopérer ne va pas de soi (2018)
- Conception et création d'une unité ambulatoire : Repères méthodologiques (décembre 2017)
- Equipes mobiles de territoire (2017)
- Organisation territoriale, construction de dispositif d'appui à la coordination des situations complexes, 2017
- Plan national d'accompagnement à la mise en place des GHT, 2017
- Coopérations, PUI, retours d'expériences, 2017
- Intervention à domicile des équipes de psychiatrie, retours d'expérience, 2017
- Coopération en biologie médicale, novembre 2013

Dispositifs d'accompagnement des agents de la FPH en cas de restructuration

Dispositifs	Textes de référence	Principe
Indemnité de départ volontaire	<p>Décret n°98-1220 du 29 décembre 1998 instituant une indemnité de départ volontaire dans la FPH</p> <p>Arrêté du 29 décembre 1998 fixant le montant de l'indemnité de départ volontaire dans la FPH</p> <p>Circulaire du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé</p> <p>Instruction du 16 décembre 2013 relative à l'assujettissement aux prélèvements fiscaux et sociaux des indemnités de départ volontaires dans la FPH</p>	<p>Une indemnité de départ volontaire peut être accordée aux agents titulaires ou contractuels dont l'emploi est supprimé et le lieu de travail, modifié, en raison d'une réorganisation de service et qui choisissent de démissionner. Les agents doivent justifier d'au moins 5 ans de services et être à plus de 2 ans de la retraite à taux plein. Le montant de l'indemnité dépend de l'ancienneté et du traitement ou du salaire brut à la veille de la démission.</p> <p><u>Montant de l'indemnité de départ volontaire dans la FPH</u> Entre 12 et 26 mois de traitement indiciaire brut ou de salaire brut (plafond 45 734,71€)</p>
Indemnité exceptionnelle de mobilité	<p>Décret n°2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière</p> <p>Arrêté du 20 avril 2001 fixant les montants de l'indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière</p>	<p>Les agents hospitaliers peuvent bénéficier d'une aide financière individuelle à l'occasion d'une mobilité professionnelle qui fait suite à une restructuration de son établissement</p>
Bilan de compétences + Formation	<p>Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière (FPH) (Articles 25 à 27)</p> <p>Arrêté du 9 février 2010 définissant le modèle de convention type pour la réalisation d'un bilan de compétences des personnels de la fonction publique hospitalière</p>	<p>Les agents de la fonction publique hospitalière justifiant d'une certaine ancienneté peuvent bénéficier d'un congé rémunéré pour réaliser un bilan de compétences. Ce bilan a pour objet d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel ou un projet de formation. Il est réalisé par un organisme prestataire et comprend 3 phases. À la fin du bilan, un document de synthèse est remis au bénéficiaire</p>
	<p>Article 27 projet de loi transformation la fonction publique – 2019</p>	<p>Le projet de loi de transformation de la fonction publique prévoit la création d'un dispositif d'accompagnement social en cas de suppression d'emploi public dans le cadre de réorganisations de services et d'établissements.</p> <p>Pour la FPH, ce dispositif comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> un « accompagnement personnalisé dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet professionnel et d'un accès prioritaire à des actions de formation » ; la création d'un « congé de transition professionnelle » destiné à favoriser l'accès à des formations longues nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier auprès d'un employeur public ou privé. <p>le fonctionnaire dont l'emploi est supprimé et qui ne peut être réaffecté au sein de son établissement, sera affecté sur tout emploi vacant dans un autre établissement du département, à la demande de l'autorité administrative compétente de l'État. A sa demande, il bénéficiera d'une priorité de recrutement sur tout emploi vacant dans un établissement de la région.</p>

Dispositifs d'accompagnement QVT

Anact
L'AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Samantha Ducroquet – Patrick Issartelle - 28 juin 2019

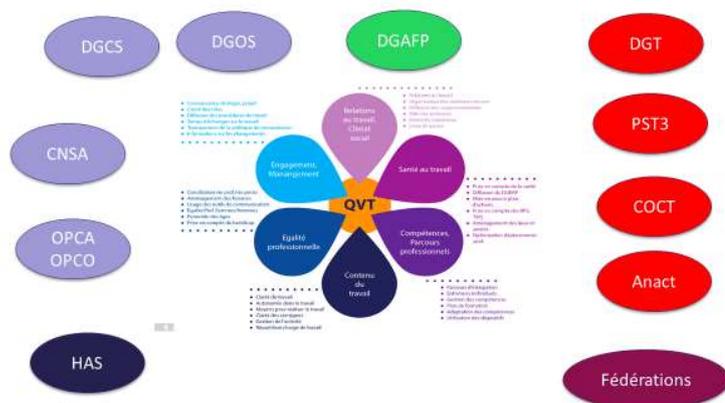
Dispositifs d'accompagnement QVT

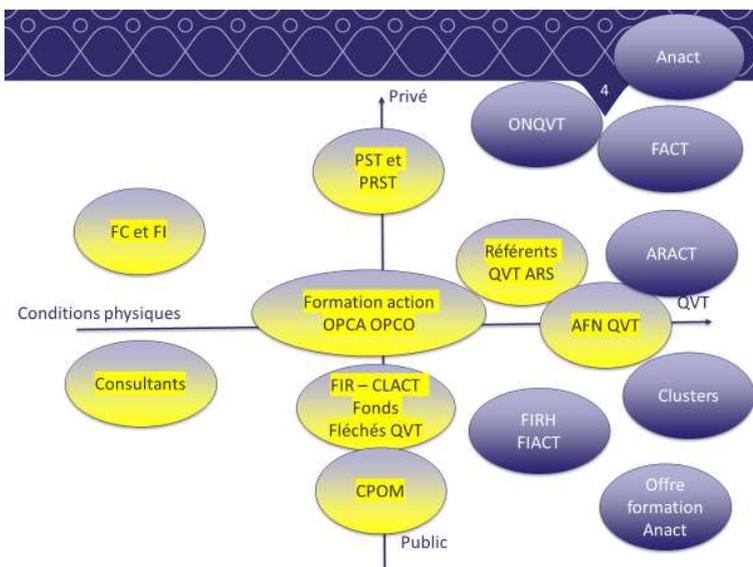
Objectifs

- Présentation des dispositifs existants
 - A partir du référentiel Anact « Marguerite QVT



Portage stratégique national





Dispositifs Publics

1

Réseau Anact-Aract

- COP 2 et programme d'activité => validation paritaire + DGT
 - Intervention des Aract dans le cadre des projets nationaux et des projets régionaux
 - **FACT** appel à projet et hors appel à projet
 - Géré par l'Anact
 - 2 AAP / an + 1/3 des fonds hors AAP => 2 M€
 - Secteur privé
 - Action collective ou de branche
 - Expérimentations
- <https://www.anact.fr/services-outils/services/financer-un-projet-damelioration-des-conditions-de-travail-fonds-fact>
- <https://www.anact.fr/appels-projets-du-fonds-pour-lamelioration-des-conditions-de-travail-fact>

DGAFP

- FIRH : mis en place en 2017
 - 32 projets en 2018
 - [Thèmes : Accompagnement RH – management et conduite du changement – appui méthodologie à l'évolution des organisations et à la modernisation de la fonction RH. Promotion de l'EP](#)
 - Procédure dématérialisée
 - Expérimentation
 - <https://www.fonction-publique.gouv.fr/campagne-firh-2019-liste-des-laureats>
- FIACT : créé en 2018
 - [Améliorer les CdVV](#)
 - Accompagnement des collectifs et des organisations
 - Démarches QVT
 - Actions liées à la santé
 - Démarche de prévention des risques
 - <https://www.fonction-publique.gouv.fr/fonds-interministeriel-pour-lamelioration-des-conditions-de-travail-2019-fiact> Guide et publications
 - [Guide QVT 2019](#)

Clusters sociaux Anact – DGOS - HAS / Anact – DGCS / Aract ARS

- [La Vague 1 des Clusters QVT](#) : 11 clusters dans 11 régions, 80 établissements dont 44 publics, 15 privés lucratif, 14 privé non lucratif, 6 ESPIC, 1 association
- Une Vague 2 : 14 clusters dans 12 régions, 89 établissements dont 56 publics, 24 privés, 6 ESPIC, 3 associations
- Au total : 25 clusters dans 14 régions qui regroupent 169 établissements, 14 ARS et 14 Aract entre fin 2015 et fin 2018
- Actuellement, 17 régions conduisent entre 1 et 8 clusters, comprenant de 6 à 10 établissements du secteur médico-social (PA/PH) dans un dispositif financé par la DGCS.

DGOS

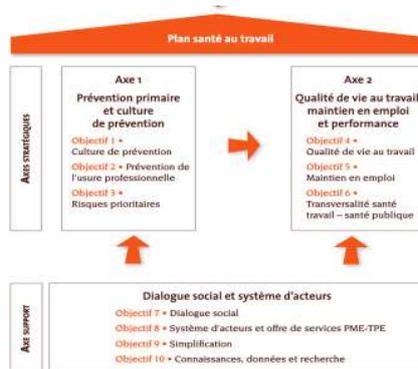
- Dispositif transitoire d'accompagnement des Directeurs impactés par leur emploi par la mise en place des GHT => 2021

Stratégies gouvernementales

- ❖ SNQVT « [Prendre soin de ceux qui soignent](#) » 2017- 2022
 - Pour tous les professionnels – tous modes d'exercice
- ❖ [Stratégie nationale de santé](#) : 2018 - 2022
- ❖ Stratégie nationale « [Favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux](#) » (juin 2018)
 - Support des clusters QVT ESMS en cours
- ❖ EPI – AFS Carsat

[PST3](#) et PRST3

- ❖ Construit dans le cadre de dialogue social – rôle du COCT
- ❖ Puis avec les partenaires nationaux : ANSES, ANACT et son réseau, MSA, OPPBTP, INRS, CNAM, INVS, réseau des DIRECCTE...



HAS

- ❖ Certification V2020
- ❖ Publications des [livrables – études](#) et outils issus des 2 vagues de Clusters
- ❖ [Evaluation de la vague 1 des clusters QVT](#)

Dispositifs privés

2

ANFH

- AFN QVT 2018
- AFN « Manager à l'échelle du GHT » 2019
- Programme d'accompagnement régionaux autour de la thématique QVT

18

Branches – Fédérations

3

ANFH

- AFN QVT 2018
- AFN « Manager à l'échelle du GHT » 2019
- Programme d'accompagnement régionaux autour de la thématique QVT

Annexe 2

Recueil de l'expression des professionnels

Grille questionnaire

LIENS QVT RESTRUCTURATIONS : QUESTIONNAIRE

Présentation

Objectif : expression des professionnels et des pilotes sur les liens ressentis entre une restructuration et la QVT

Qu'est-ce que l'on cherche dans l'expression des professionnels ? Identifier les facteurs déterminants qui influencent la QVT dans les restructurations pour répondre aux questions suivantes :

- Que faut-il interroger, surveiller quand on conduit ou accompagne une restructuration ?
- À quoi faut-il faire attention ?
- Qu'est ce qui fait qu'une restructuration est bonne ou mauvaise pour la QVT, les conditions de travail, la qualité du travail ?
- Comment prévenir les risques et impacts d'une restructuration ?
- Quand discuter de la QVT et comment dans le cadre des restructurations ?
- Est-ce que c'est la conduite de projet qui est déterminante ? la qualité du dialogue social déployé à cette occasion ?
- Est-ce que les restructurations peuvent être l'occasion d'introduire, un nouveau mode managérial une nouvelle manière de faire, une approche novatrice ?

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS ET AUX REPRÉSENTANTS SYNDICAUX DES PERSONNELS QUI VIVENT LES RESTRUCTURATIONS

Pour vous, une restructuration ce serait : un processus dynamique de modification de l'organisation de l'activité (de soins) qui transforme le travail en ayant un impact sur l'organisation du travail, les conditions (l'environnement) de travail et les relations au travail. Elle est amenée par une situation de changement qui peut avoir des origines économiques, territoriales, démographiques, technologiques qui conduisent la structure à se transformer et à modifier son fonctionnement.

Sinon, quelle définition en donneriez-vous ?

Vous avez vécu récemment une restructuration dans votre établissement:

- moins de 6 mois
- plus de 6 mois

Une restructuration est prévue :

- dans moins de 6 mois

dans plus de 6 mois

En quoi consiste-t-elle ?

Implication, information, participation

Comment a-t-elle été conduite ? Vous diriez que la manière vous a convenu.

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Avez-vous été informé de la raison de la restructuration ?

Oui Non

Motif : (Augmenter la qualité des soins, raison budgétaire, changement d'activité...):

Quelles ont été les modalités du pilotage de la restructuration :

Vous-avez pu parler de votre travail et des changements apportés par la restructuration :

Avant ? Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Pendant ? Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Après ? Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Vos craintes ont fait l'objet de discussion et de proposition de solutions

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Vous avez pu exprimer vos craintes et vos attentes par rapport au projet

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Vous avez pu faire des propositions et elles ont été prises en compte

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Vous vous êtes senti impliqué dans le projet

Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Changement

Pour vous, quel est le changement le plus important/majeur de cette restructuration ?

Lors de cette restructuration, vous a-t-on imposé une mobilité ?

- Oui Non

Si oui, comment l'avez-vous vécu ?

Votre nouvelle affectation a-t-elle nécessité une formation ?

- Oui Non

Si oui, cette formation a-t-elle eu lieu avant la prise de poste ?

- Oui Non

Vous avez changé (*cocher les cases correspondant*) :

- de fonctions
 d'environnement de travail
 de collègues
 d'horaires

Avez-vous été amené à travailler avec des collègues ayant un statut différent ?

- Oui Non

Ces changements vous ont-ils posé des difficultés, et si oui, lesquelles ?

Lien entre restructuration et QVT (en référence à la la marguerite de la QVT)

Salariés : en quoi cette restructuration a-t-elle eu des conséquences sur votre travail et vos conditions de travail ?

Qu'est ce qui a été le plus difficile pour vous ? (Cocher les cases correspondantes et décrire dans le cadre)

- les effets sur les équilibres de votre vie prof et familiale, la conciliation des temps

- le contenu de votre travail (*autonomie, responsabilité, sens du travail, relations avec les patients, qualité des soins, travail en équipe*)

- vos conditions de travail (*organisation du temps de travail, environnement physique, risques professionnels...*)

- les relations de travail (*relations avec les collègues, avec les cadres, dialogue social, discussion sur le travail...*)

- la qualité et l'efficacité de votre travail (*qualité des soins et accompagnements*)

- votre parcours et votre développement professionnel (*compétences...*)

Représentants syndicaux - Avez-vous été sollicité par des salariés pour des difficultés liées à leurs conditions de travail au cours de la restructuration ?

- Oui
 Non

Si oui, qu'elles sont les difficultés évoquées ? (Cocher les cases correspondantes et ajouter commentaires)

- effet sur les équilibres de la vie prof et familiale, la conciliation des temps

effet sur contenu du travail (*autonomie, responsabilité, sens du travail, relations avec les patients, qualité des soins, travail en équipe*)

effet sur conditions de travail (*organisation du temps de travail, environnement physique, risques professionnels...*)

effet sur les relations de travail (*relations avec les collègues, avec les cadres, dialogue social, discussion sur le travail...*)

effet sur qualité et l'efficacité du travail (*qualité des soins et accompagnements*)

effet sur le parcours et le développement professionnel (*compétences...*)

Evaluation

Cette restructuration a-t-elle été évaluée ?

Oui Non

Si oui, de quelle manière ?

Au total, vous diriez qu'elle a été :

positive
 difficile mais nécessaire

difficile et peu utile

inutile

Quel conseil, quelle recommandation feriez-vous :

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PILOTES, MANAGERS, CADRES, CONDUCTEURS DE RESTRUCTURATIONS

Pour vous, une restructuration ce serait : un processus dynamique de modification de l'organisation de l'activité (de soins) qui transforme le travail en ayant un impact sur l'organisation du travail, les conditions (l'environnement) de travail et les relations au travail. Elle est amenée par une situation de changement qui peut avoir des origines économiques, territoriales, démographiques, technologiques qui conduisent la structure à se transformer et à modifier son fonctionnement.

Sinon, quelle définition en donneriez-vous ?

Avez-vous conduit dans votre établissement une restructurations et réorganisation récemment :

moins de 6 mois

plus de 6 mois

Une restructuration est prévue :

dans moins de 6 mois

dans plus de 6 mois

En quoi a-t-elle consisté ?

Association des pilotes à la définition de la restructuration, information

Comment avez-vous été associé au projet ?

Avez-vous pu exprimer vos propositions par rapport au projet ?

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

Avez-vous pu exprimer vos craintes et vos attentes par rapport au projet à conduire ? Vos craintes ont-elles fait l'objet de discussion et de proposition de solutions ?

Oui

Plutôt oui

Plutôt non

Non

Vous êtes-vous senti impliqué dans le projet ?

- Oui Plutôt oui Plutôt non

Préparation des pilotes, méthode

Avez-vous pu bénéficier d'une formation pour accompagner au mieux un projet de restructuration ?

- Oui Non

Si oui, quand ?

--

Avez-vous mis en place une démarche de pilotage Oui Non

de quelle nature ?

A quel(s) moment(s) ?

Avec quels participants ?

Quelle communication ont reçu les professionnels concernés ?

Comment ?

Par qui ?

À quel rythme ?

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'accompagnement des équipes au changement ?

- Oui Non

Commentaires

--

Avez-vous eu à gérer des tensions sociales ?

- Oui Non

Si oui, comment les avez-vous gérées ?

Accompagnement de la restructuration

Avez-vous utilisé les mesures d'accompagnement réglementaires existantes (*liste*) ? Lesquelles

Avez-vous utilisé des préconisations existantes (*liste*) ? Lesquelles ?

Avez-vous mis en place des indicateurs spécifiques ? Lesquels ?

La restructuration s'est-elle inscrite dans une action locale régionale ou nationale : (*liste*) Laquelle ?

Des moyens dédiés ont-ils été mis en œuvre ? De quelle nature (*crédits d'études...*) et à quelle hauteur ?

Pour mener à bien la restructuration, vous pensez que cet accompagnement a été :

Aidant Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Déterminant Oui Plutôt oui Plutôt non Non

Pour vous, quel est le changement le plus important/majeur de cette restructuration ?

Pensez-vous que cette transformation ait eu un impact (positif ou négatif) sur la QVT des professionnels concernés ?

Comment le mesurez -vous ?

Evaluation

Cette restructuration a-t-elle été évaluée ?

Oui Non

De quelle manière ?

Au total, vous diriez qu'elle a été :

- positive
- difficile mais nécessaire
- difficile et peu utile
- inutile

Quel a été le plus difficile pour vous dans ce pilotage ?

Quelles éventuelles recommandations pourriez-vous proposer pour améliorer le processus au regard de votre expérience ?

Quel conseil, quelle recommandation feriez-vous

Synthèses questionnaires

Changement d'activité	Moyenne des réponses	Verbatim	Commentaires/Analyse
Définition restructuration	OK		
Implication, information, participation	Informé mais peu concerté	Écoute par N+1 ou N+2 mais pas par la direction	IDEM tableau 1
Perception du changement	Augmentation de la cadence des soins Changement total d'activités	Beaucoup de réunions sans les principaux concernés : bcp de dysfonctionnement ; « les paramédicaux s'adapteront »	
Liens entre restructuration et QVT			
les effets sur les équilibres de votre vie prof et familiale, la conciliation des temps		Vécu violent, difficile, souffrance ++, ne part pas en vacances... ne fête pas l'annif de son mari...	
le contenu de votre travail (<i>autonomie, responsabilité, sens du travail, relations avec les patients, qualité des soins, travail en équipe</i>)			
vos conditions de travail (<i>organisation du temps de travail, environnement physique, risques professionnels...</i>)	Augmentation de la charge de travail	Déficit entre la charge de travail et l'effectif Analyse faite sur le travail prescrit et non sur le travail réel	
Les relations de travail (relations avec les collègues, avec les cadres, dialogue social, discussion sur le travail)		Équilibre du service. Tout le monde pleure, médecins, paramédicaux	
la qualité et l'efficacité de votre travail (<i>qualité des soins et accompagnements</i>)		Rien de pérenne, tjs fluctuant, source d'angoisse. Agents préoccupés ++ Seulement des réunions d'informations, pas de concertation sur les pratiques des uns et des autres. Pas de méthodologie sur ces temps d'information. Pas toujours les mêmes personnes.	Définir le projet en entier, et pas tranche par tranche, car changements trop fréquents et impossibilité pour les professionnels de s'adapter.
vos parcours et votre			

développement professionnel (compétences...)			
Evaluation et conseils	Restructuration pas évaluée	<p>Les 2 équipes ne prennent pas. Trop brutal Message pas compris par les équipes n'arrive pas à travailler ensemble charge émotionnelle +++ Beaucoup plus de mobilisation lors d'EDD que pour les réunions d'informations. Dans les services où les EDD ont été mis en place, il n'y a pas eu de conflits. Les OS demandent le taux d'absentéisme dans ces services. Les EDD sont mal vécus par le cadre de proximité et le cadre supérieur. Même si coordonnateur des soins et DRH sont convaincus : sensation de perte de pouvoir, de latitude décisionnelle, casse la légitimité. Cela peut aussi créer une angoisse supplémentaire lorsqu'il n'y a pas de possibilité de réponse. Les cadres semblent avoir besoin de la peur pour faire fonctionner le système, avec une nécessité d'obéissance. Les EDD viennent bousculer les pratiques dans un système pyramidal qui ne permet pas la discussion. Si trop de discussion, le système s'écroulerait . Tout est à repenser sur le long terme. Tout le temps est consacré à faire fonctionner un service avec trop peu de personnels, pas le temps pour les discussions.</p> <p>Dialogue, communication, concertation, se poser, prendre le temps, mettre les principaux intéresser autour de la table. Avoir des interlocuteurs : qui pilote ? Pas de précipitation Plus de concertation pour faire émerger en amont la charge de travail réel des paramédicaux.</p>	

Managers	description des réponses	Verbatim	Commentaires/Analyse
Définition restructuration	Changement de paradigme managérial et organisationnel	Je ne retrouve pas cette définition dans ce que l'on me demande de faire. Je ne maîtrise pas les raisons objectives qui motivent la DC. Le <u>pourquoi faire</u> ? L'application systématique sans réelle motivation dénature la restructuration dans sa définition et la dynamique est perdue. La <u>finalité</u> est principale : l'impératif est que la prestation de soins soit adaptée au besoin de la population	Le sens peut être perdu dès le départ si l'objectif n'est pas partagé, voire masqué ? Il est fondamental de partager l'objectif, le sens
Implication, information, participation pilotage	L'information est là mais pas la discussion pas toujours (réponses partagées) : ni sur le projet ni sur les changements du travail apportés par une restructuration de gouvernance. Craintes, attentes et propositions ne sont pas souvent un objet. La méthode de pilotage est structurée quand elle implique les services. Le dialogue social est pensé avec les instances et les OS mais pas nécessairement jusqu'au niveau le plus fin de l'activité) La manière de faire n'est pas perçue comme satisfaisante en ce qui concerne les opérations de gouvernance comme les DC	Exemple + = Le lien a été assuré, les craintes partagées, les propositions entendues L'ARS s'est impliquée, a été présente tout le temps Exemple - =	La méthode est fondamentale
Perception du changement	Dégradation des conditions de travail	J'ai du mal à gérer un hosto sans être sur place	

	<p>Accroissement majeur de la charge de travail et de responsabilité et dédoublement des lieux de travail</p> <p>Changement de fonctions, d'environnement</p> <p>Nouveaux collègues imposés et pas nécessairement bien disposés</p> <p>Perte de responsabilité</p> <p>Plus de rapport au chef d'établissement</p> <p>Sentiment de non reconnaissance et de non valorisation</p> <p>Sentiment d'inutilité</p>	<p>Avoir été numéro un et se retrouver adjoint de quelqu'un moins expérimenté</p> <p>On n'a pas tenu compte des compétences et des qualités professionnelles mises en œuvre antérieurement à la restructuration</p>	
--	--	---	--

Liens entre restructuration et QVT

<p>les effets sur les équilibres de votre vie prof et familiale, la conciliation des temps</p>	<p>Reconfiguration agenda</p> <p>effet volontairement maîtrisé pour le moment mais sentiment de double vie</p> <p>Effet des transports ou de la délocalisation sur les équilibres familiaux</p>	<p>Je suis inquiet et ma femme dit que je suis plus aigri.</p> <p>J'ai moins de plaisir à travailler</p>	<p>Impact de la sensation du travail de non qualité.</p>
<p>le contenu de votre travail <i>(autonomie, responsabilité, sens du travail, relations avec les patients, qualité des soins, travail en équipe)</i></p>	<p>Perte d'autonomie (GHT) et de responsabilité, perte de la prise de décision</p> <p>Délégation accrue</p> <p>Perte du lien avec le terrain, les acteurs</p> <p>Multiplication du temps passé en réunions</p> <p>Sentiment d'inutilité et questionnement sur le sens de son travail</p> <p>Perte de statut (chefs d'établissement surtout), sentiment de déclassement</p>	<p>Je me demande quelle est la plus-value de la DC pour les établissements non support, quelle est ma plus-value</p> <p>C'est l'établissement support qui va décider</p> <p>Ca me gonfle de ne pas voir les gens</p> <p>Je n'ai pas envie de devenir un supra directeur</p> <p>Cette transformation me fait peur : je vais devenir un mec comme je ne veux pas devenir</p> <p>c'est compliqué pour moi</p> <p>Mise sur la touche</p>	<p>Le sentiment de la perte de son utilité peut destabiliser un professionnel et mettre sa santé en question</p>

vos conditions de travail (<i>organisation du temps de travail, environnement physique, risques professionnels...</i>)	Des sites éloignés nécessitant des heures de transport Positionnement sur deux sites : 2 bureaux, 2 équipes La charge émotionnelle augmentée par la crainte de manquer quelque chose		Ces effets sur le travail réel ne sont ni mesurés ni pris en compte, ni accompagnés. La pénibilité de transports multipliés
Les relations de travail (<i>relations avec les collègues, avec les cadres, dialogue social, discussion sur le travail...</i>)	Tensions fortes avec le collègue qui était directeur car manières d'aborder la R différentes et impact professionnel différent Perte de considération de la part des collègues Plus de participation aux projets institutionnels Relations uniquement avec quelques collègues Alourdissement de la gouvernance qui se déploie dans des cercles successifs et dont on fait partie ou non	Les relations sont difficiles, conflictuelles La jalousie Le bon fonctionnement de la coopération repose sur la personnalité et les relations entretenues avec le directeur de l'établissement support	Il faut accompagner les effets sur les professionnels pour maîtriser les relations potentiellement conflictuelles et nuisibles au bon déroulement de la restructuration. Le sentiment d'injustice est très présent.
la qualité et l'efficacité de votre travail (<i>qualité des soins et accompagnements</i>)	Sentiment de se disperser et que cela a un impact sur le fonctionnement Sentiment d'inutilité professionnelle	Eparpillement J'ai du mal à gérer un hosto sans être sur place et savoir de quoi je parle L'absence d'accompagnement institutionnel e national des professionnels dont les chefferies sont supprimées nuit à la qualité et l'efficacité du travail : des compétences mais non utilisables et non utilisées.	Le sentiment de faire du mauvais travail est un déterminant important de la dégradation de la santé au travail
votre parcours et votre développement professionnel (<i>compétences...</i>)	Non Oui car un professionnel pris dans une opération de restructuration peut perdre sa fonction et être affecté à des	Le positionnement temporaire est contreproductif pour la recherche d'un nouveau poste ;	L'absence de dispositif spécifique place les professionnels privés de leur fonction de chef d'établissement dans une situation de travail ambiguë et inconfortable qui

	missions temporaires et plongé dans l'incertitude de retrouver un nouveau poste Absence de perspectives claires		peut être dommageable à leur parcours et leur santé
Evaluation et conseils	Oui L'évaluation a été prévue de manière annuelle. Ni évaluation, ni accompagnement des effets (sur les corps de direction)	Une restructuration qui apparaît difficile et peu utile.	L'absence d'accompagnement des professionnels de direction Il faut prendre en considération les effets sur le travail des managers et les accompagner.

Restructuration, fusion	Moyenne des réponses	Verbatim	Commentaires/Analyse
Définition restructuration	OK	Trop technocrate, manque la notion de l'impact humain.	Lorsque l'on parle de restructuration, on ne parle que de l'organisation de travail, de l'environnement. Ne pas hésiter à ajouter la présence des salariés dans cette définition
Implication, information, participation	Tout le temps informé. (groupe de travail, comité de pilotage...) Souvent écouté, mais craintes et propositions rarement prises en comptes (1 sur 5)	Management à la prussienne Restructuration à marche forcée, pas anticipée Cause toujours, tu m'intéresse Seulement descendant On est des pions	La parole des salariés n'est pas ou très peu prise en compte. Il peut en sortir d'autant plus de frustrations, car ils ont des solutions à proposer, n'oublions pas qu'ils sont au cœur du travail, et souvent volontaires pour se mettre autour de la table et travailler. Encore faut-il qu'on leur en donne les moyens.
Perception du changement	Dégradation des conditions de travail avec une baisse des effectifs (licenciements, non remplacements) Changement de site. Pour tous : changement d'environnement de travail, de collègues, et d'horaires. Souvent formation peu ou pas anticipée, ou avec du personnel non qualifié	Violent Bâtiment récent : belle coquille vide Ambiance de travail dégradé	Les changements d'environnement, de collègue, d'horaire, perturbent tout le monde, d'autant plus s'ils ne sont pas suffisamment anticipés et préparés.
Liens entre restructuration et QVT			
les effets sur les équilibres de votre vie prof et familiale, la conciliation des temps	Presque tous (4/5) Tension la journée qui est rapportée à la maison Rappels sur repos Non respects des congés	On ne rentre pas serein, car on a peur d'avoir oublié quelque chose	Impact de la sensation du travail de non qualité. Frustration des personnels qui souhaite juste faire un travail de qualité. La réglementation n'est pas respectée quand au temps de travail.
le contenu de votre travail <i>(autonomie, responsabilité, sens du travail, relations avec les patients, qualité des soins, travail en équipe)</i>	Difficulté de faire collaborer 2 équipes différentes, les prises en charge et la vision de la qualité des soins ne sont pas les mêmes. Perte d'autonomie	« machine à produire des chimios »	Quand 2 équipes sont fusionnées, si le travail en lui-même n'est pas analysé en amont, au plus près de l'activité, les personnels ne peuvent pas travailler ensemble. Il faut qu'ils parlent de la même chose !
vos conditions de travail <i>(organisation du</i>	Diminution des effectifs pour tous	On n'a pas temps de faire notre travail	Chaque restructuration engendre des diminutions

<p><i>temps de travail, environnement physique, risques professionnels...</i></p>	<p>Environnement pas prêt lors du déménagement Pas d'anticipation, donc mauvaise gestion des flux : travail à flux tendu en permanence</p>	<p>On est des robots Manque de considération total Plateau pas installé : bureaux à monter, pas de téléphone, carte prépayée fournie, mais insuffisante pas de réseau informatique, (la base du travail pour des fonctions support), cantine pas ouverte, pas d'imprimante, cartons en vrac partout. Retard à rattraper, mais interdiction de faire des heures supplémentaires, qui ne seront pas payées. Discours de la direction : « il y a 6 millions de chômeurs, alors si vous n'êtes pas contents, la porte est grande ouverte »</p>	<p>d'effectif, sans véritable analyse du travail réel. Tout est basé sur le prescrit. Le nombre de lits, la DMS, le taux de rotation... mais la charge de travail des personnels ne peut se contenter d'être mesurer ainsi. Les déménagements se font souvent sans arrêt de l'activité. Si ceux-ci ne sont pas anticipés et préparés de manière suffisante, il y a de couacs. La nécessité de se poser et d'anticiper au mieux les changements de locaux, de matériels, en concertant les professionnels, en leur demandant leur avis sur les choix des matériels, c'est tout de même eux qui vont travailler avec.</p>
<p>Les relations de travail (<i>relations avec les collègues, avec les cadres, dialogue social, discussion sur le travail...</i>)</p>	<p>Tensions fortes car manières de travailler différentes Encadrement de proximité en difficulté Quand statuts différents : tension, car iniquité (temps de travail, salaire...) Disparition des réunions de service</p>	<p>Indifférence des collègues Chacun essaie de sauver sa peau</p>	<p>Les professionnels doivent faire face à des tensions permanentes. Comment prendre en charge sereinement ses patients lorsque le climat est aussi tendu. La sensation d'iniquité est très présente, surtout lorsque l'encadrement n'est pas en mesure de la résorber. L'accompagnement des cadres dans ces restructurations est primordial. Ne pas avoir peur du dialogue, des échanges afin de restaurer un climat de confiance et de sérénité.</p>
<p>la qualité et l'efficacité de votre travail (<i>qualité des soins et accompagnements</i>)</p>	<p>QDS et QDA dégradé (4/5), par le manque de temps et de personnel Désengagement des professionnels qui sont blasés</p>	<p>Il reste les moins motivés, les autres s'en vont, et la qualité du travail s'en ressent. On fait le minimum syndical Les produits de chimios, ou pour le bloc, les médicaments ne sont pas livrés à temps : ça coûte à l'établissement avec une augmentation de la DMS et une baisse de la QDS, sans compter pour l'image de l'établissement.</p>	<p>Les professionnels regrettent cette dégradation de la QDS/QDA. Le désengagement est prégnant. Au-delà de ces notions, les professionnels parlent également de sécurité des soins, qu'ils ne sont pas toujours en capacité d'assurer. La question qu'ils se posent est « comment faire plus avec moins ? »</p>
<p>vos parcours et votre développement</p>	<p>Formations nécessaires au changement réalisées au dernier moment</p>	<p>Tout le monde ne s'y retrouve pas. Il ne peut pas y avoir 2 cadres</p>	<p>Les formations sont souvent nécessaires pour accompagner le changement. Elle doivent être</p>

<p>professionnel (compétences...)</p>	<p>Changement de statut hiérarchique avec perte ou gain en fonction du salarié</p>	<p>dans un service fusionné, alors on retourne à la case départ</p>	<p>anticiper, de façon à ce que le professionnel ait le temps d'intégrer ses nouvelles tâches, qu'il n'a pas forcément choisies, avant d'intégrer son poste. La mise en place de doublure sur un temps raisonnable est indispensable. Quand au changement de positionnement hiérarchique, cela doit être discuté, voir compensé</p>
<p>Evaluation et conseils</p>	<p>Ces restructurations sont peu souvent évaluées (1/5), Souvent difficiles mais nécessaires</p>	<p>Bien faire le bilan de ce qui va et ne va pas avant la restructuration. Ne pas hésiter à dire aux directions ce qui ne va pas pour faire avancer les choses. Développer la communication vers les professionnels de l'établissement et surtout entendre et prendre en compte leurs paroles Arrêter de mépriser le petit personnel. Respecter les salariés Prendre le temps. Ne pas accepter une fusion à marche forcée. 1 an ne suffit pas. Ex : la gestion du temps de travail n'a pas été faite correctement, car temps de travail différents dans les 2 ets. Faire des groupes de travail en prenant VRAIMENT en compte la vision des agents. Analyser le travail réel en amont, ne pas se contenter du travail prescrit. Evaluer la perception des salariés au fur et à mesure de l'avancée de la restructuration, afin de désamorcer les tensions, les problèmes.</p>	

Pilotes	Description des réponses	Verbatim
Définition restructuration	Ajout : Redéfinition du périmètre d'activité d'un établissement	Ex : fermeture et délocalisation, mutualisation ou fusion de services, construction d'un plateau de bloc opératoire commun avec une clinique, fermeture d'une maternité
Association des pilotes à la définition de la restructuration, information	Oui même quand le projet est recommandé par l'ARS, demandé par la CME et inscrit dans le plan de performance	Pour partie j'en suis l'initiateur, pour partie j'accompagne le mouvement initié On ne pilote pas seul mais de manière collégiale
Préparation des pilotes, méthode, difficultés	Pas de formation spécifique Démarches de pilotage et de communication décrites très structurées jusqu'aux agents mais pas toujours. Aucun volet QVT particulièrement distingué, pas d'indicateurs spécifiques Une démarche qui peut être informelle dans un premier temps d'approche Des principes de management comme celui du tiers exclu Un an avant et tout du long de l'opération Les difficultés tiennent à une écoute difficile, les besoins mal partagés, les interférences politiques, des arbitrages contradictoires ou absents, les postures variables des acteurs Les inquiétudes et les tensions sont gérées par l'écoute et la construction d'un projet commun ,	Sur le fond le pilotage de restructuration ne s'apprend pas. Il y a des techniques de management mais la connaissance fine des acteurs et du contexte ne s'apprend pas dans une formation au pilotage de projet Ce n'est pas un exercice de planification, c'est une démarche où l'on voit le point B et on va pas à pas en gardant sa direction Il n'y a pas eu de difficulté car l'ensemble des professionnels étaient convaincus de la nécessité de cette restructuration Le dialogue et la construction d'un projet global et sérieux pour l'hôpital Le recensement des revendications ou inquiétudes
Accompagnement de la restructuration	Les dispositifs réglementaires (IDV, actions reconversion et promotion professionnelle) sont peu utilisés sauf les aides des ARS dans le cadre des contrats de performance et chacun s'auto finance de l'aide : en général des sociétés de conseil, des audits. Les préconisations, recommandations et guides nationaux ne sont pas évoqués.	
Changement et effet sur la QVT	Aucun ne voit de prime abord un changement pour la QVT.	« à ce stade, les projets suscitent plus d'inquiétudes que d'amélioration, les acteurs ayant du mal à se projeter autrement qu'en

de la restructuration	L'effet sur la QVT est moins une préoccupation que les tensions sociales et les conflits	appréciant ce qui manquerait plutôt qu'en regardant ce qui sera meilleur.
Evaluation difficultés recommandations	<p>L'évaluation est en général prévue mais dans un premier temps c'est le respect du calendrier qui s'impose comme critère et l'absence de conflit social d'ampleur, puis l'évaluation budgétaire..</p> <p>L'absence de soutien des tutelles est ciblé comme cause de difficulté et en particulier le maintien d'injonctions contradictoires : fermer sans conflit social mais conserver voire redresser une trajectoire financière.</p> <p>La réflexivité, l'analyse de sa pratique professionnelle, la connaissance de soi</p> <p>Le recours à des tiers (consultants)</p> <p>Le recours accru aux services de santé au travail renforcés, dotés de psychologues et de préventeurs.</p> <p>Prendre le temps et associer le maximum d'acteurs.</p> <p>Mobiliser l'ARS sur ces sujets</p>	<p>Etre en bonne santé et en bonne forme Etre entouré. On est plus intelligent à plusieurs. Les rapports sont trop basés sur la confrontation.</p> <p>La temporalité doit être respectée pour réussir : celle de l'appropriation des projets mais aussi celle de la connaissance mutuelle des acteurs participants et de la confiance qui va avec pour que chacun puisse penser « ce qu'ils me disent, ce n'est pas pour me tromper »</p>

Présentation de cas d'expérience

Témoignage N°1

Place du témoignage

C'est un récit porté par un manager qui a des responsabilités d'encadrement et de copilotage d'une restructuration dans son établissement et qui a un poste d'encadrement supérieur soignant.

Ce témoignage traduit le ressenti des managers sur la conduite d'une restructuration et de ses conséquences et a été recueilli plusieurs années après la réalisation de la restructuration.

Présentation du contexte :

Le cas présenté concerne la relocalisation de 4 secteurs de psychiatrie avec la construction d'un nouveau bâtiment situé à 11 km du site initial.

Les objectifs de la restructuration :

- Amélioration des conditions d'hospitalisation des patients (chambre seule, self unique, équipes transversales...), et le rapprochement avec leur famille
- Rapprocher le service d'urgence de référence de la structure pour permettre une meilleure prise en charge des patients et une collaboration plus adaptée entre les urgences MCO et la psychiatrie
- Favoriser le lien entre les structures intra et d'extra hospitalier pour garantir une continuité des prises en charge et les échanges professionnels et avec comme enjeu de diminuer les hospitalisations
- Améliorer le travail de collaboration avec le service d'urgence et surtout les urgences psychiatriques situé en face du nouveau bâtiment et où tous les patients qui décompensent sont hospitalisés.
- Maintenir et améliorer un niveau de QVT des personnels face à cette restructuration : locaux neufs, non diminution d'effectifs, changement de lieu d'exercice volontaire, de modalités de prise en charge, d'organisation des soins

Méthode (comment ?)

Projet validé par l'ARS, les élus, les représentants des usagers. Les représentants du personnel étaient d'accord sur certain point d'amélioration de la prise en charge des patients mais ils avaient une attention très appuyée sur les non mobilités forcées des personnels et demandaient un maintien ou une amélioration de la QVT des professionnels.

Un comité de pilotage a été mis en place avec lettre de mission de la DG, 1 médecin, 1 directeur et 2 cadres supérieurs de santé. Ce projet s'est déroulé sur 3 ans

- Il y a eu une communication interne et externe en continu fait par la direction et le comité de pilotage qui a été effectuée très en amont via les instances, le journal interne et des réunions ont été faites avec tous les professionnels concernés par pôle, au niveau de la population, des élus des représentants des usagers et des familles. Ces échanges ont permis une meilleure compréhension du projet et des réponses en direct aux questionnements et aux demandes des familles, des usagers, des représentants du personnel et des professionnels.
- L'encadrement de proximité a été sollicité dès le démarrage de la communication pour faire des alertes sur les points de tension et sur les inquiétudes des personnels, et le temps a été pris pour répondre aux questionnements de tous les professionnels.
- Pour la manager concerné, il a été nécessaire d'avoir cette temporalité de projet assez longue (3 ans) pour accompagner le changement et la mise en place de GDT pluriprofessionnel en fonction des différentes thématiques a permis une meilleure appropriation du projet par tous les acteurs :
 - RH et QVT
 - Travaux

- Organisation des soins, sécurisation des soins, des locaux, des parcours patients....

Mise en œuvre avec accompagnement QVT

Avant : Le choix du comité de pilotage avec des pilotes convaincus avec des compétences communicationnelles et de gestion de projets avérée. Il a été important que ce comité de pilotage fonctionne correctement en en très bonne collaboration, pour permettre l'accompagnement au changement de toutes les équipes. Des modalités de communication, ainsi que les acteurs associés ont été clairement définie au niveau du comité de pilotage et en accord avec la direction générale en fonction des publics visés.

Pendant :

- AU niveau RH
 - Entretien individuel avec chaque agent par le cadre de proximité et/ou le directeur de rattachement pour connaître leur choix d'accompagner le projet et de travailler sur le nouveau site. Le parti pris a été de n'imposer à aucun des agents une mobilité forcée mais de proposer en priorité les postes vacants sur l'institution à ceux qui ne souhaitaient pas une mobilité. La liste des personnels qui devaient partir à la retraite a été analysée pour mettre ces postes à la vacance en amont des départs.
 - Le délai de 3 ans a permis de pouvoir trouver une solution pour chaque professionnel et des nouveaux ont été recrutés
 - Une prime de mobilité a été actée
 - Des logements autour de la nouvelle structure ont été loués par l'établissement et octroyés aux professionnels qui le souhaitaient avec prime de déménagement
- **Un logisticien** a été embauché pour garantir tous les flux (repas, pharmacie, linge...) et a piloté des GDT pluridisciplinaires pour connaître les contraintes de chacun et adapté au mieux la logistique à cette nouvelle organisation avec la création d'outil de suivi avec retroplanning ce qui a permis d'avoir un outil de pilotage réajuster en temps réel avec les responsables pour chaque tâche : très aidant pour les pilotes et qui a servi pour d'autres projets sur l'institution. Des visites de sites hebdomadaires ont été organisées tout le long du projet pour montrer l'évolution des travaux pour les professionnels, les familles et les représentants du personnel (minibus hebdomadaires avec inscription...)
- **Un ergonome** a été aussi embauché pour organiser les espaces de travail pour garantir la QVT en lien avec les équipes intervention d'une **ergonome** avant la finalisation des travaux, pour travailler sur les flux patients et personnels pour adapter au mieux l'équipement des locaux. Les équipes se sont vraiment impliquées, elle utilisait des maquettes à l'échelle et a piloté de nombreux groupes de travail.
 - De locaux ont pu être modifiés et des cloisons déplacées
 - Du matériel adapté en fonction des études ergonomiques ont été achetés et mis en place en respectant le cahier des charges de l'ergonome.
- D'autres groupes de travail ont été mis en place, pour l'organisation des soins avec la rédaction d'un nouveau projet médical et de soins pour donner du sens à tous les professionnels qui voulaient s'inscrire dans le projet et pour la sécurisation des soins pour prévenir les risques de violence et des formations spécifiques ont été mis en place en amont du déménagement

Un accompagnement au changement piloté par le comité de pilotage a été effectué tout au long du projet avec une participation active de tous les professionnels concernés ce qui a permis une projection dans leur futur lieu d'exercice.

Impact sur la QVT selon le point de vue du pilote

Pendant le projet

- La formalisation par une lettre de mission et par une communication avec la présentation de la composition du comité de pilotage et les objectifs du projet, ont permis une bonne appropriation du projet et un positionnement institutionnel du pilote connu et reconnu, ce qui a facilité la mise en place du projet.
- Pas de temps dédié pour manager le projet avec une augmentation du temps de travail et des amplitudes horaires pour mener à bien l'accompagnement au changement, et impact sur le poste occupé avec moins de temps pour s'occuper des missions habituelles et impression de frustration.
- Obligation de réussite et de respect des délais avec des rendus réguliers en comité de direction
- Pas de reconnaissance particulière (financière.), mais contentement personnel d'avoir pu participer et mener à bien ce projet
- Des moyens dédiés comme le logisticien et l'ergonome ont permis une facilité et une aide dans le pilotage et la réussite du projet.
- Le fait d'être plusieurs à piloter le projet a permis des échanges et des prises de décision adaptées et de ne pas se sentir isolé dans les prises de décision et l'accompagnement au changement des équipes.

A l'issue du projet :

Le pilote concerné a pu mener ce projet jusqu'au déménagement et organise l'emménagement dans la nouvelle structure. Ensuite une promotion dans l'établissement lui a été proposée avec la possibilité de piloter d'autres projets structurants, ce qui l'a satisfait, mais il a un sentiment de n'avoir pu complètement accompagner la mise en place et les impacts réels sur les impacts de la QVT.

Préconisation avec autoévaluation

- Réaliser un état des lieux sur la QVT avant le changement, pendant des salariés et des pilotes et surtout bien évaluer les changements et les impacts de la restructuration sur la QVT
- Définir la place et les missions de chaque salarié et travailler les fiches de missions et de poste en amont de la restructuration pour donner du sens et rassurer dans la projection professionnelle
- Inscrire le projet au niveau institutionnel avec les objectifs précis et lisibles par tous
- Bien identifier le besoin de communication en amont, pendant et après sous quelle forme et avec quels interlocuteurs ? Des messages adaptés à chaque public.
- Ne pas se laisser emparer la communication que via les tracts syndicaux et les représentants du personnel
- Bien choisir l'équipe de pilotage lors d'une restructuration avec facilité de communication et de remise en question et surtout avec utilisation d'un management participatif, d'où la nécessité d'avoir du temps et que les délais ne soient pas trop contraints.
- L'équipe de pilotage doit être convaincue de la restructuration.
- Avoir du temps dédié en tant que pilotes de projet et non en cumul d'activités, à évaluer en amont en fonction de la dimension de la restructuration
- Toujours associés les acteurs les plus réticents au changement dans les différents groupes de travail thématiques
- Investir pour garantir la réussite du projet et la QVT et évaluer cet investissement en amont du projet avec une importance d'avoir des spécialistes qui interviennent et qui soient inclus pleinement dans le projet comme un **logisticien + ergonome** qui ont été embauchés pour la relocalisation et ensuite ont participé à d'autres projets de restructurations sur l'établissement.
- Toujours donner des réponses aux questionnements des salariés et des pilotes
- Etre au clair avec toutes les possibilités d'accompagnements des pilotes et des professionnels

Témoignage N°2

Place du témoignage

C'est un récit porté par un manager qui a des responsabilités d'encadrement et de pilotage d'opérations de restructuration dans son établissement. Il a librement choisi de répondre au questionnaire QVT destiné aux « sujets » de la restructuration car les pilotes sont aussi impactés.

Ce témoignage traduit le ressenti des managers sur la conduite d'une restructuration et de ses conséquences. Il a été recueilli plusieurs mois après la conclusion de la restructuration.

Présentation du contexte :

Le cas présenté concerne l'offre de soins d'un territoire qui doit être reconfigurée (direction commune entre deux établissements). La motivation de cette évolution est souvent budgétaire, mais l'objectif est, parfois aussi, de favoriser les coopérations en unifiant les directions ou de pourvoir à des postes quand les candidats font défaut.

Ce type de restructuration s'est accéléré depuis quelques années, devenant un processus systématique et automatique dans les GHT. Ils peuvent ainsi être adossées à une personnalité juridique (la direction commune) permettant de résoudre une partie des impasses de fonctionnement liées à leur nature (association obligatoire mais virtuelle de coopération). L'intégration des établissements de santé commence donc par leur « tête », sans que les autres éléments de gouvernance ne soient modifiés. Chaque établissement conserve ses instances (CTE, Directoire, Conseil de surveillance ou d'administration) et son autonomie de principe. La direction porte l'articulation entre les deux entités, fait le lien, va de l'une à l'autre et construit des projets communs. On comprend donc que la charge repose essentiellement sur les managers.

Dans le cas présent, l'ARS a demandé aux deux chefs d'établissement de former une direction commune afin de résoudre les difficultés grandissantes d'un des deux établissements, très isolé des métropoles urbaines. L'objectif est en particulier de pallier le déficit de praticiens qui menace la prise en charge en soins des habitants du bassin de population tout entier. Les deux établissements ont des tailles différentes mais le même type d'activité. Ils sont éloignés de 80 km soit une heure de voiture car il n'y pas d'autres moyens de communication.

Méthode (comment ?)

Un manager dit avoir été très bien associé dans la démarche : *« Cela s'est bien passé. J'ai été associé, consulté. J'ai pu partager mes craintes, mes attentes, mes propositions. Faire une DC, cela fait partie du job de directeur. Cela s'est passé de façon très correcte. L'ARS a été très impliquée, toujours présente. Le DG a bien fait les choses, notamment avec les élus. Il a été rassurant. Il n'y a rien à dire. »*

La méthode pour restructurer est passée par une large information des acteurs en présence. A ce titre, le dialogue social avec les organisations syndicales locales est un élément fondamental d'information. Il se limite d'ailleurs à cette mission, car les délais de réalisation sont souvent contraints, et très vite, l'information doit laisser place à l'action. Les pilotes sont les premiers concernés par cet enjeu de maîtrise du temps. Ils sont eux-mêmes souvent informés rapidement, avant de devoir, à leur tour, communiquer les éléments liés à la restructuration. Lors de l'échange sur le projet de restructuration, ils expriment leur vision et leurs craintes aux autorités de tutelle. »

Cependant, ils ont le sentiment de ne pas être décisionnaire et de mettre en place des orientations subies : *« Les motifs de coopération, d'amélioration de l'accès aux soins ne justifient pas la DC. On me demande de faire mais comme je ne maîtrise pas les raisons objectives qui motivent la restructuration (DC), le pourquoi faire, je ne retrouve pas cette définition dans ce que j'ai vécu. La DC est utilisée de manière systématique comme si elle allait résoudre tous les problèmes d'attractivité, la dynamique en est perdue et c'est devenu un automatisme qui dénature la restructuration dans sa définition première. »*

Mise en œuvre avec accompagnement QVT

L'accompagnement du changement est assuré par le pilote pour ses équipes sur tous les champs (organisationnel, humain, conditions de travail...). Il veille à maintenir la QVT, tout en devant conduire une évolution souvent radicale. Pour atteindre cet objectif, il associe les acteurs concernés (soignants, médecins, cadres de proximité), soit dans des COPIL dédiés, soit à travers les instances de l'établissement (CTE, CHSCT, CME...). Le manager a la responsabilité de veiller à la « bonne marche » du projet jusqu'à son aboutissement final, en n'oubliant pas que sa réussite dépend des autres. Les autorités de tutelle évaluent d'ailleurs l'adhésion de la communauté hospitalière, au regard des mouvements sociaux ou d'humeurs des élus. Sans réaction conflictuelle, le projet est perçu comme un succès. Il doit donc veiller à rassurer à tous les protagonistes. Il a, souvent, la conviction que l'établissement sera renforcé si la restructuration est conduite à son terme.

Le pilote n'a pas d'accompagnement personnel spécifique pour réaliser cette direction commune. Il verra cependant une évolution de sa rémunération (indemnisation de la direction commune) s'il en assume la responsabilité. Dans le cas contraire, son régime indemnitaire sera maintenu pendant une durée qui doit lui permettre de retrouver une fonction de direction.

Impact sur la QVT selon le point de vue du pilote

La restructuration change le périmètre d'actions des acteurs, souvent en créant de très grosses structures. Le manager a un objectif précis : optimiser les organisations. Cette optimisation passe aussi par une révision du management. Elle le concerne donc directement.

Cette restructuration transforme le travail du directeur : *« je suis gêné de le dire mais c'est en fait un changement personnel. L'établissement est situé à une heure de route. Je suis partagé entre 2 sites et c'est beaucoup de temps passé sur la route et non consacré à mon travail. La charge de travail et la charge émotionnelle qui augmentent sans ressources en adjoints supplémentaires. C'est très lourd. Cela me rend aigri sur certains sujets. J'ai moins de plaisir à travailler. »*

L'impact a lieu en 2 temps :

- Pendant le projet :

Le cumul direction commune/GHT vide la restructuration d'une grande partie de sa puissance car les décisions de recrutement médical seront désormais prises dans la structure GHT.

Les transformations deviennent permanentes et remettent en cause sans cesse l'organisation du travail et ses conditions. Il faut donc en permanence remettre en question son rôle, sa place et son utilité.

Il est intéressant de noter que peu de managers sont formés à la conduite de restructurations majeures. Ils apprennent en « faisant », et ont le sentiment, parfois, de commettre des maladresses envers ceux sous leur responsabilité.

Le pilote peut être en position très inconfortable. Il a d'abord le souci de réaliser, dans les délais et en respectant une feuille de route établie par les autorités de tutelle, la restructuration. Même s'il a pu exprimer ses craintes ou ses inquiétudes au moment de la prise de décision, il a le sentiment de subir un arbitrage « externe ». Naturellement, en tant que pilote, il ne doit pas laisser paraître le doute auprès de ses équipes. Cela peut le conduire à se sentir isolé. Il peut souffrir du décalage entre le discours qu'il doit tenir et sa conviction personnelle.

Les pilotes soulignent souvent que, le plus difficile pour eux n'est pas tant la restructuration, mais l'incertitude pour l'avenir qu'elle fait peser sur les équipes en termes d'offres de soins et d'emplois. Face à ce doute, ils se sentent démunis. D'autant plus que la restructuration conduit souvent à faire « table rase » du passé. Elle atteint donc les pratiques professionnelles des acteurs et leur place dans l'institution. Le pilote est d'ailleurs directement concerné, car son management passé doit évoluer brutalement.

- A l'issue du projet :

Les pilotes ont le sentiment d'un manque de reconnaissance. Il se traduit d'ailleurs souvent dans le fonctionnement des nouvelles organisations. Le positionnement des acteurs est parfois complexe, car il est dissout dans une plus grosse structure, la direction commune. Le manager peut avoir la sensation de voir sa place reléguée à un niveau inférieur, de subir une forme de déclassement de sa fonction. A cette situation s'ajoutent les effets d'une restructuration : hausse des temps de route, fréquence des réunions, allongement du temps de décisions, multiplication des instances... Tous ces effets sont mal vécus, et dégradent la QVT des pilotes.

Tous les volets de la QVT sont touchés mais le plus fort impact concerne la qualité du travail : *« J'ai une crainte sur la qualité de mon travail. Je ne veux pas donner l'impression d'être une étoile filante. J'ai peur que mon éparpillement ait des conséquences sur la qualité du pilotage des établissements. C'est peut-être une manière un peu ancienne mais j'ai du mal à gérer un hosto sans être sur place. Cela chamboule beaucoup le métier, j'aime savoir de quoi je parle. Je ne me sens pas serein de ne pas maîtriser ce qui se passe. Je suis inquiet. »*

Ensuite, le contenu du travail et l'autonomie sont amoindris par l'opération : *« Ce qui me gêne, ce sont mes marges de manœuvre. Avec le GHT, je me demande quelles sont mes marges de manœuvre. Quelle est la plus-value de la direction commune pour un établissement non support qui n'a plus le pouvoir de décision ? Tous les efforts ne changeront pas le fait que c'est le CHU qui va décider. »*

Finalement, la représentation et le sens de son travail sont impactés : *« ça me gonfle de ne pas voir les gens », je ne vois pas les gens, je ne suis plus dans les services. Je ne veux pas devenir un supra directeur. Je vais devenir un mec comme je ne veux pas devenir. C'est compliqué pour moi. »*

Les relations de travail avec le collègue directeur de l'autre établissement et qui n'a pas été choisi pour être le directeur de la direction commune ont été difficiles mêmes s'ils ont travaillé « main dans la main » pour que ce projet réussisse et soit positif.

Pour le directeur qui n'a pas été désigné chef de la direction commune, il a perdu son emploi, sa fonction, ses responsabilités et le métier qu'il avait choisi d'exercer. Quelles que soient la nécessité et la légitimité économique et politique qui ont conduit à cette perte, l'impact QVT est indéniable. Il est désormais chargé de missions ponctuelles et ne participe plus aux projets institutionnels en attendant de retrouver un poste. Il se questionne sur son positionnement et son utilité.

Les pilotes regrettent que les dispositifs d'accompagnement proposés aux agents des établissements (consultants, psychologue du travail...) ne s'appliquent pas à l'encadrement. Leur sentiment de solitude est renforcé par l'absence de formations spécifiques, de médecine du travail ou d'instances qui puissent prendre en compte leur situation individuelle.

Les évaluations des restructurations sont souvent faites exclusivement sur des critères économiques et financiers. La QVT n'est pas un sujet, hormis parfois à court terme lors de mouvements sociaux, mais aucune étude n'est faite à moyen terme sur la QVT suite à une restructuration, et notamment pour les pilotes.

Préconisation avec autoévaluation

Annexe 3 Bibliographie

Groupe de travail QVT et restructurations

Bibliographie

Restructuration(s) et santé

- La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe (HIRES, Dr.Thomas Kieselbach coord., janvier 2009)
- Anact : Dossier de veille documentaire « Restructurations dans le secteur sanitaire et social et QVT » (2018), Anact, Lyon, et en particulier :
 - Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? Samia Benallah et Jean-Paul Domin. La Revue de l'Ires 2017/1-2 (n°91-92), pages 155 à 183.)
 - De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social, Dussuet Annie, Nirello Laura et Puissant Emmanuelle, La revue de l'Institut de Recherches Économiques et Sociales. Numéros 91-92, 02/2017, 185-211 pages.)
Qualité de vie au travail et qualité des soins. Cathel Kornig, Pascale Levet, Véronique Ghadi. Haute Autorité de Santé. 01/2016. 53 pages. P.20)
 - Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Perspectives théoriques croisées. Michel Foudriat. Presses de l'EHESP, Politiques et interventions sociales, 2013, 354 pages.
- Inspection générale des affaires sociales, Zeggar H, Vallet G, Tercerie O. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Paris (La documentation Française; 2010)
<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>
- Inspection générale des affaires sociales, Lalande F, Scotton C, Bocquet PY, Bonnet JL. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Paris: IGAS; 2012.

QVT et qualité des soins

- Revue de littérature, Qualité de vie au travail et qualité des soins, HAS,(janvier 2016 p 18 – 23)

- La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, HAS, ANACT-ARACT, septembre 2017

QVT et santé au travail , conditions de travail des professionnels de santé

- Rapport sur la santé dans la fonction publique, « *Santé sécurité qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence et une chance* » : une C. Lecocq, P. Coton, JF. Verdier, oct 2019
- 11e Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement Ayming®, septembre 2019
- Enquête SUMER 2017 (DARES, sept 2019)
- Enquête conditions de travail, édition 2019 (DARES, octobre 2018)
- Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'assurance maladie-risques professionnels, (Santé travail : enjeux et actions, janvier 2018)
- Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge, IGAS décembre 2016
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Gheorghiu MD, Moatty F. Les conditions du travail en équipe. Post-enquête " Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé " (3/5). Série études n° 49. Paris: DRESS; 2005.

Management et QVT, participation, dialogue social et QVT

- Detchessahar M.(coord.) L'entreprise délibérée : Refonder le management par le dialogue, (Nouvelle cité, 2019)
- Points de repère pour mettre en place des démarches de changement concertées et participatives favorables à la prise en compte des enjeux QVT, les enseignements d'une étude-action conduite auprès des DDI, P. CONJARD, (ANACT avril 2019)
- Les enseignements des premiers clusters sociaux / synthèse du rapport d'évaluation de Cathel Kornig, Christophe Massot, Christian Revest , ANACT-ARACT, DGOS, HAS, mars 2019
- Un cap à tenir : Analyse de la dynamique de l'Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail Egalité professionnelle du 19 juin 2013, (ANACT, février 2019)
- Apprendre à manager le travail, livre blanc des initiatives en formation initiale et continue, ANACT septembre 2017

- Thomas Coutrot ,La participation des salariés aux changements organisationnels : un outil de prévention des risques pour la santé, Dares, éclairages sur la qualité du travail, recherches issues de l'enquête DARES, colloque 22 novembre 2016
- Alain Supiot, la gouvernance par les nombres , (Fayard, 2015)
- Dubar. C. (5e éd. 2015) La socialisation - Construction des identités sociales et professionnelles. Collection U, Armand Colin, Paris
- Couty E, Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux. (Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013)
- Toupillier D, Guillot JP, Olivier R, Verrier B. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion de ressources humaines. Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir. Paris: Ministre des affaires sociales et de la santé; 2013
- Inspection générale des affaires sociales, Bruant-Bisson A, Castel P, Planel MP. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Paris: IGAS; 2012.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>
- Colombat P, Atmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, et al. Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie. *Psycho Oncol* 2011;5(2):83-91
- Nicolas Belorgey L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau management public". (Paris: La Découverte; 2010)
- Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. (*Prat Org Soins* 2009;40 (1):39-48.)
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Douguet F, Munoz J, Leboul . Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Série études n°48. Paris: Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement; Ministère de la santé et des solidarités; 2005.
- Pichault F. et Nizet J. (2000), *Les pratiques de gestion des ressources humaines*, coll. Points/Inédit/Essais, Editions du Seuil, Paris

Annexe 4 - Méthode de travail du groupe

Composition du groupe

Mme ANTONIOLI Isabelle	Unsa santé sociaux
M. Cyrille BELLANGER	CFDT
Mme Nathalie PAIN	
Mme Marie-Christine KAYAL BECQ	SNAM-HP
M. Julien DUPAIN	CH-FO
M. Edouard DEVIGNE	FEHAP
Mme Caroline FOUVEAU DEFONTAINE	ARS Hauts de France
GUEGUEN Roxann	Cfât santé sociaux
Mme Marie HOUSSEL	FHP
Mme GUEFVEHEU	ARS Grand Est
M. William PEREL	CFE-CGC
M. Paul Charles AUBERT	ARS Grand Est
Mme Karima DAD	DGCS
Mr Yann LEBARDON ou Stéphanie Minard	UNSA
Mme Nathalie MARCZAK	SYNCASS CFDT
Mme Brigitte ZIMMERMANN	
M. Jacques LEBIAN	FSPF
Mme Sonia NEURISSE	CNDCH
M. Jacques TREVIDIC	CPH
Mme Marie Paula SAULI	AFDS
M. Romain SAYOUS	ISNI
M. Alexandre FOURNIER	DGOS Chef de bureau
Mme Alexandra ORFANOS	DGOS Chargée de mission
Mme JOUSSET-ANTIPHON	DGCS Cheffe du bureau de l'emploi et de la politique salariale
Mme Mathilde DUVAL	DGCS Adjointe à la cheffe de bureau
Mme Karima DAD	DGCS Chargée de mission
M. Patrick ISSARTELLE	ANACT Responsable Grands projets
Mme Samantha DUCROQUET	ANACT Chargée de mission

Organisation du travail

séance	date	ordre du jour	production	qui	à régler
1	07-mars	lancement	présentation	ANACT	
2	20-mai	principes, objectifs, organisation du travail du GT sous thème 1 : restructurations et QVT, de quoi parle -ton ?	objectifs du travail, organisation, méthode et planning de travail définitions	NM	
travail inter séance		sous thème 2: liens entre QVT et restructurations	recueil d'indicateurs construction questionnaire destiné aux professionnels	sous groupe indicateurs sous groupe questionnaire	
3	28-juin	sous thème 2: liens entre QVT et restructurations	choix des indicateurs de mesure de la QVT finalisation questionnaire de recueil et des destinataires	groupe entier	

		sous thème 3 : analyse de retours d'expérience et préconisations	présentation de la boîte à outils pour l'accompagnement des restructurations	DGOS, ANACT, NM	définir le sous groupe
travail inter séance		sous thème 3 : analyse de retours d'expérience et préconisations	choix d'expériences construction grille de présentation des retours d'expérience	sous groupe retours d'expérience	
4	20-sept	sous thème 2 : liens entre QVT et restructurations	présentation des retours du questionnaire identification des facteurs de corrélation et des points de risque à maîtriser	sous groupe questionnaire groupe entier	
		sous thème 3 : analyse de retours d'expérience et préconisations	finalisation de la grille de présentation des retours d'expérience	groupe entier	
travail inter séance		sous thème 3 : analyse de retours d'expérience et préconisations	recueil des retours d'expérience analyse	sous groupe retours d'expérience	
5	25-oct	sous thème 3 : analyse de retours d'expérience et préconisations	présentation, analyse des retours d'expérience partage définition de préconisations choix de vignettes	sous groupe retours d'expérience groupe entier	
travail inter séance		préparation colloque	présentation PWP	?	responsables GT
6	29-nov	colloque	présentation partage	?	responsables GT