



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



La qualité de vie au travail au
service de la qualité des soins

Expérimenter, c'est imaginer

Septembre 2017

Ce guide, comme l'ensemble des publications,
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé – Service Communication - information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

En partenariat avec



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

Sommaire

Introduction	4
1. Expérimenter la qualité de vie au travail : démarche et enseignement méthodologiques	8
2. Bilan des démarches de qualité de vie au travail : des dynamiques contrastées	10
3. Simple discours ou véritable démarche ?	16
3.1 Quelles réalités au cœur du fonctionnement des services et de la relation aux patients ?	16
3.2 Quelles réalités dans l'inscription stratégique et pérenne de l'établissement ?	23
4. Nouvelle dimension du dialogue social	32
5. Quelle place dans les dynamiques territoriales	41
6. Enjeu pour les usagers du système de santé ?	51
7. Et l'avenir ? Perspectives de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé, sociaux, et médico-sociaux	55
Conclusion	60

Introduction

Véronique GHADI, HAS

Bonjour à tous, nous allons ouvrir cette journée sur la qualité de vie au travail, et nous avons le plaisir d'accueillir Madame la ministre de la Santé et des Solidarités, Agnès Buzyn.

Agnès BUZYN, Ministre de la Santé et des Solidarités (Discours officiel).

Mesdames, messieurs,

Je suis très heureuse d'ouvrir ce colloque consacré à la qualité de vie au travail au service de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins des patients.

1. J'aimerais commencer mon propos en insistant sur le lien démontré par la littérature scientifique entre conditions de travail et qualité de vie au travail.

Chargée de promouvoir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, la Haute Autorité de Santé a inscrit ce sujet à son programme de travail dès 2010.

Ces travaux, qui ont également impliqué l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), ont notamment permis d'appréhender les multiples dimensions de la qualité de vie au travail et les facteurs qui l'influencent :

- Je pense au travail en équipe, à la communication et à l'échange d'informations,
- Je pense également à la capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de son travail,
- Ou enfin au rôle prépondérant du management. Sur ce dernier point, je souhaite dire qu'il n'existe pas une vision éthique qui serait davantage portée par les soignants et une vision économique portée par les gestionnaires. Il n'existe pas deux logiques, l'une professionnelle et l'autre bureaucratique. Nous sommes tous au service des patients.



Ainsi les liens avérés entre qualité de vie au travail, qualité des soins et amélioration de la bientraitance ont conduit la Haute Autorité de Santé à l'intégrer comme une des dimensions de la certification V2014.

2. Ce lien avéré nous oblige à considérer la qualité de vie au travail comme un axe prioritaire de notre action, qui plus est dans ce moment particulier que vit notre secteur

En effet, l'adaptation de notre système de santé au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et aux contraintes sur nos ressources est nécessaire. Nous vivons des changements, par l'arrivée de nouvelles technologies ou de nouvelles organisations. Il y a le « virage ambulatoire » ou les mutualisations introduites par les groupements hospitaliers de territoire. Tout cela transforme profondément l'organisation du travail pour tous les acteurs de santé.

Il y a également la nécessité de mettre en place des parcours de soins coordonnés.

Cela entraîne une transversalité accrue et une multiplication des interactions entre professionnels. Cela modifie le rôle de chacun, nécessite de recréer des liens et de rassurer parfois sa légitimité.

Ainsi, au-delà de l'exigence d'amélioration continue que nous devons avoir en la matière, il est nécessaire de prendre en compte et de reconnaître les conséquences de ces évolutions profondes de notre système sur les conditions de travail de chacun.

3. C'est le sens de votre démarche, de concilier sur le terrain ces transformations nécessaires de notre système et une réflexion opérationnelle sur la qualité de vie au travail

Depuis 2016, les 189 établissements que vous représentez, réunis en petits groupes thématiques, se sont en effet engagés ensemble dans l'expérimentation lancée collectivement par l'ANACT, la HAS et la DGOS en lien avec les ARACT et les ARS.

Vous avez travaillé sur des thématiques variées comme l'hospitalisation à domicile, les filières gérontologiques, le virage ambulatoire, avec une exigence commune, en poursuivant l'objectif de concilier amélioration des conditions de travail, de la qualité et de la sécurité des soins et la performance globale des établissements de santé.

Votre expérience montre que ces objectifs ne sont pas irréconciliables et même qu'ils s'alimentent. Elle témoigne, s'il en était besoin, des ressources des professionnels et de l'intelligence collective au sein des équipes. Elle pointe, en regard, l'enjeu capital pour le management des établissements, management administratif, soignant et médical, de favoriser la participation de tous les professionnels aux projets de l'institution.

Nous sommes aujourd'hui réunis pour partager les enseignements que les professionnels, établissements, fédérations, organisations syndicales ont retirés de cette démarche apprenante.

Je veux d'ores et déjà vous remercier pour cela et vous dire que je souhaite, sur tous les sujets, m'inscrire dans cette dynamique qui consiste à créer les conditions pour que les acteurs, sur le terrain, puissent identifier les marges de progrès et les solutions adaptées à leurs situations, qu'ils puissent imaginer et expérimenter les organisations futures.

4. Je souhaite vous dire également que l'engagement pour l'amélioration de la qualité de vie au travail que j'avais en tant que Présidente de la Haute Autorité de Santé est intact et que déjà, j'ai pu agir comme Ministre.

J'ai demandé que la gouvernance de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail soit revue afin d'être renforcée. Ce sujet est bien trop important pour être traité dans l'émotion. Il nécessite neutralité, transparence et expertise.

Un observatoire porté par l'ANACT, la HAS et la DGOS et réunissant les experts du domaine sera donc mis en place.

Il s'articulera avec les observatoires existants. Il réunira les données scientifiques et celles issues des expérimentations afin de les diffuser et d'engager de nouvelles pistes de réflexion et d'amélioration.

J'ai proposé à Edouard Couty, que je remercie d'avoir accepté, de poursuivre, parallèlement aux travaux du comité des pairs qu'il anime de manière très efficace et très utile depuis le début de cette année, la mission de préfiguration d'un dispositif de médiation.

Cette mission de médiation montera en charge progressivement, à l'échelle nationale et régionale, en lien notamment avec les ARS et les professionnels concernés. Avec ma collègue Frédérique Vidal, en charge de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, nous avons missionné le docteur Donata MARRA pour formuler des préconisations afin d'apporter des réponses aux facteurs de risques qu'elle aura identifiés tout au long du cursus de formation des étudiants en santé. Présidente du bureau d'interface professeurs étudiants de la faculté de médecine Pierre et Marie Curie, elle a une expérience reconnue pour aider les étudiants à apprendre et à mieux s'orienter.

Plus généralement, je souhaite m'inscrire dans la continuité des orientations prises dans la stratégie nationale « Prendre soin de ceux qui nous soignent » pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Ainsi, les orientations nationales de la formation continue de la fonction publique hospitalière pour 2018 et du développement professionnel continu ont été revues pour permettre aux professionnels d'intégrer la question de la qualité de vie au travail dans leur pratique professionnelle, mais également de renforcer leur sécurité et d'améliorer la prévention et la détection des risques psychosociaux. Nos efforts seront en outre approfondis pour soutenir toutes initiatives supplémentaires de nature à renforcer la médecine du travail, spécialité particulièrement nécessaire à l'accompagnement qu'elle rencontre. Ces efforts porteront également sur la création et le renforcement des équipes pluridisciplinaires de santé au travail associant, outre des médecins du travail, des psychologues du travail, ou encore des infirmiers spécialisés.

De même, je soutiens les actions engagées en partenariat avec leurs représentants pour améliorer la santé des professionnels de santé. Je le rappelle, 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant, 68 % déclaraient dans la récente enquête de l'ordre national des médecins avoir renoncé à s'arrêter alors que leur état de santé le nécessitait. Le sujet concerne les médecins certes, mais également tous les professionnels de santé.

Dès cette semaine débiteront les travaux de la Stratégie Nationale de Santé.

Cette stratégie éclairera l'action que nous devons mener ensemble pour les années à venir. Ce sera le fil conducteur de mon action, au bénéfice de la santé de tous les Français. Elle mettra en exergue les inflexions que nous devons donner à notre système de santé, notamment pour remettre la prévention au cœur de nos préoccupations mais également pour garantir un accès à des soins pertinents et de qualité dans tous les territoires. Dans cette stratégie, j'ai souhaité que puisse être prise en compte cette dimension importante du développement professionnel et de la qualité de vie au travail.

Car, comme vous l'avez montré dans votre démarche, et comme vous le rapporterez aujourd'hui dans vos interventions, le sens que l'on trouve dans notre travail fonde notre engagement. Il est le moteur de notre action et le socle d'une médecine humaine et humaniste. Je souhaite terminer en remerciant chaleureusement les nombreux orateurs qui se sont mobilisés pour cette journée.

J'adresse un remerciement particulier à Véronique Ghadi pour l'organisation de ce colloque et pour avoir porté la dynamique de la qualité de vie au travail durant toutes ces années à la Haute Autorité de Santé.

Véronique GHADI

Madame la ministre, je vous remercie très sincèrement d'avoir accepté d'introduire cette journée. Effectivement, les travaux menés depuis 2010 par la Haute Autorité de Santé et par l'Anact, ainsi que cette expérimentation de grande ampleur qui a lieu depuis 2015 en partenariat avec la Direction Générale de l'Offre de Soins, ont permis de recueillir un matériau extrêmement important sur lequel on va pouvoir s'appuyer pour penser le déploiement de ces démarches de qualité de vie au travail. Pour les nombreux participants présents aujourd'hui et qui se sont engagés depuis plusieurs mois dans des démarches, savoir que le ministère va prolonger, poursuivre et même élargir ses travaux est effectivement très réconfortant.

Merci à vous tous d'être présents. La plupart d'entre vous ont été impliqués de près ou de loin dans des clusters, que vous soyez dans des établissements de santé ou médico-sociaux, que vous soyez professionnels au sein des ARS ou des Aract, et votre présence nombreuse ici aujourd'hui montre la volonté de poursuivre cette dynamique. Quelques-uns d'entre vous n'ont pas été impliqués dans des clusters, n'ont pas encore participé, et ils viennent avec nous apprendre afin de pouvoir reprendre dans les lieux où ils travaillent aujourd'hui. On dit que ce sont les petites rivières qui font les grands fleuves, et j'espère que ce grand fleuve ira irriguer d'autres lieux encore non sensibilisés à la question de la qualité de vie au travail.

J'ai porté le projet de la qualité de vie au travail depuis le début, depuis 2010, au sein de la Haute Autorité de Santé. La démarche qualité de vie au travail, telle que nous l'avons développée avec l'Anact, est avant tout une démarche qui se veut expérimentale et qui se veut apprenante. Pour nous, c'est-à-dire tous ceux qui ont participé à ces travaux depuis le démarrage, les professionnels de l'Anact, de la DGOS et au sein de la HAS, la méthode est déterminante pour l'atteinte des résultats. Et c'est aussi selon cette même méthode que nous avons construit, imaginé cette journée, c'est-à-dire à la fois une approche collective issue d'une réflexion partagée au sein des différentes parties prenantes, HAS, Anact, DGOS, mais aussi avec l'apport de l'équipe de chercheurs que vous aurez l'occasion d'entendre un peu plus tard dans la journée. Nous avons également souhaité nous appuyer et valoriser l'expérience des professionnels qui ont produit ces démarches de qualité de vie au travail, en promouvant l'idée que l'expertise des professionnels sur le terrain est essentielle si nous voulons avancer aujourd'hui dans nos organisations.

Enfin, nous souhaitons organiser la mise en discussion de ces résultats, de ces enseignements. Pouvoir débattre, c'est participer à l'appropriation de ces notions, mais c'est aussi préparer et promouvoir l'action. C'est pourquoi cette journée va reposer à la fois sur les temps de présentation des expériences de terrain, de capitalisation et d'évaluation en cours, mais nous aurons aussi des temps de mise en discussion de l'ensemble de ces résultats et de ces enjeux avec les professionnels qui les ont mises en œuvre dans les établissements, avec ceux qui ont piloté ces démarches au sein des établissements, avec le Comité paritaire qui a suivi nos travaux depuis le démarrage, et avec des acteurs régionaux car nous avons la conviction aujourd'hui qu'on ne peut pas penser la qualité de vie au travail à l'échelle d'un établissement. Les établissements sont impliqués dans des enjeux territoriaux et les dynamiques régionales sont tout à fait essentielles si nous voulons rendre effectif le déploiement.

Pour faciliter ce déploiement, nous avons réalisé, à partir de ces clusters, une série de documents qui devraient pouvoir être appropriés par des établissements, des professionnels ou des ARS qui n'ont pas encore eu l'occasion de s'investir sur le sujet. Et j'ai le plaisir de vous annoncer qu'ils ont été publiés ce matin sur le site de la HAS. Parmi ces documents, un document cadre qui rappelle les principes de la qualité de vie au travail, décrit des démarches en lien avec les enjeux de conduite du changement, et

s'attache à montrer la convergence entre ce qui relève des démarches d'amélioration de la qualité des soins et des démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Vous y trouverez également trois outils qui ont été mis au point, notamment en s'appuyant sur l'expertise des Aract, à savoir le reportage photo, la boussole et les espaces de discussion. Enfin, la qualité de vie au travail n'est pas une norme, on ne peut pas décider a priori de la manière dont on s'y prend de manière systématique et généralisée à tous les établissements, elle se construit au sein des établissements, et il nous paraissait essentiel de pouvoir raconter des histoires. Quatre établissements ont d'ores et déjà accepté de se prêter au jeu, d'ouvrir leurs portes pour rencontrer les chercheurs qui évaluent ces clusters, de se montrer, de se mettre un peu à nu. A partir de ce que les chercheurs nous ont ramené, nous avons réalisé une synthèse de ces démarches. Je remercie sincèrement ces établissements de s'être prêté au jeu. Quatre monographies racontent ce qui est facile, ce qui est difficile, les succès, les échecs.

Je passe la parole à Anne-Marie Gallet, chargée de mission à l'Anact, qui a été très active dans la mise en œuvre, le déploiement et le suivi des clusters et qui a été la cheville ouvrière avec Assia Milan de tout ce travail de capitalisation.

1. Expérimenter la qualité de vie au travail : démarche et enseignement méthodologiques

Anne-Marie GALLET, Anact

Avant de tirer les premiers enseignements de ces démarches de clusters sociaux, je vous propose quelques éléments de cadrage qui présentent le dispositif que nous avons mis en place. C'est grâce à un partenariat de longue date entre HAS, Anact et DGOS que nous en sommes là aujourd'hui, grâce aussi à la mobilisation en région des différents acteurs institutionnels, des établissements volontaires, et parce que nous avons tous la conviction que la qualité de vie est la condition sine qua non à la qualité des soins.

Depuis 2010, dans le cadre de la certification, tous les acteurs de la santé ont réfléchi à la question de la qualité de vie au travail, à la manière de traiter cette question sans pour autant vouloir établir des normes, parce que ces sujets sont toujours singuliers et adaptés à une réalité propre dans chaque établissement. Progressivement, la discussion s'est organisée entre tous les partenaires, professionnels, institutions, partenaires sociaux. En 2016, une stratégie d'expérimentation s'est imposée à nous et a été mise en œuvre afin de tester les démarches de QVT dans les établissements, d'apporter des méthodes, de former des acteurs afin de pouvoir prolonger ces expérimentations.

Un retour rapide sur ce que l'on entend par qualité de vie au travail. Nous avons retenu de l'accord national interprofessionnel de 2013 deux notions importantes. D'une part, les conditions dans lesquelles travaillent les professionnels. D'autre part, leur capacité à s'exprimer et à agir sur ces conditions de travail. En effet, la discussion sur le travail est pour nous la clé de voûte de la démarche de la qualité de vie au travail.

La QVT est une vraie démarche globale qui parle du travail et qui part de la réalité du travail, qui s'inscrit donc dans une stratégie globale, avec des enjeux économiques et sociaux, et qui renforce aussi, de fait, le dialogue social et le dialogue professionnel sur les questions du travail. Nous verrons qu'il ne s'agit pas d'une démarche supplémentaire, mais bien une démarche qui traverse les différents projets d'entreprise et qui accompagne les changements.

Ce n'est pas non plus une démarche normative. Elle se construit socialement dans chaque établissement, en fonction d'un contexte spécifique, d'une histoire singulière et d'acteurs locaux singuliers également.

L'idée est, dans un premier temps, de concevoir collectivement la démarche, s'entendre sur les objectifs, identifier des sujets prioritaires, de définir le périmètre de l'expérimentation, d'organiser une phase de test pour mettre à l'épreuve les changements puis d'évaluer cette expérimentation et enfin envisager son déploiement au sein de l'établissement dans un objectif de généralisation.

Nous avons proposé une démarche collective pouvant soutenir les établissements qui s'engageraient dans ce projet de qualité de vie au travail, et qui s'intitule « les clusters sociaux ». C'est une démarche paritaire, s'appuyant sur un trinôme composé d'un représentant de la direction, un représentant du personnel et du corps médical le plus souvent et, parfois, un cadre de santé a également participé. Ce trinôme s'est retrouvé dans chaque cluster régional, soit sept ou huit établissements. Ils ont réalisé un travail en interne dans leur établissement et se sont retrouvés collectivement dans des séances de différentes natures à la fois pour des apports plus théoriques et échanger sur leurs pratiques dans leur établissement. Au fil des tables des rondes, nous aurons des témoignages sur ces expériences.

En 2016, 11 régions ont été impliquées dans ces clusters sociaux, et environ 80 établissements se sont mobilisés, dont beaucoup d'établissements publics, sur des thématiques variées comme la filière gériatrique, le virage ambulatoire, mais aussi dans le cadre des GHT, par exemple, un travail autour de la mutualisation de certaines fonctions. En 2017, quelques régions supplémentaires sont rentrées dans le dispositif et 110 établissements se sont impliqués dans la démarche, dont beaucoup plus d'établissements du secteur médico-social qu'en 2016, toujours sur des thématiques nouvelles.

Nous avons également un dispositif national d'évaluation. Je propose de faire un zoom sur un questionnaire que nous avons lancé à destination des acteurs de terrain. Ce questionnaire a donc été rempli par les trinômes puis traité par l'Anact. J'en profite pour remercier Florence Chambard de l'Anact qui a travaillé à l'analyse des questionnaires. Il a donc été proposé à 216 personnes, dont 117 ont répondu, soit

environ la moitié de l'échantillon, plutôt des dirigeants de la direction et du corps médical que des représentants de salariés. 45 % de représentants de la direction, 14 % du corps médical et seulement 19 % de représentants des salariés.

Cette démarche a permis d'engager et de renforcer la dynamique qui existait déjà au sein des établissements sur des projets de cette nature. Les établissements qui se sont investis dans les clusters ont été fidèles à leur engagement, c'est-à-dire que soit la démarche a été initiée, soit elle a été renforcée, et les établissements sont allés jusqu'au bout de la démarche. La démarche de la qualité de vie au travail a contribué à améliorer différents pans de la vie sociale des établissements, y compris sur le dialogue social, sur les pratiques managériales. Plusieurs exemples seront présentés au cours de la journée, mais on voit que ces projets ont eu une réalité dans l'activité.

On note une réelle volonté de poursuivre la démarche dans l'établissement, l'idée étant d'essaimer au sein de l'établissement. Sur la question de l'autonomie à poursuivre, les chiffres sont plus tranchés et une attention particulière est sans doute à porter à l'accompagnement nécessaire. Quand il est demandé aux établissements s'ils vont consacrer des ressources pour pouvoir poursuivre le projet, le dégagement de ressources est incertain, et il faudra réfléchir aux besoins des établissements pour poursuivre la démarche.

Nous avons également posé la question du lien avec les autres projets. On voit que ces liens sont peut-être encore à construire, mais nous sommes sur le chemin.

Quelques enseignements peuvent être tirés aujourd'hui, sachant que la deuxième vague a démarré en 2017. L'expérimentation a permis un décloisonnement par son approche pluridisciplinaire et paritaire. Les rencontres inter-établissements ont été reconnues comme enrichissantes. Cela a également permis un décloisonnement en région, et les différentes structures régionales ont travaillé ensemble autour de ce projet. Cette approche s'appuie sur le travail et permet de re-questionner l'organisation, les modes de management, les relations professionnelles. Les transformations vécues dans les établissements ont suscité un vif intérêt parce qu'elles ont été concrètes, elles ont porté sur des objets concrets. Par exemple, le projet d'un service de HAD qui veut améliorer ces relations de travail avec les acteurs libéraux, ou encore une réflexion conjointe menée par deux établissements qui fusionnaient portant à la fois sur les locaux, les bâtiments, la gestion des ressources humaines, l'organisation du temps de travail.

L'expérimentation reste encore modeste puisqu'elle est concentrée sur des périmètres relativement réduits par rapport au travail que peuvent réaliser des instances sur des sujets plus généraux. En tout état de cause, cela permet d'alimenter les sujets traités dans les instances et les projets menés dans l'établissement. Cela a permis d'engager des actions réalistes et d'obtenir des résultats immédiats. Les établissements ont souvent été très demandeurs d'appui, en particulier au début de la démarche. Et nous avons essayé de passer du « faire avec » au « faire-faire ». Nous allons mettre des outils en ligne pour que les établissements puissent à leur tour faire sans forcément être accompagnés dans la durée.

Dans les établissements qui ont des fonctionnements lourds, on voit que souvent un projet chasse l'autre. L'expérimentation QVT permet donc de créer des liens entre ces différents projets. Etant donné que l'on est sur des périmètres restreints, il est important de communiquer dans l'établissement autour du projet, de donner à voir ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons pour faciliter l'essaimage. Des restitutions ont été organisées sur le travail réalisé. En conclusion, le principe d'intégrer la qualité de vie au travail fait son chemin.

2. Bilan des démarches de qualité de vie au travail : des dynamiques contrastées

Véronique GHADI

Je vous propose de passer à l'intervention suivante. Nous allons entendre Cathel Kornig et Christophe Massot. Vous pourrez entendre Christian Revest, le troisième membre de l'équipe, dans la prochaine table ronde. Ils forment l'équipe de recherche pluridisciplinaire rassemblant la sociologie du travail, l'ergonomie et les sciences de gestion, en charge de l'évaluation des clusters sociaux sur la qualité de vie au travail. Tous trois sont spécialistes des questions de santé au travail. Le champ de l'hôpital n'était pas leur secteur premier d'investigation, mais ce regard un peu distancié nous paraissait intéressant. L'évaluation n'est pas totalement terminée, mais ils ont malgré tout accepté de venir partager les premiers résultats.

Cathel KORNIG

Nous allons vous présenter quelques résultats que nous souhaitons mettre en débat, qui ne sont pas totalement arrêtés. Nous vous les présentons à deux voix, mais Christian Revest travaille également avec nous sur cette évaluation. Il s'agit d'une évaluation qualitative, c'est-à-dire que nous travaillons sur la base d'entretiens approfondis semi-directifs auprès de professionnels qui ont engagé une démarche QVT, l'ont mise en place et l'ont expérimentée, dans une dizaine d'établissements et nous allons à chaque fois rencontrer au préalable le chargé de mission de l'ARS et de l'Aract qui ont accompagné ces établissements. Puis nous organisons ensuite des entretiens dans les établissements où nous restons trois ou quatre jours et où nous rencontrons dix à quinze professionnels qui ont participé, mais aussi des professionnels qui n'ont pas participé directement mais qui font partie des services concernés. Nous avons un entretien collectif pour avoir leur retour sur ce qui s'est passé. Les 12 établissements ont été choisis conjointement avec les ARS, les Aract et le Comité de pilotage des clusters. Par ailleurs, nous réalisons une analyse de la dynamique régionale sur cinq régions. Ces résultats sont à confirmer et cette journée va nourrir notre analyse.



Christophe MASSOT

L'objectif était également de comprendre comment les dispositifs QVT au niveau des établissements ont permis ou non de transformer les situations de travail pour développer la qualité des soins. Un de nos résultats essentiels est que le moyen de ces transformations est la mise en discussion collective des détails de l'activité qui permet d'ancrer les démarches QVT immédiatement dans les attentes des salariés en charge du soin et de l'administration des soins. Elle ancre dans les problèmes effectifs de l'établissement, permettant ainsi de mobiliser rapidement l'engagement, l'énergie, de ces équipes opérationnelles dans les dispositifs QVT. Cela permet aussi d'ouvrir rapidement sur des transformations effectives, pratiques de ce qui est fait au quotidien dans les services. Par ailleurs, cela permet non pas de s'engager sur des questions générales d'organisation, bien trop lourdes pour une équipe engagée dans une démarche QVT, mais de mettre entre parenthèses les questions générales qui se posent à un établissement pour se concentrer sur des questions précises immédiates. Il s'ouvre donc un espace d'expérimentation qui s'ancre dans les attentes opérationnelles effectives des équipes et ouvre la potentialité de résultats à court terme et effectifs. Dans les établissements qui ont pu ouvrir ces questions des détails de l'activité, il y a eu une transformation effective de l'administration des soins et de la qualité des soins.

C'est une question collective qui se joue dans les détails de l'activité puisqu'ils concernent tout autant la direction que l'encadrement intermédiaire et les équipes opérationnelles. C'est-à-dire que ces questions doivent être traitées à l'échelle de l'activité par les équipes, entre elles ou pas, mais elles doivent également faire l'objet d'une mise en discussion verticale aux différents niveaux de l'organisation. Dans ces équipes opérationnelles, on a une dimension horizontale et une dimension verticale, qui concernent

l'intégration de ces questions des détails de l'activité dans l'organisation du travail au sein de l'établissement.

Pour nous, le moyen effectif est cette mise en discussion collective des détails de l'activité. Nous sommes donc retournés dans les établissements avec ce questionnaire sur la manière dont les établissements, quels que soient leur grandeur, leur configuration, le nombre de salariés, peuvent y parvenir. Chaque établissement a eu la possibilité de s'ouvrir à différents fonctionnements et manières de faire.

Etant donné le temps qui nous est imparti, nous ne traiterons pas aujourd'hui de l'organisation du dispositif, des groupes de travail, de la façon dont les établissements se sont équipés, mais nous allons aborder la question des trois acteurs-clés de ce dispositif, à savoir la direction, l'encadrement intermédiaire et les IRP, et essayer de comprendre leur positionnement, leurs choix et leur responsabilité dans cette ouverture d'une mise en discussion collective des détails de l'activité.

Cathel KORNIG

Le rôle de la direction est essentiel. Son positionnement, les choix qu'elle va faire ou non, sont déterminants pour que ces démarches QVT soient effectives et efficaces. Son rôle est donc essentiel et spécifique à plus d'un titre puisqu'elle va permettre de poser le cadre et de légitimer l'expérimentation. Nous avons pris deux exemples de configuration lors de nos observations de terrain. Dans un cas, le directeur général de la structure s'est engagé personnellement et s'est fortement impliqué dans la démarche QVT, il a mobilisé ses équipes pour qu'elles y participent avec les deux autres acteurs du trinôme, il a convoqué les professionnels autour de la table, leur a demandé de s'organiser pour mettre en œuvre cette démarche en leur laissant le soin ensuite de décider des sujets importants à aborder et de la manière de le faire. Il était donc très présent en amont, s'est retiré, a laissé les équipes faire ce travail de mise en discussion, puis les équipes sont revenues pour réaliser un travail commun de discussion et de validation éventuelle du plan d'action ou de certains points du plan d'action. Dans l'autre cas, la direction générale a donné son accord sur la mise en place de la démarche, mais ne s'est pas impliquée personnellement et c'est davantage la direction des soins, la DRH et les cadres de santé qui ont mobilisé les équipes, qui ont mis en place des groupes de travail, ont donc travaillé activement durant quelques mois et proposé un plan d'action en tenant informée la direction de leurs avancées, laquelle restait un peu en retrait. Entre-temps, la direction générale a changé et la nouvelle direction a eu du mal à se saisir de la démarche et ne s'est pas approprié les demandes faites dans le plan d'action dont on peut penser qu'elles étaient adressées à son prédécesseur.

Ces deux configurations montrent bien le rôle et la place importante de la direction en ce qu'elle va poser et permettre ou non ce cadre explicite en amont et en aval de la démarche QVT. En amont, la direction était présente, a ouvert la discussion, a donné les moyens aux équipes de dégager du temps sur ces questions, a posé les grands principes de l'expérimentation, c'est-à-dire le droit à l'erreur, le droit de revenir en arrière, de recommencer autrement, de tester, d'essayer. En aval, une fois le travail réalisé par les équipes, la direction a toute sa place, notamment en termes de réponses par rapport au plan d'action et à l'argumentation qu'elle doit faire. Ce qui ne veut pas dire que la direction accepte tout ce qu'on lui propose, mais elle doit argumenter et ce travail d'argumentation est important car on est là encore dans de la mise en discussion.

Le second enseignement des deux exemples cités concerne la question du périmètre de la direction. Quand on dit qu'il est important que la direction s'engage au côté de, de quel acteur parle-t-on ? S'agit-il d'un engagement collégial de la direction des soins, de la direction générale, d'un certain nombre d'acteurs de la direction, ou s'agit-il d'un acteur, comme une DRH ou la directrice des soins. La question qui se pose derrière est celle de la pérennité de la démarche. L'hypothèse est qu'un engagement collégial va permettre de garantir cette pérennité en palliant au problème de turnover des équipes et elle va permettre à la direction de répondre aux demandes des équipes et de se positionner plus facilement sur les propositions qui vont parfois porter sur la politique RH, parfois sur la politique d'achat, sur différents sujets.

Cette direction a donc un rôle déterminant pour le bon déploiement des démarches QVT, mais elle n'est pas le seul acteur, bien sûr, puisque le processus engage ensuite l'encadrement intermédiaire.

Christophe MASSOT

Je précise que certaines équipes, par exemple, ont pu traiter uniquement la question de l'administration des médicaments, d'autres celle du chariot qui permet de transporter ces médicaments ou encore celle du rapport aux familles et la façon dont on accueille les familles sur des maladies spécifiques. Il ne s'agit pas de l'administration des médicaments de manière générale, par exemple, mais du créneau horaire

spécifique de la prise des médicaments, comme la prise du matin dans un service. Ce qui permet de voir des éléments extrêmement pointus et précis dans l'établissement.

L'encadrement intermédiaire est également un acteur-clé sur ces questions. Dans les établissements de santé et dans l'ensemble des organisations actuelles, c'est un acteur en difficulté car il perd la main en quelque sorte sur les questions opérationnelles pour s'investir de plus en plus sur des questions de contrôle de gestion et d'administration. Sur les questions de management pures, c'est-à-dire d'appui des équipes opérationnelles sur les questions du travail au quotidien, l'encadrement intermédiaire a du mal à remplir cette mission. De ce fait, il peut être pris dans des conflits interpersonnels. Il est donc en difficulté d'un point de vue de santé, mais également de sa place opérationnelle vis-à-vis des équipes. Et pourtant, une place essentielle lui est assignée dans ces démarches QVT. Par exemple, on va lui demander d'animer les groupes de travail, de remettre sur la table des questions d'organisation, des détails de l'activité.

Nous attirons votre attention sur le danger pour l'encadrement intermédiaire d'être mis face aux difficultés d'organisation des équipes opérationnelles pour soulever tous les dysfonctionnements, et d'être éventuellement exposé à des conflits interpersonnels importants. Et c'est aussi un danger pour les démarches QVT qui peuvent alors s'interrompre. Dans un établissement que nous avons visité, par exemple, le comité de pilotage a décidé la mise en place d'un groupe de travail, le convoque ainsi que les opérationnels et l'encadrement intermédiaire pour discuter des dysfonctionnements du service. Et immédiatement, les questions récurrentes ont été soulevées, l'encadrement intermédiaire a été mis en difficulté et n'avait pas les moyens de faire ce travail de mise en discussion collective des détails de l'activité. Cet acteur a pourtant une place essentielle dans ces démarches.

Deux observations permettant de sortir de ces difficultés. D'une part, le mandat donné par les directions sur cette expérimentation, c'est-à-dire quels sont les sujets qui vont être traités. S'agit-il simplement d'animer un groupe de parole dans lequel on va discuter de ce qui va ou de ce qui ne va pas dans l'établissement ou s'agit-il de discuter de questions précises concernant les opérationnels ? Et qui décide des sujets ? La direction, l'encadrement intermédiaire ou les opérationnels ? Et à travers quel processus les sujets à traiter sont-ils construits ? Le mandat, c'est aussi que va-t-on faire de ces sujets, s'agira-t-il simplement d'un point d'information que l'on fera remonter aux directions ou s'agira-t-il de points qui vont permettre d'ouvrir sur des questions opérationnelles et de proposer des solutions à la direction avec un argumentaire ? Il faut équiper l'encadrement intermédiaire d'un mandat clair sur les processus, les sujets et sur ce que ces discussions vont permettre d'ouvrir.

Ces détails ont également le pouvoir de désamorcer les conflits, c'est-à-dire qu'on ne va pas mettre en discussion tous les problèmes hiérarchiques, mais prendre un problème technique, comme l'administration des médicaments, qui va permettre de discuter collectivement de ce qui ne va pas, d'imaginer ce qui peut être fait, et d'offrir à l'encadrement intermédiaire la possibilité de retrouver un travail d'appui de ses équipes. Donc même dans un contexte conflictuel il peut y avoir une transformation progressive, sur des petites choses concrètes, de sa position d'encadrement.

Cathel KORNIG

L'autre acteur-clé dans ces démarches, c'est le représentant du personnel. La question va être abordée plus précisément par l'atelier "Nouvelle dimension du dialogue social" avec Julien Pelletier de l'Anact. C'était effectivement une condition de participation aux clusters QVT que de proposer un trinôme incluant les représentants du personnel, c'est également une condition du déploiement d'une démarche QVT, mais la question est de savoir aujourd'hui comment engager les professionnels dans une mise en discussion du travail si les représentants ne sont pas partie prenante de l'expérimentation. Dans les établissements où nous sommes intervenus, nous avons eu des difficultés à saisir l'articulation pouvant exister entre le dialogue professionnel autour du quotidien du travail soutenu par les démarches QVT, et le dialogue social. De la même manière que sur l'encadrement intermédiaire et que sur la direction, on peut se poser la question de savoir quels représentants du personnel. Nous avons vu plusieurs configurations dans lesquelles on a un membre du CHSCT qui participe à la démarche, mais il n'est pas toujours pour autant le représentant du CHSCT en tant qu'institution, c'est-à-dire qu'il est parfois engagé plutôt personnellement dans la démarche parce qu'elle fait sens et qu'il y a un accord de principe avec l'équipe qui la met en place, mais il n'est pas forcément en capacité de faire ensuite ce travail réflexif avec le CHSCT. On pourrait presque dire qu'il n'est pas forcément le représentant de ce CHSCT et qu'il ne peut pas l'engager totalement. De la même manière, sur les questions du turnover et de la pérennité des actions, les représentants ne sont pas élus définitivement et à leur départ se pose la même question de la pérennité, d'où notre réflexion autour du représentant du personnel et de l'articulation entre dialogue professionnel et le dialogue social.

Christophe MASSOT

Je précise que les médecins sont inclus dans l'encadrement intermédiaire, car leurs choix et la manière dont ils administrent les soins ont des conséquences sur l'organisation du travail des équipes d'infirmières, d'aides-soignants etc.

Sur la question de la pérennité, la démarche QVT va permettre de tirer le fil jusqu'à une transformation effective des situations de travail, une mise en discussion collective avec les différents niveaux de l'organisation sur un détail. Dans les établissements où il peut y avoir des difficultés à réaliser cette démarche collective, travailler sur les détails va permettre aux équipes d'expérimenter, de s'essayer à d'autres rapports entre elles. Elles peuvent discuter des problèmes liés à l'administration de médicaments, à l'articulation des différents professionnels sur un patient dans une même journée. Ils peuvent en discuter entre eux, avec la hiérarchie et imaginer d'autres fonctionnements qui vont améliorer la qualité des soins. Ce qui se joue pour nous dans la démarche QVT, ce n'est pas la solution qui va émerger, mais le fait qu'ils vont s'essayer à d'autres choses et voir qu'ils peuvent chercher des solutions collectivement. Et ce qu'ils ont expérimenté peut s'appliquer à d'autres problématiques, dans d'autres services, dans d'autres configurations. L'objectif final de ces démarches QVT n'est pas de trouver une solution à un problème mais de s'essayer à d'autres fonctionnements pour répondre à la question de la qualité des soins.

Cathel KORNIG

Pour conclure, les démarches QVT sont des expérimentations destinées à s'essayer à d'autres rapports de travail, ce qui n'est pas simple. Elles se mettent en place progressivement, il y a des tâtonnements, il y a des risques. Mais s'ouvrir à ce que l'on ne connaît pas encore peut permettre de mettre au travail ou de tester d'autres fonctionnements. On dit souvent que les démarches QVT sont adaptables à chaque configuration ou à chaque posture, qu'il n'y a pas de norme pour les mener. Pour autant, il y a quand même des conditions ou des points de vigilance à avoir pour que cela fonctionne, d'où l'intérêt notamment des outils mis en ligne qui sont des repères pour l'action. Oser s'attaquer collectivement aux détails de l'activité qui vont perturber l'organisation pour chercher d'autres manières de fonctionner, c'est la force des démarches QVT, et quand les professionnels y parviennent, ils vont pouvoir enchaîner sur d'autres problématiques, ce qui en fait des organisations apprenantes, qui apprennent en marchant et en mettant en discussion le travail réel.

Ce que nous avons senti dans les entretiens réalisés, c'est que lorsque les professionnels réfléchissent ensemble et arrivent à co-construire des solutions à leurs problématiques quotidiennes, cela permet non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de se reconnaître dans son travail et d'y prendre du plaisir.

Questions dans la salle

De la salle

Je travaille en ARS et nous venons de mettre en place le début du cluster sur la Guadeloupe. Concernant le rôle des représentants du personnel, je souhaiterais savoir comment mieux orienter le choix et si c'est éthique. Quelle est votre analyse et quels conseils pouvez-vous nous donner ?

Cathel KORNIG

Au stade où nous en sommes de nos résultats, il est encore un peu tôt pour répondre sur le périmètre et la représentativité de chaque acteur, les représentants du personnel comme les autres. Je vous renvoie à la table ronde de cet après-midi qui pourra nous fournir des pistes de réflexion sur ce sujet qui est important.

Christophe MASSOT

L'articulation entre le dialogue professionnel et le dialogue social est un élément essentiel, et nous laissons cette question ouverte pour l'atelier de cet après-midi.

Hélène BERINGUIER

Je suis médecin du travail et je représente l'Association des médecins du travail hospitalier. Nous trouvons cette démarche extrêmement intéressante, mais elle a déjà été mise en place par le passé sous d'autres formes, notamment à la faveur des contrats d'amélioration des conditions de travail. Vous avez tous dit que cette expérimentation nécessitait un temps de discussion collective, et ma crainte en tant que

médecin du travail est de savoir où ils vont trouver le temps. On le trouve toujours sur des expérimentations, mais comment étendre des fonctionnements qui ont porté sur des expérimentations à un fonctionnement régulier ? Je me pose beaucoup de questions à ce sujet. D'autre part, vous avez évoqué la place très importante de la direction dans ces actions. Si la direction d'un établissement ne favorise pas l'action, ce peut être un facteur de blocage, sachant que certains établissements ont des directions bloquantes. Que peut-on faire pour les convaincre de l'intérêt de la démarche dans le fonctionnement de leur établissement pour qu'ils ne soient pas à l'écart de démarches de ce type.

Christophe MASSOT

Cette question est essentielle. Il faut s'essayer à des expérimentations précises qui peuvent être peu coûteuses en termes de temps et de ressources humaines, pour faire valoir l'efficacité de ces dispositifs auprès des directions en termes d'organisation et de qualité des soins. Peut-être faut-il ouvrir cette brèche sur des petites questions pour ensuite transformer la position de la direction sur l'allocation des ressources en temps imparti aux personnels pour discuter du travail.

Cathel KORNIG

Nous avons surtout observé dans les établissements que cela portait plutôt sur une personne, sachant que ces démarches prennent du temps. L'idée n'est pas de les convaincre du jour au lendemain, mais de proposer un certain nombre de changements, l'acteur-clé étant l'encadrement intermédiaire qui fait le lien avec la direction. Dans les établissements où il y a eu des avancées et où la direction s'est impliquée, l'encadrement intermédiaire était en lien régulier avec la direction pour l'interpeller et l'amener à prendre position. C'est aussi un travail d'articulation entre les différents niveaux.

Christophe MASSOT

Il est régulièrement fait référence aux expérimentations menées dans le passé. Tout l'enjeu de l'effectivité de ces démarches QVT est d'éviter le risque de la parole inutile. Si on ne répond pas aux problèmes des salariés, on perd leur engagement. C'est la raison pour laquelle j'insiste sur les détails comme outil car ils permettent de répondre aux questions mises en discussion.

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE, HAS

Avez-vous d'autres enseignements, d'autres expérimentations sur ce lien assez précis qu'est aujourd'hui qualité de vie au travail, qualité des soins, par exemple qualité de la pédagogie, de la conduite des trains ? Avez-vous d'autres références qui se fondent sur plusieurs secteurs d'activité ?

Christophe MASSOT

Il y a eu beaucoup d'expertises scientifiques en psychologie du travail, en psychologie de l'activité, en sciences de gestion, en ergonomie, nourries par les questions de terrain, sur le lien entre les questions de santé et les questions de qualité de vie au travail. Et l'articulation entre les deux peut se faire dans des milieux extrêmement différents, aussi bien les milieux intérimaires de l'automobile chez Renault que les milieux de l'éducation. Cela peut concerner aussi bien des fonctions d'encadrement, des fonctions ouvrières, des statuts de fonctionnaire, d'intérimaire etc. Cette question est très référencée d'un point de vue scientifique.

Cathel KORNIG

Il s'agit bien de la question du lien entre qualité du travail et santé.

M. COLOMBAT

Une étude sur l'onco-pédiatrie en France est en cours. 25 centres ont répondu. Dans certains centres, la qualité de vie au travail est satisfaisante, dans d'autres elle ne l'est pas. Et c'est directement lié aux qualités managériales de proximité. Ma question concerne le problème de la pérennité des expériences qui me semblent directement liées aux individus, aux managers de proximité, mais aussi aux directions fonctionnelles et aux directions générales. Ce qui pose la question de la formation. Nous démontrons à nos directeurs depuis longtemps qu'il y a un lien direct entre qualité de vie au travail et qualité des soins, mais cela ne marche pas, et la seule façon d'y parvenir, selon moi, c'est la formation. Donc comment agir sur la formation ?

Cathel KORNIG

Sur la formation en tant que telle, je ne saurais pas vous répondre, mais on voit bien l'importance de l'accompagnement des établissements par les chargés de mission des Aract. Tout le travail réalisé sur l'accompagnement montre bien que la pérennité de ces démarches pour l'instant n'est pas encore tout à fait assurée. Dans les entretiens que nous avons menés, quand il est demandé à chacun des professionnels qui ont participé s'ils se sentent prêts aujourd'hui à mener ce type de démarche et à mettre en place ce type d'expérimentation, les oui sont fragiles.

Véronique GHADI

Si on s'arrête sur les expérimentations, la question de la pérennisation est posée. Depuis quelques années, nous essayons de faire monter la question à l'échelle de l'ensemble du système de santé avec la DGOS et l'Anact, et c'est la raison pour laquelle notamment nous avons impliqué les ARS dans le dispositif. C'est ce dont va traiter la table ronde sur les dynamiques territoriales. Si cette question de la qualité de vie au travail ne repose que sur la bonne volonté d'un directeur, elle ne pourra pas s'installer. En revanche, si elle est portée par l'ensemble des acteurs du système et que son intérêt économique, de qualité des soins, de bien-être pour tous, est démontré, il y a un moment donné où cela devient un intérêt partagé et bien compris. Pour parvenir à cet intérêt bien compris, il faut convaincre l'ensemble des acteurs du système et c'est l'objet de cette expérimentation.

Je remercie nos intervenants. Deux tables rondes vont maintenant se succéder. Elles présentent la particularité d'être composées d'acteurs qui ont mis en place très concrètement et ont activement participé à ces clusters sociaux. La première table ronde réunit ceux qui ont mis en place des démarches de qualité de vie au travail au niveau des équipes. La deuxième table ronde réunit ceux qui ont piloté ces démarches dans les établissements, autrement dit le trinôme direction, représentants du personnel et médecins. Une question leur est posée, qui a déjà émergé dans ses premiers propos, à savoir est-ce que la qualité de vie au travail ne serait pas un peu de la poudre aux yeux, est-ce que ce ne serait pas un concept à la mode qui conforterait ce qui existe déjà, ou est-ce qu'il peut vraiment transformer en profondeur les organisations ?

Pour animer ces deux tables rondes, j'ai le plaisir d'accueillir Assia Milan, chargée de mission à l'Aract Normandie, qui a non seulement piloté des clusters dans sa région et accompagné les établissements, mais qui a mené de main de maître avec Anne-Marie Gallet tout le travail de capitalisation et d'animation des Aract. Christian Revest, le troisième membre de l'équipe de chercheurs, est l'ergonome. J'appelle également Caroline Robert, Laëtitia Bernadou et Aurélie Etienne. Je vous propose tout d'abord de projeter un petit film réalisé par l'Aract Ile-de-France qui va vous donner un avant-goût de la façon dont cela se passe au sein des clusters.



3. Simple discours ou véritable démarche ?

Assia MILAN, Aract Normandie

Bonjour à toutes et à tous. L'objectif de cette première table ronde est d'illustrer au travers de retours d'expérience concrets au sein d'établissements différents que la qualité de vie au travail, parfois décriée comme étant un simple discours, peut au contraire revêtir l'aspect d'une véritable démarche. L'idée est davantage d'illustrer un champ des possibles que de valoriser une démarche type qui serait multipliable dans tous les établissements, et loin d'être exhaustifs, les témoignages proposés aujourd'hui s'ajoutent à ceux que vous venez de découvrir via le film réalisé par l'Aract Ile-de-France et à l'ensemble des autres témoignages au travers des outils publiés. Il s'agit donc d'illustrer des démarches qui s'appuient à la fois sur des fonctionnements existants et qui valorisent les bonnes pratiques, et sur des démarches structurées de façon nouvelle avec de nouvelles méthodes.

Pour ce faire, nous allons procéder en deux temps. Un premier temps avec une table ronde plutôt axée sur la qualité de vie au travail au plus près du terrain.

3.1 Quelles réalités au cœur du fonctionnement des services et de la relation aux patients ?

Christian REVEST

Cette table ronde est composée de Caroline Robert, responsable qualité, qui est fortement intervenue dans cette démarche. Elle est responsable Qualité à la clinique Vontes et Champgault. Laëtitia Bernadou, qui prend le virage ambulatoire évoqué par Madame la ministre. Elle est cadre de santé dans un HAD à Béziers. Et Aurélie Etienne, du centre hospitalier du Havre, qui est agent de service hospitalier.

Assia MILAN

L'objectif de cette première table ronde est d'échanger avec vous sur différents aspects. D'une part, vous présenter plus en détail et, d'autre part, découvrir quelles questions concrètes de qualité de vie au travail vous avez choisi de traiter, d'aborder dans le cadre des démarches. Cette démarche QVT vous a-t-elle permis ou non de discuter autrement du travail et a-t-elle réinterrogé l'approche managériale ? Caroline Robert, pourriez-vous vous présenter brièvement et décrire les actions menées. Il me semble que vous avez particulièrement travaillé sur l'administration des médicaments et les transmissions d'informations entre infirmières de jour et de nuit.

Caroline ROBERT, responsable qualité, clinique Vontes et Champgault, région Centre

Notre clinique est un établissement privé de psychiatrie générale pour adultes. Nous faisons partie du groupe INICEA qui comprend 11 établissements en France de psychiatrie. Notre capacité d'accueil est de 135 lits sur des sites distincts et nous accueillons environ 1 200 patients par an. Les deux thématiques traitées lors de ces clusters étaient donc l'administration des médicaments et les transmissions entre les équipes de jour et de nuit. Pourquoi ces deux thématiques ? Lorsque nous avons interrogé nos professionnels sur leurs besoins et leurs difficultés en vue du regroupement de nos deux sites, ils ont mis en évidence le stress que cela engendrait par rapport à l'ergonomie du poste pour l'administration des médicaments et l'insatisfaction des patients par rapport à l'attente nécessaire pour obtenir leur traitement. Et concernant les transmissions, ils ont mis en avant les interruptions de tâches du fait des différents passages ou demandes des patients.

Assia MILAN

Et vous avez situé les questions d'organisation du travail en lien avec la qualité de vie au travail en amont de votre projet de regroupement ?

Caroline ROBERT

Tout à fait. Quand nous avons demandé aux professionnels de définir leurs besoins, nous avons surtout travaillé sur les conditions de travail et sur le bien-être de nos professionnels.

Assia MILAN

Sur les actions menées, quel lien faites-vous concrètement avec la question de la qualité des soins pour illustrer l'articulation entre qualité de vie au travail et qualité des soins ? Ce travail a-t-il permis de lier les deux ?

Caroline ROBERT

Il y a forcément un lien. Par rapport à l'administration des médicaments, le risque peut être l'erreur médicamenteuse, et par rapport aux transmissions, le risque peut être la perte d'informations primordiales entre les équipes de soins.

Assia MILAN

Le fait de positionner cette question en préfiguration d'un regroupement et d'intégrer la qualité de vie au travail au projet global d'établissement est tout à fait intéressant. Aurélie Etienne, je vous propose de présenter votre service et votre fonction. Il me semble que vous avez profité d'un audit réalisé sur le parcours patient pour redéfinir les actions d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Aurélie ETIENNE, agent des services hospitaliers, centre hospitalier du Havre

Je travaille à l'hôpital de jour pluridisciplinaire de l'hôpital du Havre. Suite à un audit, nous avons, dans le cadre de la mise en place d'une salle surnommée Gamma, discuté avec l'équipe et l'encadrement pour faire des soins courts afin d'éviter d'amener le patient dans une chambre éloignée de la salle de soins. Cette salle est située à proximité de la salle de soins, ce qui permet au patient de gagner du temps puisque tout est fait en amont, et les infirmières n'ont plus à courir à l'autre bout du couloir, sachant que l'hôpital de jour du Havre était anciennement un service traditionnel et que les pièces ne sont donc pas adaptées au fonctionnement d'un hôpital de jour.

Assia MILAN

Cette action s'inscrit donc aussi dans le cadre du développement de l'activité ambulatoire dans les établissements et des problématiques qu'elle pose. Vous avez travaillé sur l'aménagement des espaces mais aussi sur la coordination et la programmation.

Aurélie ETIENNE

Tout à fait. La coordination et la programmation sont faites en amont pour que les infirmières n'aient plus à s'occuper que du patient et n'aient plus à gérer tout l'aspect administratif qui est fait quelques jours avant par la programmation coordination.

Assia MILAN

Sur ces deux exemples d'action très concrète, quelle articulation avec la qualité des soins ? En quoi votre retour d'expérience aujourd'hui sur ces deux actions vous prouve que cela améliore à la fois la qualité de votre travail et la qualité des soins ?

Aurélie ETIENNE

Déjà le retour au niveau des patients qui peuvent faire autre chose dans leur journée puisqu'ils savent qu'ils ne passeront pas une matinée ou une après-midi entière dans l'établissement, et au niveau de nos collègues également car moins de stress dans la mesure où elles ne sont plus obligées de courir, elles savent que le patient est là, il y a une petite salle d'attente, une salle pour le geste et même pour le médecin qui sait où se trouve son patient et n'a pas besoin de rechercher dans les plannings. Tous les acteurs s'y retrouvent et même les ASH puisqu'il n'y a pas à refaire un lit. Nous faisons des réunions au cours desquelles on propose, on essaie, on voit si cela marche ou pas, et si cela ne marche pas, on revient en arrière. Ce n'est pas figé. Il est toujours possible de rediscuter avec la cadre du service, le médecin coordonnateur.

Assia MILAN

Laëtitia Bernadou, pouvez-vous présenter votre action particulière sur la question des tensions entre infirmières coordinatrices et libérales ?

Laëtitia BERNADOU, cadre de santé, Béziers HAD

Je suis cadre de santé dans un petit établissement autonome, Béziers HAD. Nous vivons le virage ambulatoire puisque nous avons nourri notre activité en très peu de temps, ce qui peut générer aussi beaucoup de tension au sein de la structure, une réorganisation. Nous avons participé à un cluster régional et nous avons très vite identifié avec mon équipe ce qui ne faisait pas qualité de vie au travail. C'était le relationnel avec les infirmières libérales. Mon équipe est composée d'infirmiers de coordination, et ce sont exclusivement les infirmières libérales qui font les soins. Nous avons besoin de ces partenaires de proximité mais nos relations étaient assez conflictuelles au moment de la création de l'HAD. Il a été nécessaire, tout d'abord, de travailler sur le premier contact de façon à harmoniser le discours puis d'inciter la collaboration. L'HAD est soumis à de nombreuses réglementations dues à la complexité des soins pratiqués à domicile et les infirmières sont plutôt des actrices libres. Ce sont deux mondes qui se rencontrent et qui étaient en difficulté. Mais notre objectif est commun, garantir la sécurité des soins auprès de chaque patient. Faciliter cette mise en relation est important car il faut favoriser la communication pour avoir des informations essentielles en temps et en heure concernant le patient.

Assia MILAN

Et dans votre problématique de développement de l'activité, cette communication est d'autant plus importante ?

Laëtitia BERNADOU

Tout à fait, pour avoir des partenaires prêts à collaborer avec nous.

Assia MILAN

Concrètement, vous avez travaillé sur la construction d'une trame d'entretien ?

Laëtitia BERNADOU

Avec l'aide de notre psychologue, nous avons travaillé sur une trame d'entretien téléphonique pour harmoniser le discours en utilisant les bons mots, pour être dans la collaboration et pas dans l'imposition du travail. Au premier appel de coordination, l'infirmière pouvait être perdue car susceptible de recevoir beaucoup de négativité, et grâce à cette trame, elle a su rebondir. Et elle l'utilise encore. Cela a permis de faciliter ce premier contact.

Assia MILAN

Etes-vous en mesure de dire aujourd'hui que ce travail sur la relation entre infirmière libérale et infirmière coordinatrice a un impact sur la qualité des soins ?

Laëtitia BERNADOU

Oui, comme je l'ai dit, il faut un bon relationnel, elles sont collaboratrices, on a besoin de l'infirmière libérale et de son retour d'information pour avoir une prise en charge globale et efficace. Nous n'avons pas travaillé uniquement cette trame, nous avons pris le temps d'identifier, à chaque étape du processus de prise en charge, quels étaient les leviers et les freins à cette relation. Nous avons commencé par le premier contact téléphonique.

Assia MILAN

Vous faites le lien avec cette deuxième question de la table ronde qui porte sur la manière dont vous avez, les uns et les autres, été amenés à discuter du travail avec les équipes. Christophe Massot a parlé tout à l'heure de la discussion collective sur les détails de l'activité. Comment vous y êtes-vous prise, Laëtitia Bernadou, pour discuter de ces nouvelles façons de faire et les définir ? Vous avez évoqué des groupes de réflexion animés par la psychologue.

Laëtitia BERNADOU

Le pilotage est assuré par le directeur de la structure, avec qui, nous avons organisé des réunions QVT. Tout d'abord, nous avons présenté la démarche du cluster régional et avons sollicité leur adhésion. La première étape a été de détailler le relationnel avec les infirmiers libéraux. La psychologue a été identifiée comme le pilote du groupe pour mener les entretiens et les travaux sous forme de jeu de rôle avec une trame que nous avons construite ensemble.

Assia MILAN

Auréliette Etienne, vous avez dit que vous discutiez en équipe, que vous faisiez des essais, avec des retours en arrière si nécessaire. Comment discutez-vous du travail et comment avez-vous défini ces nouvelles organisations ?

Auréliette ETIENNE

Nous avons des réunions de service, c'est-à-dire que la cadre nous réunit toutes, coordination programmation IDE et ASH, puis elle définit les sujets à traiter, après quoi nous discutons entre nous, nous échangeons, avec toujours la possibilité de revenir en arrière si cela ne convient pas. Nous avons fait beaucoup de réunions.

Assia MILAN

C'est-à-dire qu'en tant que membre de l'équipe, vous participez ?

Auréliette ETIENNE

En hôpital de jour, on a la "chance" de pouvoir essayer mais on ne nous impose pas. Nous travaillons ensemble. Il s'agit de réfléchir pour qu'il y ait une qualité de vie au travail pour les soignants, pour le patient et donc pour que tout le monde y trouve son compte. Et le médecin coordinateur fait le relais auprès des autres médecins quand quelque chose ne va pas.

Assia MILAN

Cette question du management de proximité est double, le côté cadre et le côté médecin. Est-ce qu'il est important pour vous d'avoir cet appui du médecin coordonnateur ?

Auréliette ETIENNE

Oui, parce que nous nous sentons soutenus. Etant donné que c'est un service pluridisciplinaire, il y a environ 30 médecins qui passent régulièrement, mais parfois ils ne voient pas les choses de la même façon que nous, et le Docteur Bonnet intervient quelquefois en interpellant ses collègues pour leur proposer de revoir le fonctionnement qui n'est pas confortable ni pour l'infirmière ni pour le patient.

Assia MILAN

Dans le cadre du cluster, vous avez également eu des réunions avec la direction. Est-ce que c'est quelque chose d'habituel ? Qu'est-ce que cet échange direct avec la direction vous a apporté au niveau du service ?

Auréliette ETIENNE

Voir les acteurs des deux médecines de jour lui a peut-être permis d'entendre les acteurs principaux des services. Il est ouvert à la discussion et il a été à l'écoute.

Assia MILAN

Cela a permis un dialogue direct avec votre direction sur ce sujet ?

Auréliette ETIENNE

Tout à fait.

Assia MILAN

Caroline Robert, vous avez pris, je crois, la posture de tiers naïf dans le cadre de votre démarche pour animer ensuite vous-même des groupes de travail.

Caroline ROBERT

Exactement. J'ai réalisé un diagnostic dans une des unités de soins, de 6 à 9 heures du matin pour noter toutes les tâches qui étaient réalisées et les informations que pouvaient me transmettre les professionnels sur les difficultés rencontrées. Tout cela a ensuite été analysé en groupe de travail avec des infirmiers de jour et de nuit, notre pharmacien, la coordinatrice des soins et moi-même. Ce groupe a pu proposer des axes d'amélioration qui ont été ensuite testés pendant 15 jours.

Assia MILAN

Je crois que dans votre établissement, vous avez déjà une culture de discussion et d'échange ?

Caroline ROBERT

Les professionnels sont impliqués dans les différentes instances de la clinique. Ils ont l'habitude d'échanger sur leurs pratiques afin de les faire évoluer. C'est ancré depuis toujours dans la culture de l'établissement ! La direction facilite leur participation en dégageant du temps pour qu'ils puissent être présents à ces espaces de discussions.

Assia MILAN

Est-ce que vous avez un compte temps ?

Caroline ROBERT

Lorsque nous fixons nos réunions de travail, nous faisons en sorte qu'elles correspondent au planning et qu'il y ait suffisamment de professionnels dans les services.

Assia MILAN

Le développement de la démarche qualité de vie au travail a-t-il réinterrogé le management ?

Caroline ROBERT

En ce qui nous concerne, il n'y a pas eu véritablement de ré-interrogation, mais plutôt un renforcement de notre management participatif et collectif.

Assia MILAN

Et des formations ou des accompagnements sont-ils prévus également pour les managers dans le cadre de votre démarche ? Comment se transmet cette culture managériale ?

Caroline ROBERT

Il y a des formations régulières, notamment des responsables de service sur le management.

Assia MILAN

Il reste une question sur l'axe de la formation pour favoriser la pérennisation de ce type de démarche. Aurélie Etienne, sur la question du management, vous qui êtes managée, est-ce que le développement de la qualité de votre travail a changé quelque chose pour vous en termes de management ou est-ce que vous aviez déjà un management qui intégrait cette notion ?

Aurélie ETIENNE

J'ai connu deux hôpitaux de jour et je constate une différence. J'ai été reclassée et je n'ai plus les mêmes fonctions, mais nous sommes acteurs, nous ne sommes pas spectateurs. Nous sommes heureux de venir travailler, nous ne subissons pas. Le fait de pouvoir facilement discuter avec le cadre, sans appréhension, participe à la qualité de vie professionnelle et personnelle.

Assia MILAN

Et cela contribue à votre qualité de vie au travail ?

Aurélie ETIENNE

Oui, cela en fait partie aussi puisque même les patients le ressentent. Quand ils viennent, ils nous disent que nous avons toutes le sourire, que nous sommes accueillantes. Pour eux, c'est important.

Assia MILAN

Et vous, Laëtitia, comment percevez-vous votre rôle dans ce type de démarche et comment l'avez-vous vécue ?

Laëtitia BERNADOU

J'ai un directeur qui me suit, qui porte les mêmes valeurs, qui est sensible au bien-être de ses salariés. Je suis à l'HAD depuis deux ans, et j'ai connu précédemment une direction qui ne suivait pas du tout les valeurs de bien-être. J'ai été moi-même dans une position inconfortable au travail. Je pense que la première des choses, c'est d'aimer son travail, y aller avec plaisir et le faire avec envie. En tant que manager, je reste vigilante vis-à-vis de mes équipes, même si ce n'est pas toujours facile avec les surcroûts d'activité.

Assia MILAN

On a évoqué tout à l'heure du rôle de l'encadrement de proximité à la fois entre les équipes et la direction. Dans votre relation avec la direction, il y a aussi quelque chose d'important qui se joue ?

Laëtitia BERNADOU

Oui. Mon directeur cherche aussi la performance, mais je pense que c'est lié. Le bien-être au travail induit la performance. Donc tout le monde s'y retrouve.

Assia MILAN

Et concernant la dimension de management participatif, c'est quelque chose que vous aviez déjà auparavant au travers de ces groupes, ou est-ce que c'est quelque chose que vous avez également renforcé ?

Laëtitia BERNADOU

C'est quelque chose qui est mis en place désormais, c'est-à-dire que lorsqu'un problème émerge, on va libérer un espace de parole et l'étiqueter comme réunion QVT. Ces valeurs n'étaient pas répertoriées et c'est maintenant beaucoup plus simple. Au niveau des instances, nous rentrons dans un processus de certification et lorsque nous avons des réunions, nous savons les définir comme réunion QVT cela parle désormais à tout le monde dans notre structure.

Assia MILAN

Du coup, tout le monde met la même chose derrière. En quoi finalement, la qualité de vie au travail vous permet-elle de changer par rapport à ce que vous faisiez habituellement dans vos structures ?

Caroline ROBERT

Cela a changé notre regard sur le fait que les actions sur l'organisation du travail et donc les moyens d'agir peuvent être vraiment recherchés à la source, c'est-à-dire auprès des professionnels de terrain. C'est ce que nous avons fait quand nous leur avons demandé de définir leurs besoins et leurs difficultés par rapport à ce regroupement futur.

Assia MILAN

Il faut donc impliquer les professionnels le plus en amont possible dans les organisations ?

Caroline ROBERT

Exactement. Nous aurions pu réunir les responsables de service pour définir de nouveaux fonctionnements, mais nous avons souhaité vraiment partir des besoins réels des professionnels pour ensuite mener une réflexion QVT.

Assia MILAN

Aurélien Etienne, en quoi cette démarche permet-elle de faire différemment ?

Aurélien ETIENNE

On part des besoins pour pouvoir travailler dessus et non l'inverse. On n'impose pas, ce n'est pas aux professionnels de s'adapter. Si je prends l'exemple de la coordination, on est parti des besoins de la coordinatrice, puisque maintenant les rendez-vous ne sont plus notés sur papier, tout est informatisé, pour pouvoir faire un outil facile et accessible. On part du besoin du professionnel.

Laëtitia BERNADOU

Effectivement, on cherche à adapter le travail et non pas le professionnel.

Assia MILAN

Merci pour ces témoignages et retours d'expérience. J'ouvre le débat et les échanges avec l'assistance. Avez-vous des questions, des commentaires ou des témoignages à apporter ?

Questions de la salle

Mme CAILLET

Je suis DRH sur Paris en établissement centre de dialyse. De la même manière que nous avons des heures de délégation pour les représentants du personnel, du temps pour qu'ils fassent leur travail, vos directions vous ont-elles accordé du temps, par exemple six heures par mois, par catégorie professionnelle, pour pouvoir mener ces travaux ou faut-il trouver ce temps dans le temps des réunions habituelles de service ?

Aurélië ETIENNE

J'ai participé à ces réunions le plus souvent possible et on ne m'a pas imposé un temps maximum, par exemple une demi-heure et pas plus. Si je devais les faire passer sur mes heures de travail, c'était rajouté sur mon badgeage.

Laëtitia BERNADOU

Nous sommes une petite structure et nous nous sommes adaptés par rapport à notre temps de travail. De toute façon, nous n'avions pas les moyens de faire un compteur temps.

Caroline ROBERT

C'est un peu la même chose pour nous. Nous avons fait avec les professionnels qui étaient sur place. Quand il y avait des réunions avec les infirmières de nuit, nous les faisons juste après leur nuit pour ne pas avoir à les faire revenir. Cela a rajouté des heures à certains professionnels, mais pour les autres, c'était sur leur temps de travail.

De la salle

Quelle méthodologie avez-vous utilisée pour recueillir les besoins et les difficultés des salariés de votre établissement ? Combien avez-vous de salariés ?

Caroline ROBERT

Nous avons une centaine de salariés. C'est un représentant du personnel et notre adjointe de direction qui sont allés voir chaque équipe afin d'échanger sur leurs besoins et difficultés.

De la salle

Vous avez-vous-même fait des observations ?

Caroline ROBERT

Avant le test des différentes solutions proposées par le groupe de travail, j'ai réalisé un diagnostic, ce qui a permis de compléter les données recueillies.

Assia MILAN

Selon les établissements, les régions, des outils variés de recueil ont été mobilisés. Véronique Ghadi a évoqué le reportage photo réalisé dans certains établissements, d'autres ont mis en place des espaces de discussion spécifiques animés soit par des chargés de mission de l'Aract ou des personnes ressources internes, ou des outils comme la boussole etc.

Merci aux trois intervenantes pour leurs témoignages. J'appelle pour la prochaine table ronde le Docteur Thierry Le Brun, Mathieu Forgeat et Nathalie Millet.

Véronique GHADI

Je vous propose de voir un second film de l'Aract Ile-de-France qui présente l'outil reportage photo dont une fiche technique est aujourd'hui mise en ligne sur le site de la HAS.



3.2 Quelles réalités dans l'inscription stratégique et pérenne de l'établissement ?

Christian REVEST

Ce film est très intéressant et très riche. C'est ce que nous entendons souvent dans les entretiens. Nous avons eu des témoignages du déploiement de ces démarches dans des termes très concrets, qu'il s'agisse des questions opérationnelles qui ont été posées, des solutions qui ont été imaginées, de cette capacité à réfléchir, à expérimenter, à parler des détails de l'activité. Nous allons maintenant passer à un autre niveau de ces démarches QVT et regarder du côté de la stratégie de l'établissement, de sa gouvernance, réfléchir à ce qui pousse les décideurs, en premier lieu la direction, la DRH souvent, mais aussi les acteurs de la décision que sont les représentants du personnel, à s'engager dans ce type de démarche.

Assia MILAN

Les participants de cette seconde table ronde sont Nathalie Millet, secrétaire adjointe du CHSCT du centre hospitalier du Vésinet, Mathieu Forgeat, qui est directeur de la clinique de l'Angélus à Marseille, et le Docteur Thierry Le Brun, qui est médecin gériatre coordonnateur au sein de l'EHPAD La mémoire des ailes à Marche prime en Aquitaine.

Christian REVEST

Nathalie Millet, en tant que représentant du personnel, on est pris dans un jeu peut-être, on a une posture, on appartient à une ou plusieurs instance(s), on est parfois dans une logique syndicale et on reçoit du jour au lendemain une information sur un cluster qui se met en place. Qu'est-ce qui vous a poussée à écouter et entendre cette idée et à vous y engager activement, puisque vous êtes une importante cheville ouvrière avec la DRH de votre établissement.

Nathalie MILLET, secrétaire adjointe CHSCT, centre hospitalier du Vésinet

La démarche qualité de vie au travail existait déjà dans notre établissement puisqu'elle figurait dans le projet social 2010-2015 du fait que nous avons passé la certification en 2014. Nous avons commencé à réécrire le projet social l'an dernier, et nous voulions laisser une plus grande place à la qualité de vie au travail, notamment du fait de la situation actuelle, puisque cette année nous sommes confrontés, comme d'autres SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), à de nombreux changements : Intégration dans un GHT, nous commençons un plan d'économie, nous passons le virage ambulatoire, nous augmentons notre service de neurologie et, au passage, nous attendons la DMA (Dotation Modulée à l'Activité). Il nous a donc paru important d'essayer de trouver des axes de travail prenant en compte tous ces changements pour aussi bien accompagner les agents que leur permettre de participer et de s'exprimer. Parallèlement, nous avons travaillé sur une procédure de gestion de projets permettant aux gens de s'exprimer et de participer activement. Pour moi, la qualité de vie au travail restait quelque chose d'assez

abstrait, je ne voyais pas trop comment la mettre en pratique, et j'étais surtout à la recherche de méthodologies et d'outils permettant de mettre cette démarche en pratique au sein de l'établissement et de mieux accompagner les agents. C'est à ce moment-là que nous avons reçu l'appel à candidature pour le cluster et c'était une chance. On a jugé qu'il serait intéressant d'y participer, même en tant que représentants du personnel CHSCT, pour comprendre ce qu'était la qualité de vie au travail, comment la mettre en place, pour être accompagné par l'Aract, et trouver des outils, des méthodes pour aider le personnel à mieux appréhender et vivre ces changements.

Christian REVEST

Première brique, le projet social, avec une dimension QVT, puis un contexte de multi projets dans lequel cette démarche peut apporter un appui, avec l'Aract comme soutien méthodologique. Mathieu Forgeat, dans votre clinique à Marseille, vous prenez la direction, vous rencontrez un contexte particulier, et le cluster arrive apparemment à point nommé.

Mathieu FORGEAT, directeur, clinique de l'Angelus, Marseille

Tout à fait. Je suis arrivé en 2015 à la clinique l'Angélus, établissement de soins de suite et de réadaptation spécialisée dans la prise en charge des patients atteints de pathologie cancéreuse, et principalement onco-hématologique. En 2015, le contexte social de l'établissement m'a poussé à me pencher sur cette question de la qualité de vie au travail étant donné que ce contexte assez compliqué avait amené le personnel à se mettre en grève. Le conseil d'administration a alors décidé de changer de directeur. Ma voie était toute tracée, il fallait que je m'attèle à regarder ce qui se passait du côté du personnel étant donné que celui-ci avait clairement dit à la gouvernance de l'association qu'il y avait un besoin de recentrer l'attention de la direction sur le personnel : la place au personnel dans les discussions sur l'organisation n'était pas forcément quelque chose "d'inné" mais qu'il y avait une réelle volonté de la reconnaître comme telle. Nous nous sommes interrogés sur cette question de la qualité de vie au travail.

J'insisterai sur un point qui me semble important, à savoir que si la qualité de vie au travail saute aux yeux à un moment comme outil ou comme solution, il est important, avant de la mettre en réflexion et en œuvre, de bien connaître l'établissement ou du moins l'avoir bien cerné. La qualité de vie au travail n'était pas forcément une thématique prioritaire pour certains. Pour autant, je pense que pour une majorité elle devient un élément évident. Quoi qu'il en soit, il faut avoir un certain recul sur son organisation, avoir fait un tour assez exhaustif et complet pour pouvoir la mettre en place de manière efficace. Nous avons essayé, grâce à ce cluster, mais aussi grâce aux entretiens professionnels, de mieux connaître nos salariés et moi-même de mieux connaître les salariés et leurs attentes.

C'est à ce moment-là que je me suis rendu compte que la qualité de vie au travail, au-delà d'un simple "postulat", était quelque chose d'attendu et d'évident. Mais ce n'est pas parce que c'est évident théoriquement que ça l'est dans la pratique. Une bonne intention ne produit pas forcément les fruits attendus. Grâce à ce cluster, à l'accompagnement de l'Aract, nous avons donc essayé de réfléchir à la manière de mettre en place une politique QVT de manière pérenne. Comme cela se pratique assez souvent dans nos établissements sanitaires, pour montrer aux salariés que cette question était vraiment importante pour nous, nous avons mis en place une commission Qualité de vie au travail, nous en avons fait une instance reconnue comme telle, comme toutes les autres instances de l'établissement. Nous avons donc créé une instance avec des représentants, des plans d'action, des comptes rendus, pour dire que la QVT est désormais reconnue institutionnellement dans l'établissement. Et nous avons ensuite travaillé en parallèle avec l'Aract sur des questions macro pour définir et remettre du sens dans notre travail et celui des salariés. Les salariés nous ont dit que cette réflexion était une bonne chose, mais ils veulent du concret, savoir comment la qualité de vie au travail se concrétise pour eux, par nos décisions, par leurs idées, et comment elle améliore leur activité au quotidien. J'insiste sur l'importance qu'il y a à bien connaître la structure et à être pratico-pratique pour avoir une porte d'entrée efficace et crédibiliser le discours, le message.

Christian REVEST

Dans un contexte social compliqué, on peut mettre en place une démarche de qualité de vie au travail, y compris quand les relations sociales sont tendues. C'est un outil qui peut recréer du lien et permettre de fonder les regards sur le travail et son organisation, avec une maîtrise de la situation. On voit que cela fait naître des attentes quant à la traduction sur le terrain. Vous avez souligné la question de la pérennisation. Elle est importante. Il faut poursuivre, pérenniser, il faut du temps, des moyens, des ressources internes peut-être. Docteur Le Brun, vous faites de la qualité des soins au quotidien.

Thierry LE BRUN, Médecin Coordonnateur EHPAD la Mémoire des ailes

La démarche chez nous n'était pas QVT, nous ne savions même pas ce que c'était, et nous ne sommes pas entrés dans la démarche par l'acronyme QVT. Ce qui nous importait, c'était la qualité des soins. Notre établissement a ouvert en 2010. Il a la particularité d'accueillir une grosse majorité de malades souffrant d'Alzheimer et présentant des troubles apparentés, et encore plus présentant des symptômes psycho-comportementaux, sachant que nous avons une grosse unité protégée de 28 résidents, soit la moitié de l'établissement. L'EHPAD a ouvert avec des médecins novices, dont je faisais partie, avec du personnel novice, de l'encadrement novice, et donc avec une qualité des soins moyenne, pour ne pas dire lamentable, mais aussi la volonté de toujours faire mieux. En chemin, nous avons perdu du personnel qui s'est épuisé à la tâche. En 2013, nous avons eu la chance de rencontrer, par l'intermédiaire de l'ARS d'Aquitaine, Nicole Poirier qui a organisé un colloque à Bordeaux, et qui est l'instigatrice de l'approche Carpe Diem à Trois-Rivières au Québec. L'équipe d'encadrement fonctionnel, c'est-à-dire le médecin coordonnateur, la psychologue et l'Iddec, est allée dans ce colloque et ce fut une révélation. Après cela, nous étions convaincus de la direction à prendre en matière de soins dans notre établissement, et nous avons dit à notre directrice que c'était ce qu'il fallait faire, et elle nous a écoutés. Puis elle a obtenu les financements, le temps nécessaire pour le faire. Du coup, c'est inscrit dans notre projet d'établissement. Nous avons formé l'intégralité de notre personnel, soignant et non-soignant à l'approche Carpe Diem qui consiste à partager une vision sur ce que sont les malades souffrant d'Alzheimer et troubles apparentés. Le fait de ré-humaniser des personnes qui ne disparaissent plus derrière leur maladie. Carpe diem signifie "saisis le temps présent", c'est-à-dire que le passé n'existe plus dans ce type de maladie, on ignore ce que sera le futur, il faut donc vivre le moment présent et faire partager cette approche à tout le monde.

Cette approche a donc été parfaitement intégrée au sein de l'établissement et à la fin de la période de formation de l'intégralité du personnel, nous avons mesuré le retentissement sur les résidents. En fait, ils étaient beaucoup mieux soignés. Pour mesurer, nous avons le NPI-ES, l'inventaire neuropsychiatrique utilisé pour mesurer les troubles du comportement, et le ES au bout pour équipe soignante. Cette mesure très subjective permet de mesurer le retentissement sur les équipes soignantes. Et on s'est rendu compte que lorsque les résidents étaient mieux soignés, les équipes soignantes allaient mieux. L'Aract Aquitaine nous a contactés par l'intermédiaire de l'ARS pour nous proposer d'intégrer un cluster QVT pour partager notre expérience et c'est pourquoi je suis là aujourd'hui.

Christian REVEST

C'est une très belle expérience qui répond à de nombreuses questions, notamment sur le lien avéré entre les différents éléments. Nous avons un autre mode d'entrée qui est Carpe Diem. Ce mode d'entrée pourrait être le projet social comme au Vésinet, ou la certification, dans laquelle se greffe la démarche du cluster QVT. Et puis ce lien qui se construit à grand renfort de formation entre la qualité des soins, les compétences du personnel, dans l'ensemble des métiers, pour mieux travailler et mieux soigner les patients.

En tant que décideur, une fois la démarche mise en place, quelle expérience en tire-t-on ? Est-elle utile, reproductible ? Travaille-t-on différemment dans les instances avec les personnes que l'on a côtoyées dans des groupes de travail inter-fonctions ? Nathalie Millet, quelle expérience dégagez-vous en tant que représentante du personnel en matière de conduite des projets de changement ?

Nathalie MILLET, Secrétaire adjointe CHSCT, centre hospitalier du Vésinet

Participer au cluster a permis d'échanger que ce soit avec les médecins ou avec la direction. Chez nous, la Direction est assez ouverte, et de nombreux échanges se font avec les instances. Cela permettait aussi de toucher au médical, sachant qu'il n'est pas toujours facile de discuter avec les médecins, d'échanger, cela ne se fait pas spontanément. Nous avons donc pu échanger à trois. Nous avons fait l'expérimentation, un retour a été fait en présence des cadres, des médecins, sur les propositions qui avaient été faites par le personnel. Nous nous sommes ensuite réunis en petit comité, c'est-à-dire les médecins, les responsables des services concernés, la direction et moi-même en tant que représentante du personnel. Nous avons revu l'ensemble du document, les propositions ont été transformées en plans d'action, des pilotes de ces plans d'action ont été désignés. La direction et les cadres se sont proposés spontanément. Ils ont pris ce travail à bras le corps, ils gèrent la plupart des actions mais en coordination avec les médecins. Nous sommes là en tant qu'instance pour échanger, accompagner, rappeler que certaines propositions sont peut-être très bien, mais qu'elles doivent passer en instance, alerter sur les conséquences éventuelles de certaines propositions. En tant que représentant du personnel, notre vision

peut être différente, nous regardons quels sont les intérêts des agents, quels peuvent être les impacts aussi bien sur la prévention, sur leur santé psychologique, sur leur santé physique. Par exemple, une des propositions était de pouvoir travailler depuis son domicile pour faire des saisies PMSI, ce qui peut avoir un impact sur la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Nous avons convenu de voir ce point ultérieurement. Il s'agit ensuite d'expliquer aux agents pourquoi cette proposition a été mise de côté pour l'instant. Nous sommes là aussi pour les protéger, pour les accompagner, pour leur montrer qu'il y a des choses qu'ils ne voient pas.

Christian REVEST

En tant que représentant du personnel, quand on est dans un comité de pilotage de cette démarche, vit-on des choses différentes que lorsque l'on est en CHSCT ou dans une autre instance représentative, accède-t-on à d'autres personnes ? Est-on plus entendu ?

Nathalie MILLET

On est davantage dans de la co-construction dans l'intérêt des agents, et en partant des besoins des agents. Habituellement, on nous présente les actions mises en place, on nous demande notre avis, nous regardons et nous donnons un avis. Alors que là, nous construisons avec, c'est-à-dire que les trois parties sont présentes, la discussion et les échanges se font, et au final nous aboutirons à quelque chose qui aura été réfléchi avec l'ensemble. Pour moi, cela peut prévenir les risques psychosociaux et les impacts négatifs éventuels. Je suis présente justement pour cet intérêt que nous avons d'échanger directement avant et pendant.

Christian REVEST

Comment se fait le lien avec les instances ?

Nathalie MILLET

Je suis mandatée par le CHSCT. Il y a deux syndicats à parité égale. Nous sommes partis du principe qu'étant là pour les agents et pour porter leur parole, nous discutons et nous nous mettons d'accord. Je suis mandatée pour m'occuper de la qualité de vie au travail, je fais des retours en réunion entre nous, et après les retours se font sur les avancées, les projets, au niveau du CHSCT en grande instance plénière.

Christian REVEST

Avoir mené ce projet avec davantage d'interaction entre les cadres, les médecins et les représentants du personnel est une nouveauté. Et quel est le bilan ?

Nathalie MILLET

Je pense que c'est une méthode très intéressante car elle permet vraiment d'entendre toutes les parties, de prendre en compte les agents et leurs besoins. Sans tomber dans l'utopie, si nous l'avons inscrit dans le projet social, c'est parce que nous aimerions que cette méthode soit intégrée dans la pratique de tous les jours, aussi bien dans le management que dans la gestion de projet, que nous soyons dans la co-construction de quelque chose pour le bien-être des agents et des patients.

Christian REVEST

La QVT n'est pas quelque chose de plus, c'est quelque chose de transverse qui doit être intégré dans les différentes décisions.

Nathalie MILLET

Tout à fait, et je pense que cela permet aussi d'avoir un autre regard aussi sur les instances, sur les représentants du personnel, comprendre qu'ils ne sont pas uniquement là pour s'opposer mais qu'ils sont là pour discuter. Parfois on nous dit des choses qu'on ne va pas répéter, mais parfois nous conseillons les directions sur la manière d'intervenir.

Christian REVEST

Et il y a de l'écoute. Un changement de regard sur les représentants du personnel et puis peut-être une écoute qui s'infléchit aussi.

Nathalie MILLET

On le voit actuellement surtout au niveau de la direction des soins où le CHSCT est beaucoup plus consulté qu'avant, et où les échanges se font en amont et pas directement en instance. Nous sommes contactés en tant que représentants au CHSCT, mais en dehors de l'instance.

Christian REVEST

C'est à la portée de beaucoup d'établissements, et ce dialogue social se nourrit au quotidien sur cette base d'un échange sur le travail, avec un espace de discussion soutenu par l'Aract Ile-de-France.

M. Forgeat, vous nous avez dit qu'il fallait connaître sa maison avant de se lancer dans ces démarches, que vos cadres étaient mouvementés dans cette situation. Quel bilan faites-vous aujourd'hui ? Que vous a appris ce type de cluster en tant que directeur ?

Mathieu FORGEAT

Il s'agit de mettre en avant cette thématique de la qualité de vie au travail avec le personnel, mais cela nécessite un travail important en amont d'explication. Le fait d'avoir participé au cluster et d'avoir été accompagné par l'Aract nous a permis de mettre en place un processus d'accompagnement de cette démarche pour éviter de faire naître de faux espoirs, qui est un des écueils importants de cette démarche.

Christian REVEST

Quand on est directeur, faire naître auprès de son personnel de faux espoirs, dire que l'on va repeindre tout en rose avec la QVT et ne pas tenir parole, est un souci personnel ?

Mathieu FORGEAT

La QVT, c'est un peu la hotte du Père Noël pour certains. Il faut repréciser un peu les choses, dire pourquoi on le fait, dans quel sens on va, avec quel objectif, toujours dans un processus remontant. Il est effectivement important d'inscrire les thématiques de la qualité de vie au travail dans nos différentes instances pour en faire une thématique récurrente, réfléchie collégialement. Dans nos établissements, nous avons beaucoup d'instances, en créer une nouvelle pouvait paraître lourd, mais l'objectif était d'irradier à travers cette instance toutes les autres instances, faire en sorte qu'à chaque réunion les thématiques de qualité de vie au travail soient abordées, que l'on se repose la question de la place du personnel et de l'impact que pouvait avoir telle ou telle décision sur le personnel en termes de qualité de vie au travail.

Christian REVEST

Voyez-vous des changements chez vos représentants du personnel ? Peut-être voient-ils des changements chez vous avec le temps, avec la pratique de ces démarches.

Mathieu FORGEAT

Pour ma part, le travail n'est pas très compliqué étant donné le contexte social quand je suis arrivé, et redonner la parole était déjà un pas en avant. Pour autant, la QVT en tant que telle a permis de mettre le personnel au centre de nos préoccupations par l'intermédiaire des professionnels, mais surtout par l'intermédiaire de leurs représentants. Parler aux représentants du personnel, qu'il s'agisse du comité d'établissement, du CHSCT, des délégués du personnel, de cette thématique a permis de leur démontrer que c'était une thématique importante et qu'il fallait la traiter sérieusement et honnêtement avec eux. Et comme nous le faisons de manière récurrente, avec des actions concrètes, c'est une dynamique vertueuse qui essaime peu à peu et trouve une certaine efficacité.

Christian REVEST

Docteur Le Brun, quel bilan faites-vous en matière de conduite de projet, de participation au cluster avec ce mode d'entrée un peu particulier qu'a été celui de votre établissement ?

Thierry LE BRUN

La démarche n'est pas terminée, mais le bilan que je fais à ce jour est que cela a été un des éléments de la continuité et de la pérennisation de notre approche. S'inscrire dans la démarche que nous avons initiée avec la formation de tous représente un coût financier énorme, qui a englouti deux années de budget de

formation. Faire des réunions quotidiennes est très chronophage et donc coûte de l'argent. On connaît aussi la fragilité du dispositif, car très dépendant des personnes impliquées. Au départ, les personnes impliquées étaient les cadres intermédiaires, nous n'étions donc que trois, il ne fallait surtout pas que nous nous épuisions. La directrice a suivi, ce qui est déjà beaucoup. S'inclure dans la démarche de l'Aract d'Aquitaine a donc été et reste pour nous un élément de pérennisation, et surtout a permis un retour vers le personnel pour leur démontrer que ce que nous avions fait était utile, donnait du sens. J'insiste sur ce point car dans le management, qu'il soit fonctionnel ou hiérarchique, on est trop souvent dans une démarche utilitaire, c'est-à-dire que l'on donne des ordres, si vous les exécutez, vous avez la carotte et si vous ne les exécutez pas vous avez le bâton. C'est très schématique, mais c'est souvent le cas, et les relations avec certaines instances, notamment le CHSCT, pourraient dégénérer assez facilement. Nous sommes dans une logique participative incluse dans l'approche Carpe Diem. Faire un retour aux équipes pour leur montrer le bien-fondé de la démarche et le fait qu'elle soit reconnue par les instances régionales a permis de valoriser le travail et permet au personnel d'avancer.

Nous sommes donc allés un peu plus loin. Nous avons maintenant des intervenants du Canada qui viennent travailler en immersion chez nous, nous attendons d'en envoyer là-bas, mais cela coûte cher. La démarche se poursuit, tout le monde se l'est appropriée, mais tout cela reste très fragile, beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte, notamment le facteur financier et le facteur temps, on sait que les établissements pour personnes âgées dépendantes nécessitent toujours plus de moyens. Les moyens, c'est important, mais il faut savoir les organiser derrière.

Christian REVEST

Nous abordons le troisième thème, celui de la pérennisation de ce type de démarche. Vous avez donné les ingrédients, c'est-à-dire qu'il faut du temps, des moyens. Vous avez évoqué des éléments de pérennisation, Nathalie Millet. C'est déjà bien posé dans le projet social, cela rentre dans la certification, mais encore ? Au quotidien, peut-on penser que les futurs projets de vos établissements auront une tonalité ou une méthodologie QVT ?

Nathalie MILLET

C'est passé dans le projet social qui a été accepté, c'est donc institutionnalisé. J'ai évoqué la formalisation d'une procédure gestion de projet qui inclut un axe QVT. Cette procédure est utilisée dans l'établissement, sachant qu'elle permet de faire participer les agents, de recueillir leurs besoins, et d'avoir des échanges avec les instances. Cela fonctionne, même si c'est sans doute perfectible. Nous avons encore eu un exemple récemment où on nous a expliqué une démarche qui avait déjà été vue avec les agents, le CHSCT a fait des retours, et ils sont en train de revoir le projet en prenant en compte les retours que nous leur avons faits. Nous sommes allés voir les agents pour en discuter avec eux. On sent qu'il y a une réflexion derrière et une volonté de faire participer les agents dès le départ.

Christian REVEST

L'outil est la procédure de consultation des agents que vous avez mise en place et l'intégration dans les projets.

Nathalie MILLET

Oui, à ce niveau-là, mais sur l'aspect beaucoup plus institutionnel, c'est surtout le projet social. Au tout début du cluster, on nous avait demandé de lister toutes les actions que nous avons mises en place ou que nous souhaitions mettre en place dans le cadre de la qualité de vie au travail, et c'est ce que nous avons fait. Au final, nous nous en sommes beaucoup servis pour le projet social. En fait, notre projet social, c'est beaucoup de la qualité de vie au travail. A un niveau un peu plus proche des unités, l'expérimentation portait sur la neuro. Elle est toujours en cours, le plan d'action est en cours, on ne peut donc pas vraiment faire un bilan, si ce n'est que les cadres des deux unités, qui sont pilotes, s'en sont emparé, ce sont d'ailleurs plutôt eux qui nous rappellent gentiment que nous sommes en retard sur le calendrier. Ils ont compris l'utilité que pouvait avoir ce document rédigé par les agents, avec leurs propositions, et cela leur permet de travailler sur quelque chose de concret issu des agents.

Christian REVEST

Ils n'ont pas vécu ce document comme une remise en question, quelque chose de critique, d'attentatoire.

Nathalie MILLET

C'est un peu compliqué, car c'est le premier et on ne sait pas trop à quoi s'attendre. Quand vous dites aux cadres, aux médecins, que les agents vont travailler entre eux, qu'ils vont apprendre le résultat en réunion, ce peut être un peu compliqué. Logiquement, ils connaissent le contexte de leur unité, ils sont au courant des dysfonctionnements même si cela n'a pas été formalisé. J'étais présente quand le cadre a reçu le document (nous avons fait le choix de l'envoyer aux participants la veille de la réunion), et ce fut un petit choc. Vous pensez que vous faites les choses correctement pour votre unité et que les gens ont bien compris, mais quand vous lisez un document de quinze pages dans lequel il est question de votre type de management ou d'éléments que vous ne connaissiez pas, c'est un peu difficile. Je ne sais pas ce qui est le mieux, le découvrir avant la réunion quand vous êtes seul ou pendant la réunion devant tout le monde. Aussi, je tiens à alerter sur l'intérêt voire la nécessité de penser à accompagner les acteurs qui reçoivent l'information (cadres, médecins,...) et d'en prévoir, en amont, les conséquences psychologiques. En tout cas, une fois qu'ils ont eu pu prendre de la distance, ils ont trouvé la démarche intéressante et l'ont prise à bras le corps puisqu'ils travaillent dessus en partenariat avec les médecins. Et les agents ont eu pour une fois l'impression d'avoir été entendus et que les choses pouvaient aller plus loin parce que c'était institutionnalisé, et que des actions allaient pouvoir être mises en place. Après, ce n'était que sur une unité d'un service complet en cours de réorganisation. A un an de la réorganisation, la direction des soins a souhaité faire un bilan. Au départ, elle était partie sur uniquement un petit questionnaire, nous lui avons proposé de mettre en place ce nouvel outil, mais elle a estimé que c'était un peu prématuré et il manquait quelqu'un pour animer l'espace de discussion.

Christian REVEST

Quelle solution se présente ?

Nathalie MILLET

Il faut trouver une personne en qui la direction et le personnel vont avoir confiance, qui connaît l'établissement mais qui n'est ni juge ni partie, c'est donc un peu compliqué. Nous avons envisagé de voir si au sein du GHT il n'y aurait pas quelqu'un capable d'animer cet espace de discussion, mais nous n'en sommes qu'au tout début. Pour revenir sur l'évaluation, nous avons pu discuter avec la direction des soins, le questionnaire sera quand même utilisé, nous y avons modifié deux ou trois choses, mais ce n'est pas avec un questionnaire que l'on peut montrer aux agents qu'on reconnaît leurs difficultés. Ce n'est pas la méthode qu'ils attendaient. Nous avons pu obtenir qu'un membre de la direction des soins soit présent dans le service en observateur. L'évaluation, ce ne sera pas l'espace de discussion ou un « Vis mon métier » tel que conseillé par l'ARACT, mais ce sera entre les deux et cela permettra aux agents de s'exprimer.

Christian REVEST

Ce n'est pas la méthode type qui était souhaitée, mais on progresse dans le sens des détails de l'activité et surtout de l'intégration aux différents niveaux, et de l'implication des cadres dans la mise en œuvre des plans d'action. Mathieu Forgeat, sur le devenir de cette démarche, vous avez souligné la question du temps et des moyens.

Mathieu FORGEAT

Institutionnellement, nous avons décidé de marquer notre engagement fort dans cette thématique en créant une instance, en la dotant de moyens spécifiques. Nous avons rédigé un projet spécifique de notre futur projet d'établissement renouvelé. Pour pérenniser la démarche, il faut ne pas négliger les cadres intermédiaires, cadres de proximité, qui sont le relais sur le terrain et le réceptacle des problématiques des personnels. L'aspect formation est important, je ne l'ai pas aujourd'hui au sein de ma structure, mais je sens que c'est un élément important, parce que tout le monde adhère à la thématique de la qualité de vie au travail. Ensuite, quels outils intermédiaires donner aux cadres intermédiaires pour créer cette émulation et faire vivre concrètement cette qualité de vie au travail auprès des salariés ? C'est une vraie question pour nous. L'encadrement intermédiaire est un élément essentiel pour pérenniser notre action.

Christian REVEST

Docteur Le Brun, l'avenir ?

Thierry LE BRUN

L'avenir est devant nous. Carpe Diem, c'est le temps présent, on va donc sortir un peu de Carpe Diem, même si nous y sommes toujours. A l'intérieur de l'établissement, nous continuons à progresser dans cette démarche car nous n'avons pas fait un copié-collé de ce qui se fait au Canada. Le dernier exemple de mise en place est ce qu'ils appellent le « quart-arrière » au Canada, « quarter back ». Pour les amateurs de football américain, c'est celui qui distribue les ballons. Chez nous, cela n'évoquait pas grand-chose, et nous l'avons appelé « l'agent 007 » dans notre établissement, donc un agent très spécial. L'agent 007 est un soignant qui le jour où il travaille se met en situation d'étonnement, c'est-à-dire qu'il va



se positionner un peu différemment par rapport aux autres et va s'étonner de ce qui se fait pour justement essayer de progresser dans la manière de faire. Il va s'interroger, par exemple, sur les raisons pour lesquelles Madame Michu porte son chapeau aujourd'hui alors qu'elle ne le porte pas habituellement. Ensuite, lors de nos réunions quotidiennes sur les prises en soins des résidents, l'agent 007 va se mettre en situation au niveau de ses pairs, sachant qu'il n'y a pas de notion hiérarchique, et que c'est d'ailleurs assez bien vécu. Donc, cela fonctionne plutôt bien, nous continuons à avancer dans la démarche qualité.

Au niveau de l'externe, nous avons envie de devenir contagieux, parce que nous considérons que cela marche plutôt pas mal, et nous avons rendez-vous après-demain avec un autre établissement, situé à une dizaine de kilomètres de chez nous, qui est intéressé par notre démarche et qui veut voir comment nous pouvons travailler ensemble, éventuellement mutualiser du personnel, faire des échanges etc. Il y a donc une espèce de réseau d'établissements qui se crée et nous espérons que cela rejoindra un peu le domicile également. Nous allons essayer de devenir un pôle ressource dans ce type de démarche, et à ce titre, l'ARS lance un appel à projet.

Questions de la salle

Catherine CORNIBERT

Je dirige les actions et la communication de l'Association SPS, Soin aux Personnels de Santé, qui accompagne et soutient les professionnels de santé rendus vulnérables. Je souhaitais savoir si dans vos clusters, vous aviez pu constater un impact de la qualité de vie au travail par rapport à la santé des soignants et dans quel cadre vous aviez pu mesurer cet impact, sachant que les soignants sont rendus vulnérables à la fois par l'épuisement professionnel et par le management dans une équipe.

Thierry LE BRUN

Oui, et cela a été une surprise sur le travail d'épidémiologie que j'ai fait, mais pas uniquement. C'est-à-dire que nous avons mesuré l'absentéisme et le turnover, sachant que le turnover du personnel soignant dans les EHPAD, et notamment des aides-soignants, est assez faramineux. Sur les deux dernières années, hormis les arrêts maternité et éventuellement quelques accidents du travail relativement bénins, nous sommes descendus très en dessous de la moyenne départementale au niveau du taux d'absentéisme. Et au niveau du turnover, je pense que les deux derniers départs sur les deux dernières années sont des départs en retraite.

De la salle

Le CHST a effectivement un rôle important, de même que l'intégration de la démarche QVT dans votre projet social. J'aimerais savoir de quelle façon les membres de votre commission QVT ont été choisis et quel type de formation ont suivi tous les personnels.

Mathieu FORGEAT

La composition de notre commission est assez simple. Une fois expliqué pourquoi la mise en place de cette démarche et le besoin d'une instance, nous avons lancé un appel à candidature auprès du personnel pour que l'ensemble du personnel de l'établissement soit représenté et que tous les corps de métier puissent s'exprimer librement dans cette instance.

Christian REVEST

Vous êtes attentif à la position de votre encadrement intermédiaire, vous entendez répondre à ce besoin par des formations, c'est en cours de définition, d'examen, de recherche de moyens.

Mathieu FORGEAT

Pour tempérer l'effet magique de la QVT, et a priori la formation y est pour beaucoup, je dirais qu'une démarche QVT est un vrai changement de mode de management et de mode de réflexion dans nos établissements. Je pense que cela bouscule pas mal de personnels pour qui, même s'ils réclament du changement, c'est parfois un peu compliqué à accepter ou du moins à comprendre. Si nous devons nous baser que sur l'absentéisme, nous n'avons pas encore noté d'effet magique et miraculeux de la mise en place de la démarche QVT. Pour autant, si on doit analyser l'absentéisme, on constate que l'on a des absentéismes de longue durée sur du personnel qui était là depuis déjà un moment et qui a peut-être plus de mal ou que nous avons mal accompagné dans ce changement, et voir l'établissement évoluer dans son mode de management et dans sa réflexion est peut-être un peu compliqué. Nous avons moins d'arrêts maladie anarchiques de courte durée. Nous avons un effet positif, mais sur le nombre de jours d'arrêt maladie aujourd'hui, ce n'est pas flagrant.

Thierry LE BRUN

La formation est le nœud du problème. Il est primordial de former les équipes quelles qu'elles soient. La formation fait vraiment partie de la base de la qualité de vie au travail. Si l'on veut donner du sens à son travail, il faut passer par la formation, et la formation continue ce n'est pas du « one shot », les formations doivent être axées sur ce dont on a besoin, et elles doivent valoriser. Quand elles donnent du sens à votre travail et que vous êtes mieux dans votre travail, cela va mieux. Ce n'est pas forcément diplômant, même si l'on peut se poser la question de la progression au sein des établissements une fois les formations acquises. Pour ce qui est de notre formation spécifique, les grandes lignes sont d'abord partager une vision commune qui est de ré-humaniser les résidents, les patients. Quand on est médecin, on ne parle plus du malade Alzheimer, mais de l'Alzheimer et donc les gens disparaissent derrière leur maladie, ce qui est tout à fait horrible. Donc ré-humaniser les patients, dire que ce sont des gens comme les autres, qui vivent, qui mangent, qui ressentent des émotions, qui pleurent, et qui, par ailleurs, souffrent de la maladie d'Alzheimer.

Ensuite, il y a les compétences, le savoir, savoir ce qu'est une maladie apparentée. Cela semble évident pour les médecins, encore que, mais cela l'est peut-être un peu moins pour les aides-soignantes et les infirmières, et pour l'homme d'entretien, c'est la nébuleuse, alors que chez nous il a été formé comme les autres parce qu'il est en relation avec le patient quand il va changer l'ampoule dans sa chambre ou réparer la fuite du lavabo. Donc compétences, savoir, savoir être, savoir-faire. Il faut également agir en constance et en cohérence, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'avoir des activités dépendant des équipes qui passent et qui se succèdent tous les jours. L'implication des familles est essentielle. On accueille des personnes qui ont également un entourage et dans ce type de maladie, l'entourage est très important, souvent en souffrance, et nous devons les accueillir de la même manière. Et puis le type de management qui ne doit pas être pyramidal mais horizontal, et dans toutes les prises de décision, chacun a sa pierre à apporter à l'édifice et tout le monde se sent à égalité. Nous avons tous nos compétences, nous sommes tous à égalité, nous avons tous nos particularités et nous apportons tous quelque chose à la prise de décision.

Christian REVEST

Je remercie Nathalie Millet, Mathieu Forgeat, Thierry Le Brun.

4. Nouvelle dimension du dialogue social

Véronique GHADI

Pour rappel, nous avons ce matin beaucoup partagé autour des expériences de démarche de qualité de vie au travail mises en place dans les établissements dans le cadre des clusters, et nous l'avons fait notamment avec les acteurs qui les ont mises en œuvre, suivies ou accompagnées. Au démarrage, les hypothèses de cette expérimentation étaient de trois ordres. Tout d'abord, montrer que cela améliore à la fois le quotidien des professionnels, mais également la qualité des soins. Avec les témoignages de ce matin et l'analyse des chercheurs, on peut raisonnablement faire l'hypothèse qu'un investissement sur le sujet aide à faire bouger les lignes et commencé à transformer nos organisations. Nous vous proposons d'examiner cet après-midi deux autres hypothèses au cours des deux tables rondes qui vont suivre. Première hypothèse, montrer que c'est un objet du dialogue social et que d'investir sur la qualité de vie au travail permet de renforcer ce dialogue social. Deuxième hypothèse, considérer que la qualité de vie au travail ne peut pas uniquement être portée à l'échelle de l'établissement, que l'établissement s'inscrit dans un maillage territorial et qu'à ce titre, c'est aussi au niveau du territoire et de la région que les démarches de qualité de vie au travail et leur déploiement doivent être pensés.

Je vous propose de commencer par la table ronde sur le dialogue social. J'invite Julien Pelletier, responsable de la qualité de vie au travail à l'Anact qui va animer cette table ronde à laquelle participent Nathalie Pain, Cécile Kanitzer et Agnès Ricard-Hibon. En attendant, je vous propose de regarder un film.



Julien PELLETIER, Anact

Je vous propose un petit tour de table afin de vous présenter.

Agnès RICARD-HIBON, porte-parole des organisations syndicales médicales du comité partenaire

Je suis chef de service d'un Samu en Ile-de-France et je représente l'organisation professionnelle nationale des Samu Urgences de France.

Nathalie PAIN, porte-parole des organisations syndicales du comité paritaire

Je vais parler au nom de l'ensemble des organisations syndicales qui ont participé au comité de pilotage à la Haute Autorité de Santé depuis 2010, CFDT, CGT, FO, CFTC, CFE-CGC.

Cécile KANITZER, porte-parole des fédérations d'établissements de santé du comité paritaire

Je suis en charge du conseil paramédical pour la Fédération Hospitalière de France et je suis surtout la porte-parole des employeurs dans le même groupe et je représente la FHP, FNEHAD, et la FHF. Je veillerai à porter la parole de tous, mais mes collègues compléteront si j'ai oublié quelques mots-clés que nous avons convenus ensemble.

Julien PELLETIER

Nous allons donc traiter du dialogue social qui concerne les questions de stress, de troubles musculo-squelettiques, d'égalité professionnelle, de transformation, de GHT, de télétravail, de droit à la déconnexion, de rémunération, d'horaires de travail, de temps partiel etc. Des dizaines de chercheurs travaillent sur le stress depuis cinquante ans et ne savent pas encore très bien de quoi il s'agit. Il existe des dizaines de troubles musculo-squelettiques, dont les causes de quelques-uns ont été trouvées. L'égalité professionnelle est un sujet qui date de quelques millions d'années, et ce n'est pas terminé, et on demande aux acteurs sociaux de négocier des accords à ce sujet, de trouver des solutions. On met la barre très haut et ce qui est demandé aux acteurs du dialogue social est surhumain. Et on leur demande de s'occuper de la qualité de vie au travail dans des contextes de restructuration, de réduction budgétaire, de numérisation, d'exigences croissantes des patients. Nous allons donc traiter de ces questions, voir comment ils font pour répondre à toutes ces questions dans le secteur de la santé.

J'aimerais que vous nous citiez un ou deux exemples que vous avez vécu dans le cadre de clusters ou d'expériences professionnelles ou personnelles, et qui renverraient au dialogue social de qualité.

Cécile KANITZER

J'ai pris un exemple du privé et un du public. A travers ces deux exemples, je souhaite pointer l'importance du portage institutionnel, de l'engagement politique sur un territoire, stratégique au niveau des établissements, l'engagement d'une direction. S'il n'y a pas cet engagement dans la gouvernance, dans le pilotage des établissements, des dirigeants sur le sujet, il est clair que les professionnels auront du mal à suivre. L'autre point est l'impact de ces démarches sur les postures managériales, qu'elles soient intermédiaires ou de proximité. Les cadres sont assez souvent la cible des dysfonctionnements mais ce sont aussi ceux qui vont porter l'évolution des organisations internes et qui sont en capacité d'animer la mise en œuvre des démarches QVT, notamment des espaces de discussion. Investir en les cadres est essentiel, car cela montre qu'on peut les soutenir dans un contexte assez complexe, mais aussi parce qu'ils sont tellement en proximité ils peuvent porter l'ensemble des agents et faire le lien sur la ligne hiérarchique, pyramidale, mais aussi fonctionnelle.

Le troisième point est de réaliser ensemble l'expérience de la transformation, comme le montre l'exemple d'un établissement qui a construit une représentation très opérationnelle de ce que pouvait être la QVT. Aujourd'hui, nous sommes tous convaincus du bien-fondé de la QVT, nous avons tous des exemples, mais cela fait un moment que nous nous posons la question de savoir ce qu'est concrètement la QVT. Il faut faire ensemble l'expérience de la QVT d'où l'importance d'un cadre méthodologique.

Agnès RICARD-HIBON

Nous nous sommes engagés dans un projet PACTE, programme d'amélioration continue du travail en équipe. Au Samu, la coopération entre les assistants de régulation médicaux qui décrochent le téléphone et le médecin qui fait une régulation médicale a lieu au quotidien, à chaque instant, et la qualité de la communication entre les ARM et les médecins est un point essentiel de qualité et de sécurité des soins, et un point essentiel en cas de dysfonctionnement sur les risques médico-légaux et les plaintes, avec parfois des conséquences dramatiques. Nous nous sommes donc engagés dans ce projet parce qu'il y avait des difficultés de communication avec les ARM qui avaient peur de se faire réprimander par les médecins, les médecins qui étaient mécontents du manque d'homogénéité des pratiques au niveau des ARM. Nous avons clairement identifié des difficultés de communication qui avaient eu des impacts sur le médico-légal.

Nous avons réussi à motiver la direction. Le projet a été piloté par la DSI et la direction de la Qualité. Le fait que ce soit un projet en partenariat avec la HAS est un point important car cela donne une méthodologie et un soutien un peu institutionnel. Mais j'ai surtout expliqué à la direction qu'en améliorant la communication entre les deux professionnels, on diminuait le risque de plaintes, de conséquences médico-légales, et on améliorait la qualité des soins. Les médecins étaient l'autre catégorie à motiver, sachant qu'ils s'intéressent peu à la QVT et ne consacrent pas beaucoup de temps à ces réunions un peu éloignées de leur cœur de métier. Nous avons pu démontrer comment ce projet PACTE pouvait clairement améliorer la qualité des soins au quotidien. Nous n'avons pas multiplié les réunions car c'est très chronophage, ce qui empêche les médecins de s'engager. Nous avons organisé simplement trois réunions d'équipe. C'était très incitatif, c'est-à-dire qu'il fallait émarger et faire en sorte que la majorité des médecins soient présents, et les ARM ont tous répondu. Avec une implication très forte du cadre de proximité. En revanche, nous avons informé les partenaires sociaux, qui ont regardé le projet mais n'étaient pas

présents aux réunions. L'objectif était que ceux qui ne s'expriment pas ou peu puissent s'exprimer dans des groupes restreints, ce qui a marché. Les ARM et les médecins ont échangé sur la manière dont ils vivent au quotidien, par exemple, un médecin bougon à qui ils ont peur de transmettre une information à trois heures du matin, ou encore le volume sonore très important dans la régulation et le fait que les ARM transmettaient les informations au-dessus des ordinateurs plutôt que par téléphone. Ce travail a abouti à des propositions très créatives et à des décisions dès lors que cela n'impliquait pas un budget trop important. Cela a donc permis de la créativité dans les idées mais aussi des prises de décision en réunion sur la façon d'améliorer des détails que l'on n'avait pas forcément identifiés, comme améliorer le niveau sonore, la concentration par rapport à la réception du message donné par l'ARM, mais également la protection des personnels, sachant que lorsqu'ils parlaient au-dessus des ordinateurs, ce n'était pas enregistré, alors que lorsqu'ils parlaient dans les téléphones avec une amélioration des écouteurs, c'était enregistré, ce qui pouvait les protéger.

Ce projet a bien fonctionné, (même si nous n'avons pas été extrêmement rigoureux dans le rendu à la HAS), que ce soit sur l'amélioration des indicateurs qualité sur le temps de prise d'un appel, (sachant que nous étions très éloignés du standard qui consiste à décrocher en moins d'une minute 99 % des appels), ou que ce soit sur la diminution très sensible des arrêts maladie de courte durée des ARM. Nous avons gagné pratiquement un équivalent temps plein. Les médecins ont appris à mieux écouter les ARM et ont compris que le fait d'être souriant, par exemple, de regarder les ARM dans les yeux en leur parlant, était important. Nous avons fait tout un travail sur la communication verbale et non-verbale entre médecins et ARM.

Julien PELLETIER

Nathalie, nous nous disions au téléphone l'autre jour que la démarche qualité de vie au travail était l'occasion de renouveler les jeux de posture ou les jeux d'acteur dans le dialogue social. Pouvez-vous nous en dire quelques mots.

Nathalie PAIN

J'aimerais souligner l'intérêt des clusters, intérêt que nous avons éprouvé au sein de la HAS et du comité de pilotage, c'est-à-dire que les travaux du cluster permettent de sortir de ce jeu de posture. Posture des employeurs, posture des représentants du personnel. C'est une démarche apprenante. Par exemple, quand on est dans un établissement, l'organisation syndicale ou les représentants du personnel demandent des choses, l'employeur n'est pas d'accord, on sort l'arme fatale qui est l'expertise du CHSCT, qui va finir au fond d'un tiroir. L'approche qualité de vie au travail avec l'aide des clusters a permis à des gens de se parler et de parler du travail. Les petits détails sont la réalité du travail. La question est maintenant de les faire perdurer dans les établissements, de pérenniser les démarches et de les faire rentrer dans le quotidien des établissements.

Julien PELLETIER

Sur le fonctionnement quotidien, une notion a été abordée ce matin par Cathel et Christophe, celle de dialogue professionnel. L'hypothèse de l'Anact est que le dialogue social est insuffisant aujourd'hui pour traiter la complexité des problèmes et les incertitudes auxquelles doivent faire face les établissements de santé. Il peut être renforcé par le dialogue professionnel. Qu'y a-t-il derrière ce terme dialogue professionnel ? Quel sens lui donnez-vous ?

Nathalie PAIN

Le sens que nous lui donnons, c'est donner la parole et donner une place à chacun des professionnels quels qu'ils soient. On a beaucoup parlé ce matin de l'encadrant dit de proximité. Effectivement, il a un rôle majeur puisque c'est lui qui va organiser en partie le travail, qui va faire les plannings par exemple. Il faut donner à cette personne le temps nécessaire, les marges de manœuvre nécessaires pour faire ce travail d'organisation. On a évoqué la formation sur la QVT ce matin. Je dirais plutôt l'appropriation de ce qu'est la QVT. La formation peut être un moyen de se l'approprier, mais ce n'est pas le seul. Les clusters y participent, l'expérimentation y participe, car on apprend aussi de ses erreurs. L'expérimentation, c'est oser y aller, c'est oser tester, savoir revenir en arrière quand on constate que cela ne fonctionne pas, accepter de faire des erreurs et apprendre de ses erreurs. Le rôle de l'encadrant est majeur. Le rôle des professionnels a été largement évoqué ce matin et nous sommes tout à fait d'accord, il n'y a qu'eux qui connaissent le travail réel, il n'y a que ceux qui le font vraiment qui peuvent aller dans les détails de cette

réalité de l'activité et échanger entre eux, débattre, discuter, pour trouver des pistes d'amélioration et des solutions.

Les instances représentatives du personnel doivent, selon nous, avoir un rôle d'impulsion de ces démarches, de suivi, savoir proposer plutôt que constamment dénoncer, être force de proposition. Il doit y avoir un lien entre le dialogue des professionnels et les instances représentatives du personnel qui interviennent dans un cadre réglementaire. Il y a donc une articulation à trouver entre les deux. Autre acteur essentiel dans les établissements de soins et médico-sociaux, c'est le corps médical qui, pour nous, doit s'impliquer dans ces démarches QVT. Ils ont un rôle de commanditaire et doivent accepter de parler du travail et de la réalité du travail avec l'ensemble des professionnels dans les établissements. Quand les médecins ont réussi à parler de ces questions avec les professionnels et qu'ils arrivent à se comprendre, cela permet de modifier concrètement les choses en matière de qualité de vie au travail.

Julien PELLETIER, Anact

Je vous laisse réagir pour confirmer ou non.

Agnès RICARD-HIBON

Je suis d'accord avec ce qui vient d'être dit. Je n'avais pas présenté le projet sous l'axe de la qualité de vie au travail, car ce n'était pas totalement ancré dans mon esprit au départ, mais plutôt sous l'axe du travail en équipe et qualité des soins. Nous sommes partis de situations concrètes du quotidien, ce qui a permis d'avoir l'adhésion du personnel médical en plus du personnel paramédical.

Julien PELLETIER, Anact

L'importance du quotidien plutôt que des théories. Ce matin, on a évoqué ce réflexe que l'on voit souvent dans l'entreprise qui consiste à former surtout les managers de proximité. C'est le revenu principal des consultants depuis plus d'un siècle. Je mettrai l'accent sur l'expérimentation qu'a évoquée Nathalie. La formation s'appuie sur le registre cognitif, mais quand on est dans l'expérimentation, dans l'action, on s'approprie dans ses schémas de pratique ce qui marche et ce qui ne marche pas. On ne saurait trop souligner l'importance de l'expérimentation et du droit à l'erreur. Agir sur le cognitif est un domaine dans lequel les Français sont très forts. Des formations, des diagnostics, des rapports de causalité, etc. Transformer les pratiques est une autre histoire. Il y a sans doute encore du chemin à faire.

Agnès RICARD-HIBON

On n'a pas formé le cadre, on a formé du personnel avec un logiciel de simulation en régulation où les gens se sont réécoutés, et en particulier dans l'interaction ARM-médecins. Les médecins ont réécouté la façon dont ils parlaient, dont ils transmettaient les messages. Et c'est ce qui a le mieux marché.

Julien PELLETIER

Sur le registre du cognitif, vous êtes très forts. Sur l'expérimentation et les pratiques, il y a encore des marges de progrès. Et il y a le registre du pouvoir. Lorsque quelqu'un dit qu'il a créé un comité QVT, il a créé une nouvelle instance, c'est-à-dire qu'il a modifié l'équilibre du pouvoir. Il faut être capable d'agir sur ce registre, sereinement, rationnellement. On crée de nouveaux "machins" qui vont transformer l'équilibre du pouvoir, et si l'on n'y parvient, on n'arrivera pas à transformer les choses. Le cognitif ne suffit pas. Comment mesure-t-on la qualité du dialogue social ?

Nathalie PAIN

La question est complexe. Si je reste dans le rôle stricto sensu des représentants du personnel, une de leurs missions est d'arriver à négocier des accords qui vont permettre d'améliorer des choses. Un des critères d'évaluation peut être l'effectivité de la mise en place de ces accords, leurs effets concrets sur les situations de travail. La réduction des conflits peut être aussi un des critères d'évaluation de la qualité du dialogue social. La diminution de l'absentéisme peut être un critère d'effectivité, non pas de la qualité du dialogue social en lui-même, mais du travail qui a été fait pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels. Sur la qualité du dialogue social, c'est arriver à se dire des choses en sortant des jeux de posture.

Julien PELLETIER

Comment les fédérations d'employeurs mesurent-elles la qualité du dialogue social ? Avez-vous des indicateurs partagés avec les organisations syndicales ?

Cécile KANITZER

Nous partageons beaucoup de choses. Je vais me permettre un clin d'œil historique. Il y a trente ans, quand j'ai commencé à travailler à l'hôpital, nous avions des espaces de discussion, des réunions pluridisciplinaires, des temps de régulation, des échanges d'information, nous étions capables d'échanger sur le contenu du travail sans avoir besoin d'une régulation, d'une interface avec les organisations syndicales, nous étions capables de nous dire les choses directement et de décider ensemble sans passer par des instances dès lors que cela ne relevait pas impérativement de leurs compétences. Aujourd'hui, nous sommes dans une démarche générale de QVT où on se dit qu'il nous faut de l'expérimentation, de l'engagement institutionnel, de la méthode, etc. Et on définit quelque chose que nous avons déjà fait il y a longtemps, sauf que l'on a un peu perdu parce qu'on s'est enlisé dans plein de choses, parce qu'à un moment donné tout est devenu sur de l'indication de dialogue social, avec des formations initiales de cadres qui n'ont pas été relookées depuis vingt ans, et des cadres en difficultés incapables d'animer correctement une réunion d'équipe, incapables d'avoir une dynamique d'équipe qui va définir des organisations internes sans passer par un ordre du jour CHSCT, etc.

J'insiste sur le fait que l'expérience décrite aujourd'hui, que nous souhaitons mener ensemble, et j'en suis ravie, puisse être mise en œuvre de façon solidaire. Plutôt que dialogue social et dialogue professionnel, peut-être faut-il parler de dialogue interne. Je pense que nous devons arrêter ces cloisonnements qui sont parfois source de conflit entre les représentants du personnel et les encadrants, ce qui va permettre d'associer très spontanément les médecins, et de penser une démarche pluridisciplinaire avec des indicateurs qui vont au-delà du dialogue social, avec des temps de régulation d'équipe et, pourquoi pas, des temps de convivialité, ou des temps d'information partagés.

Je terminerai sur la question du temps de travail. Quelqu'un posait ce matin la question de savoir s'il y avait un temps prédéfini pour faire de la QVT. Evidemment non, on ne l'a pas défini, mais faisons-en un indicateur, car le temps que l'on y consacre va peut-être témoigner de notre investissement sur le sujet et dans ce cas, identifions peut-être cela a posteriori pour en faire quelque chose qui ne va pas devenir un objectif. Je pense que l'on aura tout perdu si l'on fait de la QVT un objectif. L'objectif, c'est d'intégrer dans toutes les pratiques professionnelles, quels que soient les niveaux, quelque chose qui fait que l'on travaille ensemble sur le contenu du travail et surtout pour répondre à une finalité qui est la prestation que l'on doit rendre, ou du soin ou autre.

Julien PELLETIER

Nous avons parlé de la certification rapidement ce matin, il y a aussi les accords collectifs, les chartes, le code du travail, les normes professionnelles, donc une multiplicité de sources de normes. Comment articulez ces différentes sources, laquelle est la plus importante ?

Cécile KANITZER

Les sources s'auto-classent toutes seules, elles n'ont pas toutes la même valeur. Pour nous, l'indicateur commun est quand même le projet d'établissement qui est la synthèse de l'intégration des normes. Il donne des orientations à plusieurs niveaux, stratégiques mais aussi très opérationnelles, qui vont de toute façon intégrer la question des normes. Pour éviter de s'y perdre, il est peut-être bon de se centrer sur le projet d'établissement qui est, de plus, un document de conception partagée, issu d'une démarche participative, et qui est une belle synthèse des priorités à mettre en place notamment par rapport à cette question des normes. Mais le véritable enjeu, c'est l'intégration du projet d'établissement dans les pratiques professionnelles, dans la réalité de tous les jours. Donc comment j'intègre tout cela dans la pratique professionnelle de tous les agents. Il est évident que le cadre de proximité a un rôle majeur, c'est en tout cas à lui de jongler avec tous ces enjeux. Nous aurons gagné quand chaque professionnel se sentira directement concerné par ce projet d'établissement. En tout cas, c'est un beau levier.

Julien PELLETIER

Quels pourraient être, selon vous, les outils, les pratiques utiles pour les démarches de qualité de vie au travail ?

Agnès RICARD-HIBON

Dédier du temps à ces démarches est un élément essentiel. Le territoire permet d'améliorer un certain nombre de choses et notamment les filières de soins et ce peut être un des indicateurs. La coopération entre professionnels, entre plusieurs établissements, l'amélioration des filières peuvent être un des indicateurs. C'est ce que nous avons observé en créant une équipe territoriale d'urgentistes entre l'hôpital pivot et l'hôpital périphérique. Du fait que ce soit une équipe territoriale, il n'y a plus a priori selon lequel l'hôpital périphérique fait moins bien que l'hôpital pivot. Le gros inconvénient dans l'organisation GHT est que le temps dédié à la communication est restreint au minimum car on ne peut pas être partout, et forcément quand on est sur du bi-site, voire du tri-site, à diriger une équipe territoriale, les gens sont frustrés. Dans les organisations, il faut donc déléguer des gens en local pour assurer cette qualité de communication et ce travail sur la QVT, et accepter le fait que les personnels, et en particulier les médecins, ne peuvent pas toujours forcément avoir accès au chef. Il faut donc mettre en place des organisations dans lesquelles il y a des managers locaux qui ont du temps dédié à cela pour améliorer la qualité de la communication et porter les projets, notamment QVT, et qualité des soins qui vont avec.

Nathalie PAIN

Chacun d'entre nous, acteurs dans les établissements, soyons convaincus de la nécessité et de l'utilité de travailler ces questions de qualité de vie au travail. Je suis partisane aussi de parler de qualité de vie au travail et de la notion du travail bien fait. Que chacun des partenaires dans les établissements soit convaincu que se préoccuper de ces questions est un investissement qui va permettre d'améliorer le fonctionnement des établissements, la qualité du travail, la qualité des soins, la qualité des services. Ce matin, quelqu'un est intervenu pour dire que l'on cherche depuis des années à améliorer les conditions de travail. Jusqu'à présent nous avons une approche par la gestion du risques, prévenir les risques. La démarche qualité de vie au travail n'est pas exactement cela, c'est le renouvellement d'une approche qui se veut systémique et qui doit s'intégrer parfaitement dans les projets d'établissement, de service. Pour nous, organisations syndicales, il faut que nos représentants dans les établissements s'approprient aussi cette démarche. Au niveau national, nous avons pu le faire grâce aux travaux que nous avons menés à la HAS et ailleurs, aux échanges que nous avons pu avoir entre nous, et cette phase doit être menée au niveau local. Il faut que nos représentants dans les établissements comprennent ce qu'est la QVT, se l'approprient, acceptent que les professionnels puissent s'exprimer sur ce qui fait QVT pour eux, car ce qui fait QVT dans tel service ne fait pas forcément QVT dans tel autre.

Il y a plusieurs années, on ne parlait pas encore de qualité de vie au travail. Pour exemple, une équipe de représentants du personnel dans un établissement a développé un outil pour faciliter le dialogue dans le cadre de leur mission au CHSCT. Lors de leur tournée dans les services, ils distribuent un document qui permet aux salariés de recenser ce qui pose problème pour eux et de commencer à réfléchir à des pistes de solutions. C'est ensuite transmis au CHSCT qui peut alors, en s'appuyant sur la parole des professionnels faire des propositions de solutions. Quant au bout de quelques mois, les salariés n'ont pas vu les représentants du CHSCT, ils viennent tirer la sonnette parce qu'ils ont des choses à dire. Cette expérimentation fonctionne et tout le monde, y compris les cadres, la direction attend le retour de cette expression.

Une autre pratique à développer peut être la négociation d'accord de méthode. Il consiste à dire comment nous, partenaires dans l'établissement, allons travailler cette question de la QVT dans l'établissement, dans le service. Nous nous mettons d'accord sur une méthode. Ce peut être la création d'une commission ad hoc, ou si une problématique est soulevée dans un service, se mettre d'accord pour en parler et trouver des solutions via un groupe d'expression. Cet accord de méthode va permettre de se donner les moyens, les outils, la méthode, pour changer les choses, les faire évoluer, en ayant tous en tête le même objectif, qui est de rendre le meilleur service, le meilleur soin dans de bonnes conditions d'exercice professionnel.

Julien PELLETIER

La question de la pérennité a été évoquée à plusieurs reprises ce matin. Des pratiques comme les accords collectifs peuvent peut-être assurer la pérennité de ces actions.

Questions de la salle

De la salle

Ce que j'entends depuis ce matin est très intéressant, mais on s'exonère un peu du contexte global dans lequel nous sommes et des marges de manœuvre des établissements de santé. On évolue aujourd'hui dans un environnement contraint. La QVT doit s'inscrire pleinement dans le dialogue social. Je suis moi-même représentant d'une organisation syndicale et nous sommes pleinement engagés dans la démarche. Mais la QVT doit s'inscrire véritablement comme un investissement et non pas comme une dépense. Si on ne donne pas des moyens spécifiques au changement des pratiques, on ne pourra pas pérenniser et si on ne peut pas pérenniser les expérimentations, on ne pourra pas mesurer les impacts à la fois sur la santé des salariés, sur l'absentéisme, sur la qualité du travail, etc. Pour ce faire, il faut nous donner du temps.

De la salle

Je souhaite faire un commentaire sur l'implication des médecins dans la qualité de vie au travail. Dans mon établissement, ils ne sont pas représentés dans le groupe qualité de vie au travail, dans les instances représentatives du personnel c'est occasionnel, et on peut se poser la question de la démographie médicale, de leur temps de travail et du temps qu'ils peuvent consacrer à la QVT alors que le nombre de praticiens hospitaliers est en constante diminution dans tous les secteurs hospitaliers, ce qui est un véritable problème.

Agnès RICARD-HIBON

Je n'ai pas la réponse, mais quelques pistes. Ce que vous dites est parfaitement juste, la démographie médicale est un vrai problème. C'est la raison pour laquelle nous n'avons fait que trois réunions dans le projet PACTE. Néanmoins, cela a beaucoup amélioré les conditions d'exercice au sein de la structure. Et en investissant un peu de temps médical, cela a apporté un vrai bénéfice global. Il faut éviter les projets trop chronophages, trop de réunions dont on ne voit pas la finalité. Quand on commence les réunions en abordant le quotidien et que la réunion est ciblée sur du créatif et du décisionnel permettant aux médecins de voir qu'ils n'ont pas perdu leur temps en réunion parce que des avancées concrètes ont globalement amélioré la qualité des soins, on arrive à les attirer. C'est vrai qu'il s'agit d'une population davantage centrée sur le patient et qui apprécie guère la réunionite, mais la culture est en train d'évoluer.

De la salle

Concernant les moyens donnés à la QVT, on a besoin de temps pour mettre en place, mais il faut aussi qu'il y ait des choses qui se voient car sinon les gens vont s'essouffler. Il y a les petites choses que l'on peut faire sans moyens, l'amélioration de certaines choses, mais cela ne dure pas. Si on ne pense pas la QVT comme un investissement, si les instances de l'hôpital ne la voient pas comme un investissement sur la durée qui va permettre d'améliorer l'établissement de santé en lui-même, la démarche va s'essouffler comme beaucoup de choses se sont essoufflées. Beaucoup de choses dans la QVT sont de bon sens et je ne vois pas de contradiction entre bon sens et professionnalisme.

Cécile KANITZER

La QVT est cet équilibre entre l'engagement individuel et l'intérêt collectif. C'est un engagement qui doit préserver les intérêts individuels et l'intérêt collectif. C'est un enjeu majeur pour demain, mais il faut quand même à un moment donné non pas faire la QVT sur un budget propre mais l'intégrer totalement dans tout ce que nous sommes en capacité de faire dans nos pratiques au quotidien.

De la salle

Je suis anesthésiste-réanimateur à l'APHP, et il y a donc une vraie problématique concernant ma spécialité, mais grâce à l'investissement de mon groupe hospitalier Saint-Louis Lariboisière, je suis impliquée dans la réflexion sur la qualité de vie au travail, et je vous rappelle qu'il existe des sous-commissions Vie hospitalière qui s'intéressent à la qualité de vie et aux conditions de vie des médecins, et au sein du groupe hospitalier dans lequel je travaille, grâce à l'investissement institutionnel de la direction, du président de CME, nous essayons de travailler, de tisser, à travers le dialogue, l'écoute, la bienveillance et la confiance. Cela prend du temps et se fait dans la temporalité. Il ne faut pas vouloir aller trop vite, il faut parfois dégager du temps pour qu'un PH d'anesthésie-réanimation vienne au ministère de la Santé pour

participer à une réunion comme celle-ci. Certains hôpitaux n'ont pas de commission Vie hospitalière, et il est important que les médecins s'impliquent. Nous sommes prêts à participer à la qualité de la prise en charge de nos patients.

De la salle

Un des problèmes des médecins est que nous ne sommes pas formés au management, en particulier au management de proximité. Nous avons eu la promesse de la Conférence des Doyens que cet enseignement serait intégré à la première année d'internat, mais ce n'est malheureusement pas le cas dans les programmes qui viennent de sortir. Je propose de faire rapidement pression pour que soit mis en place un enseignement obligatoire au management pour les jeunes internes car ils seront tous un jour des managers et c'est le moment ou jamais. Ils sont 8 500 par an et peut-être faut-il réfléchir tous ensemble à une formation e-learning. Mais c'est maintenant ou jamais.

Cécile KANITZER

Il faut que nous le fassions avec les cadres paramédicaux, les cadres en général. On ne peut pas former les médecins à part à cette question.

Nathalie PAIN

Je pense que ce n'est pas qu'une question de management, il s'agit de parler du travail, du contenu du travail. Les médecins travaillent avec l'ensemble des professionnels administratifs, paramédicaux. Comment ensemble arriver à se parler des questions du travail et de son organisation. On parle d'une problématique ensemble et on trouve la solution ensemble.

De la salle

Je suis aussi praticien hospitalier, anesthésiste-réanimateur. Il y a un point qui n'a pas été abordé, celui des transformations de l'hôpital depuis une quinzaine d'années, en particulier son mode de financement avec la tarification à l'activité. Je pense que c'est un sujet majeur. Je vois difficilement comment la qualité des soins et encore moins la qualité de vie au travail sont solubles dans la tarification à l'activité à 100 % comme on le connaît aujourd'hui. La HAS tient les clés de la certification des établissements de santé et a fait en sorte qu'apparaissent dans la certification des points-clés sur le dialogue social pouvant permettre de faire évoluer les pratiques managériales et modifier la T2A qui nous conduit à une course à l'activité sans aucune réflexion, qu'elle soit médicale ou paramédicale, sur la qualité des soins, la qualité de notre travail, et le bénéfice pour le patient. Il faut donc que le management évolue. Nous avons aussi la loi HPST qui a transformé les organisations avec la disparition du mandarinat qui n'était pas forcément une bonne chose mais qui avait un côté paternaliste dans l'organisation de l'hôpital, nous n'avons plus d'espace de discussion, plus d'espace de réunion, plus d'espace d'échange, ce qui tue les équipes médicales et paramédicales de l'hôpital et fait que la qualité n'est plus là.

De la salle

Je suis ancien psychiatre dans le public et aujourd'hui en libéral. Quand on travaille dans une institution, tous les médecins sont requis pour le CLIN, le COMETS, toutes les réunions avec 1 C et il n'y a aucune reconnaissance du travail transversal. Il n'y a aucune inscription dans l'institution de cette reconnaissance. C'est parfois une reconnaissance économique, mais il est clair que chaque fois que nous sommes en réunion, des patients nous attendent. La psychiatrie institutionnelle, 1945, avait déjà inventé cette histoire d'un bout à l'autre. Quand je suis devenu psychiatre et que j'ai appris à travailler, nous avons un staff tous les matins avec les équipes et un staff hebdomadaire pour faire une synthèse des problèmes particuliers, et il y avait un staff pluri-mensuel théorique. C'était le traintrain de la psychiatrie institutionnelle. Quand j'entends ce qui a été créé après, on a l'impression d'une dissociation au travers des CLIN de quelque chose qui a été théorisé il y a très longtemps et qui ne fonctionnait pas si mal, qui a disparu de la psychiatrie. Néanmoins, là où je travaille, il y a un staff tous les matins et un staff hebdomadaire. Les jeunes internes n'ont qu'une idée, c'est d'apprendre leur métier technique. Je ne sais pas si la réflexion sur le management doit se faire en amont car au moment où ils apprennent leur métier, leur priorité c'est de ne pas faire d'erreur, c'est d'apprendre leur technique.

Agnès RICARD-HIBON

Il ne faut pas l'appeler management, il faut l'appeler communication. Il faut commencer par la communication.

Véronique GHADI

Merci à tous les intervenants. C'est un vrai plaisir de voir tous les débats que suscite cette démarche.

5. Quelle place dans les dynamiques territoriales

Véronique GHADI

Je vous propose maintenant de passer à la table ronde portant sur les dynamiques territoriales avec une question : comment les acteurs territoriaux, que ce soit à l'échelle régionale, à l'échelle d'un GHT, peuvent ou non soutenir cet investissement dans la qualité de vie au travail. Cette table ronde va être animée par Pascale Levet, professeure associée à l'Ecole de Management à l'université de Lyon. Elle est également vice-présidente du DO Tank, qui est un living lab des entreprises moyennes, mais elle a surtout été notre complice au tout début du projet et je suis ravie qu'elle soit parmi nous aujourd'hui. Vont la rejoindre Jean Gournay, Didier Jaffre, Mathieu Labat et Laurence Marescaux.

Pascale LEVET, Université Lyon 3

Pour parler des dynamiques territoriales et de la QVT, nous accueillons Laurence Marescaux, médecin inspecteur à la Direccte Bretagne ; Didier Jaffre, directeur de l'offre de soins de l'ARS Ile-de-France ; Mathieu Labat, DRH d'un GHT en Aquitaine ; Jean Gournay, délégué régional de l'ANFH en Champagne-Ardenne. Depuis ce matin, tout le monde s'accorde à dire que la qualité de vie au travail, c'est au plus près de l'action, au plus près des équipes, au plus près de l'activité telle qu'elle se fait, et il nous est demandé de parler de dynamiques territoriales. Nous nous situons à une échelle de l'action qui n'est pas simple par rapport à l'objet qualité de vie au travail. Nous avons toutefois essayé de construire quelque chose qui fasse raisonnement pour vous à partir des expertises de chacun d'entre vous. On s'est dit qu'on ne pouvait pas parler de dynamiques territoriales sans s'efforcer, d'une manière ou d'une autre, de caractériser les éléments qui permettraient de distinguer ce qui différencie un territoire d'un autre. Tous les territoires ne se ressemblent pas et toutes les dynamiques territoriales ne peuvent être pensées qu'à l'intérieur du contexte. L'exercice n'est pas facile.

Didier JAFFRE, directeur de l'offre de soins et de l'autonomie, ARS Ile-de-France

Si j'ai bien compris la question, vous me demandez de décrire la région Ile-de-France.

Pascale LEVET

En cinq chiffres ou données.

Didier JAFFRE

Je pourrais vous dire que l'Ile-de-France compte 12 millions d'habitants environ, 20 % de la population française, mais que sur 2 % du territoire. Je pourrais vous dire que ce sont 420 établissements de santé, dont un CHU à dimension internationale mais aussi de proximité, l'APHP, qui représente à lui seul environ 100 000 personnels. Je pourrais vous dire aussi que c'est une région capitale, riche a priori puisqu'elle représente 31 % du produit intérieur brut. Je suis francilien depuis quelques mois, et j'ai un regard encore presque extérieur. Il ne faut pas oublier que derrière ces données se cachent d'énormes disparités et on peut considérer qu'il y a une sorte de fracture entre le nord-est et le sud-ouest dans la région, puisque la population est donc répartie sur 2 % du territoire et que 89 % de cette même population est encore sur 27 % du territoire. C'est pour vous dire qu'il y a donc une grande disparité entre la métropole du Grand Paris et ce que l'on appelle la Grande Couronne où l'on va retrouver l'ensemble des problématiques que l'on peut rencontrer dans les autres régions mais de manière concentrée. Cette sorte de fracture est un élément extrêmement important par rapport au thème qui nous réunit aujourd'hui, qui est la qualité de vie au travail, car derrière tout cela, se cache la question des transports, par exemple, qui va énormément influencer sur la qualité de vie au travail. Quand vous devez faire deux heures de transport le matin et le soir pour vous rendre dans votre établissement, ce n'est pas tout à fait la même chose que si vous êtes à un quart d'heure de votre lieu de travail. Le Grand Paris va certainement y remédier un peu, mais il faut tenir compte de ces éléments.

Pascale LEVET

Donc des enjeux de contextualisation d'un territoire.

Laurence MARESCAUX, médecin inspecteur régional du travail, Direccte Bretagne

En Bretagne, nous avons une histoire régionale de partenariat en santé au travail qui va au-delà de la fonction publique hospitalière des établissements médicosociaux. Nous avons des disparités, avec des inégalités d'accès au soin sur le territoire, des établissements hospitaliers locaux avec des difficultés en temps médecins, mais également deux CHU dynamiques et performants. Nous avons pour des raisons historiques plusieurs établissements psychiatriques et comme partout, du fait du vieillissement de la population, des EHPAD, et des spécificités en termes de santé au travail.



Jean GOURNAY, délégué régional, ANFH Champagne-Ardenne

Je ne parlerai pas de la Champagne-Ardenne puisque la nouvelle région est la région Grand Est qui est composée de trois territoires. L'Alsace, la Lorraine, la Champagne-Ardenne. C'est un territoire de 57 300 km², ce qui en fait la sixième région de France en termes de population. Elle est composée de 10 départements avec d'importantes disparités de densité de population. Nous sommes sur une moyenne de 96 habitants au km², et certains départements comptent 30 habitants au km². Dans le Bas-Rhin, par exemple, la moyenne est de 32 habitants au km². Donc une grande région avec une grande disparité sur les territoires et d'importants déserts médicaux dans les Ardennes, la Haute-Marne, la Meuse, et sur un certain nombre de spécialités il est difficile de recruter du personnel médical. Les chiffres-clés sont donc 10 départements, 11 GHT, plus de 200 établissements fonction publique hospitalière, ce qui représente plus de 100 000 professionnels.

Mathieu LABAT, directeur de ressources humaines, centre hospitalier d'Agen, GHT Moyenne Garonne, Aquitaine

Agen est le territoire du pruneau, situé à mi-chemin entre Bordeaux et Toulouse, et c'est un territoire rural où l'on cultive du pruneau, mais pas seulement puisqu'il s'agit d'un des greniers de la France où l'on cultive aussi beaucoup de fruits et légumes. Nous sommes donc situés à mi-chemin entre Bordeaux et Toulouse, qui caracolent en tête du classement des hôpitaux du Point, et il n'est pas toujours évident d'être coincé entre deux pôles d'attractivité aussi performants, ce qui induit des problèmes de démographie médicale assez importants ainsi que des taux de fuite, c'est-à-dire des patients qui vont se faire soigner directement sur les territoires de Bordeaux et de Toulouse, assez importants également. Tout cela n'est pas sans conséquences puisque c'est un territoire caractérisé par une contrainte économique assez forte. Sur les 7 établissements du GHT que je représente, 5 sont en déficit, 3 en PRE, dont les 2 plus gros, Agen et Villeneuve-sur-Lot. Pour compléter ce tableau, nous n'avons pas forcément brillé dans ce territoire par une culture historique de la coopération. On pourra trouver de nombreuses raisons à cette non-coopération historique. Ce peut être parce qu'il n'y a pas vraiment de ville hégémonique, donc pas vraiment de leadership marqué d'une ville par rapport à une autre, sachant qu'Agen compte à peu près 35 000 habitants, Villeneuve-sur-Lot 30 000 habitants, et qu'il y avait historiquement des querelles de clocher entre les deux. Soit parce que nous avons eu aussi des hommes politiques très influents qui ne tenaient pas forcément à une coopération très développée avec les autres territoires. Je rappelle que Jérôme Cahuzac a été député-maire de Villeneuve-sur-Lot pendant de nombreuses années.

Pascale LEVET

On voit bien à quel point on ne peut raisonner ces affaires de dynamiques territoriales hors sol, mais dans une perspective historique. La contextualisation est probablement la première étape d'une réflexion sur les dynamiques territoriales. Dans le contraste saisissant sur l'enjeu d'être au plus près du terrain, comment des acteurs qui agissent à l'échelle d'un territoire caractérisent ce qui se joue dans ces dynamiques territoriales en rapport avec la question de la qualité de vie au travail. Didier Jaffre, du point de vue de l'ARS Ile-de-France, c'est quoi une dynamique territoriale QVT compatible ?

Didier JAFFRE

Mes collaborateurs avaient préparé dans mon dossier une fiche un peu particulière sur comment convaincre les ARS de la nécessité de la qualité de vie au travail, ce qui m'a fait dire qu'il y avait forcément un problème. Je pense que l'Agence Régionale de Santé en la matière a un rôle régional "d'aiguillon",

d'accompagnement, pour faciliter les initiatives, en lien avec les différents acteurs, tels que la Direccte, l'Aract, et sur lesquelles un certain nombre d'agences se sont déjà engagées depuis un certain nombre d'années, à tel point que cela doit se traduire, de mon point de vue, dans le projet régional de santé. Les agences sont en train d'élaborer leur futur projet régional de santé, et les problèmes de démographie médicale, ou plus simplement les problèmes de démographie des professionnels de santé, doivent trouver leur essence même dans le projet régional de santé puisqu'on ne fera pas de système de santé au niveau national comme au niveau régional ou territorial sans professionnels. Je pense que ces questions de ressources humaines sont essentielles et les agences doivent les traiter.

Le modérateur de la table ronde précédente a parlé de dialogue professionnel, et nous devons le faire aussi au niveau régional. Il est impératif, au sein de la commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers par exemple, mais aussi au sein de ce que les agences appellent généralement la réunion du dialogue social régional, de parler de ces sujets. On parle souvent de la santé de nos concitoyens et on a tendance à oublier que les professionnels de santé sont aussi des citoyens et il faudrait peut-être s'occuper un peu de leur santé si on veut qu'ils s'occupent de celle des autres. Je pense que c'est le rôle de l'ARS et ces instances dites régionales peuvent servir à faire naître et accompagner des initiatives, à faire en sorte que tel ou tel sujet dans un établissement puisse enfin être traité, que les risques psychosociaux des praticiens hospitaliers soient enfin abordés. Au niveau régional, nous avons un grand rôle à jouer, tout comme quand nous avons conventionné dans cette région, mais c'est vrai aussi dans d'autres régions avec l'Aract, nous pouvons y mettre des moyens financiers. Si je prends la région Ile-de-France qui a signé une convention il y a un peu plus d'un an avec l'Aract, 350 k€ ont été dégagés sur le fonds d'intervention régional spécifiquement pour ces questions. Autrement dit, l'agence doit vraiment prendre le sujet à bras-le-corps et le travailler avec l'ensemble des acteurs. Tout ne se fait pas au niveau régional, c'est un rôle d'impulsion qui nous paraît extrêmement important. Il y a la dimension territoriale, vous avez évoqué les Groupements Hospitaliers de Territoire. Je pense qu'il y a une nouvelle dynamique à impulser dans le cadre régional, mais aussi au niveau territorial et opérationnel de ces GHT.

Pascale LEVET

Vous dites qu'il faut l'inscrire dans les orientations politiques puis articuler les moyens. Vous avez répondu, Mathieu Labat, pour votre établissement à un appel d'offres de l'ARS de votre région. Certains établissements sont en PRE et vous avez pourtant choisi de répondre à l'appel projet QVT de l'ARS de votre région. On serait tenté de se demander si c'est bien raisonnable si l'on est totalement novice sur le sujet. Pourquoi avez-vous répondu ? Qu'en attendiez-vous ?

Mathieu LABAT

Cette remarque nous a été faite. La question est de savoir comment combiner la contrainte économique aujourd'hui avec la qualité de vie au travail. Je ne vais pas rentrer dans des discours "politiques". Est-ce que l'on peut choisir la contrainte économique ou pas ? Quand on est au niveau d'une direction d'établissement, elle a plutôt tendance à s'imposer à vous, ce n'est donc pas vraiment un choix. En revanche, nous pouvons réfléchir au niveau des directions du GHT à la manière de faire face à cette contrainte économique. Faut-il renoncer à donner tout sens à cette contrainte économique, dans quel sens aller, quel est le mode de management de l'établissement. Le fait que nous soyons tous contraints économiquement était un facteur pour construire quelque chose. Pourquoi choisir la QVT ? Pour donner un sens, pour accompagner les restructurations que nous sommes forcément amenés à faire, comment communiquer auprès du personnel, comment le faire participer dans ces restructurations. Quand on doit faire fusionner des services du fait d'une réduction capacitaire liée au virage ambulatoire, comment donner l'information aux agents, comment prendre en compte le facteur humain à l'intérieur des restructurations. Nous avons répondu à cet appel d'offres du ministère et de l'ARS pour construire la qualité de vie au travail comme un axe stratégique.

Nous n'en sommes qu'au début de la démarche, nous sommes donc dans l'expérimentation la plus totale. D'un établissement de 2 000 agents comme celui d'Agen à un ex-hôpital local de 150 agents, les problématiques ne sont pas exactement les mêmes, et les dynamiques de qualité de vie au travail ne sont pas toutes au même niveau dans tous les établissements. La première attente, c'est de faire évoluer le degré de maturité des démarches de chaque établissement, de convaincre de nouveaux acteurs à participer à ces démarches, de persuader les organisations syndicales qui peuvent parfois estimer que cela ne sert à rien, voire que c'est un écran de fumée par rapport aux restructurations. Le premier objectif était donc d'homogénéiser les démarches dans chaque établissement et de les faire progresser. Et l'objectif à moyen terme serait d'obtenir une vision homogène sur le territoire et développer une culture quali-

té de vie au travail sur l'ensemble du territoire. Ce serait, par exemple, fixer de grandes orientations du territoire en termes de qualité de vie au travail puis que chaque établissement, et même chaque unité de travail, puisse s'inscrire dans ces différentes orientations car c'est une façon de concilier la dynamique ascendante de la qualité de vie au travail et la dynamique territoriale.

Pascale LEVET

Véronique Ghadi évoquait également ce matin les enjeux de l'apprentissage collectif. Jean Gournay, l'ANFH est un acteur qui dispose à la fois de ressources, notamment financières, mais aussi d'une forte capacité d'ingénierie et de contractualisation. Vous n'avez pas attendu les clusters pour en faire usage sur ce sujet. Pouvez-vous nous rappeler comment vous avez construit, nourri une dynamique territoriale à travers les initiatives de l'ANFH en Champagne-Ardenne.

Jean GOURNAY

L'ANFH est l'Association nationale pour la formation du personnel hospitalier. C'est une structure paritaire. Nous avons mené préalablement un projet sur les problématiques du handicap en région Champagne-Ardenne avec une dynamique territoriale d'accompagnement des établissements sur la mise en place d'une politique handicap. Les DRH et les représentants du personnel, administrateurs de l'ANFH, mais aussi siégeant dans les autres instances, se sont dit qu'ils devaient travailler plus en amont non seulement sur les problématiques du handicap, mais également les problématiques de prévention des risques, de santé au travail. Nous avons construit ensemble, avec le collège des DRH et les administrateurs de l'ANFH Champagne-Ardenne, dans le cadre d'un comité de pilotage, un projet de la prévention des risques professionnels vers la qualité de vie au travail. Nous avons débuté en 2014, j'ai rencontré l'Aract Champagne-Ardenne et nous avons travaillé ensemble sur une étude de besoin. On parlait beaucoup des risques psychosociaux, mais la volonté des administrateurs n'était pas forcément d'axer tout l'accompagnement sur les RPS. Nous voulions avoir une démarche beaucoup plus large sur la prévention des risques. On commençait à parler de qualité de vie au travail, mais ce n'était pas encore très perceptible pour les directions d'établissement.

Nous avons donc travaillé avec l'Aract sur une étude de besoin et ils m'ont présenté cette démarche un peu expérimentale des clusters qui avait été expérimentée dans d'autres branches d'activité et qui avait permis un accompagnement collectif. Cette expérimentation de clusters QVT avec la dimension paritaire, d'échange d'expérience, de retour de pratiques sur un projet un peu innovant nous semblait intéressante et nous avons donc expérimenté les clusters QVT avec la méthodologie que nous a présentée l'Aract, mais nous avons aussi essuyé les plâtres. C'était quelque chose de très nouveau que nous avons mis en place en 2015, mais cela nous a permis aussi de mettre en mouvement une démarche d'accompagnement collectif qui était appuyée par d'autres démarches en parallèle. Quand la DGOS et l'HAS ont lancé leur appel à projet, l'ARS nous a suivis dans notre projet régional et pour répondre à l'appel à projet dans le cadre des clusters QVT qui aujourd'hui essaient puisqu'un troisième cluster va démarrer dans quelques jours sur la Lorraine et l'Alsace.

Les clusters QVT, c'est très bien, on est dans l'expérimentation, on échange nos pratiques, une dynamique se crée, mais le cœur de métier de l'ANFH est la formation, c'est l'accompagnement des acteurs hospitaliers dans leur politique de formation, dans la professionnalisation. En parallèle, nous avons mis en place un dispositif d'accompagnement individuel des établissements, ce que nous avons appelé le baromètre QVT. En fait, nous avons fait une offre plurielle, sur quatre ou cinq axes, et chaque établissement, chaque acteur, avançait par étape dans son projet prévention des risques et qualité de vie au travail. Il pouvait s'inscrire soit dans une démarche collective, soit dans un accompagnement individuel, sachant qu'à un moment donné les deux étaient complémentaires. Cet accompagnement individuel s'appuie sur un baromètre QVT qui permet à l'établissement de mesurer son degré de maturité par rapport à sa politique de prévention des risques et qualité de vie au travail.

Pascale LEVET

Il lui permet de s'auto-mesurer, il ne le confie pas à quelqu'un d'autre.

Jean GOURNAY

C'est une autoévaluation avec l'appui technique de quelques jours d'un cabinet spécialisé, et qui lui permet de nourrir les travaux de son Copil ou de ses IRP et de prioriser trois ou quatre actions sur lesquelles il va travailler. A terme, l'idée était de mesurer le degré d'avancement des établissements. Nous avons 68 établissements adhérents en Champagne-Ardenne, dont plus de 35 sont inscrits dans la démarche, et

dans les principaux établissements, c'est 70 % des effectifs de la fonction publique qui sont couverts par ce dispositif. Cela a donc permis à la plupart des établissements du territoire Champardennais de travailler sur un autodiagnostic de leur politique RH. Nous avons lancé cette démarche de cluster en amont, elle est donc bien venue en appui, et les partenaires sociaux ont aussi joué le jeu. Ce qui a permis de prioriser trois à quatre actions dans les établissements, et au terme de douze à dix-huit mois de démarche, nous allons mesurer le degré d'avancement. L'idée était de créer des dynamiques territoriales et cela permet aux établissements qui souhaitent faire de la convergence de travailler ensemble sur des thématiques communes. Et en parallèle, bien sûr, nous avons déployé un dispositif de formation destiné à sensibiliser les acteurs à la prévention des risques et à la QVT, et un accompagnement sur l'encadrement. A ce jour, plus de 550 professionnels ont été formés, avec une formation sur le management et le bien-être au travail auprès de plus de 200 cadres ou managers de proximité, sachant que ce peut être aussi des responsables de services techniques. Cette formation prévention des risques et qualité de vie au travail a permis de créer une culture de la prévention et une culture QVT qui ont nourri les projets. Parallèlement, nous avons créé une dynamique de capitalisation avec des journées régionales, avec la création à terme d'un réseau. Avant, nous avions un réseau de référents maintien dans l'emploi et handicap, et nous allons maintenant avoir un réseau de référents QVT ou prévention des risques, avec une animation au niveau du territoire pour maintenir la dynamique dans les établissements.

Pascale LEVET

Les responsabilités que vous exercez, Laurence Marescaux, en tant que médecin inspecteur à la Direccte Bretagne vous conduisent à avoir comme cadre d'action le Plan régional santé travail et surtout un point de vue sur plusieurs secteurs d'activité. Vous n'êtes pas que sur le champ de la santé. Cela va nous permettre d'avoir des éléments de comparaison sur la façon dont vous voyez les différences sur ces dynamiques territoriales d'un secteur à l'autre.

Laurence MARESCAUX

Je vais d'abord essayer d'expliquer comment les choses se sont structurées en Bretagne, car nous avons un fonctionnement un peu spécifique et un partenariat qui existe depuis le précédent Plan santé au travail. Le Plan santé au travail national est décliné en région et concerne l'ensemble des travailleurs, autant ceux du privé que de la fonction publique. Il existe en région Bretagne, comme dans les autres régions, une instance le CROCT composée des partenaires sociaux, représentants des employeurs et des salariés, des administrations dont l'ARS, et des partenaires institutionnels dont les Aract. Nous avons eu la chance en Bretagne d'avoir un partenariat qui fonctionne, qui s'est construit au fil du temps, notamment avec l'Aract, mais pas uniquement, et je les salue aujourd'hui. C'est un partenariat qui dure et qui continue de se développer. Cela nous a permis de tisser des liens avec l'ARS. Par exemple, lors des Contrats Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) RPS (Risques Psychosociaux) qui ont été développés, nous avons mis en place un appui technique lors des appels à projet pour les consultants, et au niveau de ce comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) qui est devenu CROCT, nous avons souhaité travailler sur la santé des agents de la fonction publique hospitalière pour différentes raisons. Nous avons souhaité inscrire dans notre action du Plan santé travail une action sur la fonction publique hospitalière, et je crois que nous sommes les seuls à l'avoir fait dans les régions. Si cela vous intéresse, vous trouverez sur le site de la Direccte de Bretagne l'action 13. Nous y avons mis des actions comme affiner la définition en besoin de santé, accompagner les établissements face aux enjeux liés à la santé au travail, mettre en place des dispositifs de prévention de l'usure, consolider la place des services de santé, outiller les établissements et leur CHSCT sur les questions de santé au travail. Nous avons réalisé des appuis techniques dans des appels à projet de l'ARS sur les TMS et les RPS.

Quand le sujet de la QVT est arrivé, nous avons trouvé tout à fait normal de poursuivre dans cette ligne.

Par ailleurs, nous venons de rédiger des recommandations en santé et sécurité à prendre en compte lors de la constitution des Groupements Hospitaliers de Territoire, portés par notre groupe de travail du Plan santé au travail, et nous allons organiser une journée régionale sur la santé au travail et les conditions de travail en région Bretagne dans le secteur qui nous concerne où le sujet de la QVT sera évidemment traité.

Y a-t-il des différences sur ces dynamiques territoriales d'un secteur professionnel à l'autre ? Finalement, il y en a très peu. Dans le questionnement par rapport au sujet du mieux vivre au travail, des conditions de travail, il y a quelques spécificités qui sont la charge émotionnelle liée au fait d'être au contact avec des individus mais ce n'est pas propre à l'hôpital. Lors de notre accompagnement des établissements sur le déploiement d'une démarche de prévention des risques psychosociaux et nous avons eu quelques

difficultés à leur faire entendre que s'ils avaient quelques spécificités, ils n'étaient pas fondamentalement différents du reste du milieu économique.

Quelques remarques issues de mes constats : D'une part, il y a quand même une rigidité au niveau du dialogue social dans certains établissements. D'autre part, je pense qu'il est largement temps de faire des choses dans le secteur sanitaire au regard de la santé au travail des agents.

Pascale LEVET

Vous avez évoqué le jeu de construction du cadre politique et des orientations politiques, de l'affectation des moyens, et la question du passage à l'action. Peut-être pourriez-vous partager avec nous les réflexions que vous conduisez sur la façon dont l'ARS Ile-de-France réfléchit aux outils pour accompagner une dynamique territoriale en matière de QVT.

Didier JAFFRE

Plusieurs éléments. Premièrement, il y a nécessité de mettre en place au niveau de la région un véritable Schéma régional des ressources humaines en santé et pas uniquement donnant les grandes lignes, mais se traduisant par un véritable plan d'action travaillé, négocié avec les différents partenaires et les différents acteurs de manière à ce que chacun puisse s'y retrouver et que sur les cinq années du Schéma régional de santé, ces actions puissent se mettre en œuvre, être priorisées, planifiées. Il est extrêmement important que chaque agence, dans le cadre de son Projet régional de santé, ait ce Schéma régional RH, qui doit être très large, c'est-à-dire concerner l'ensemble des sujets et questions liés aux ressources humaines, comme l'organisation des pratiques, le virage ambulatoire, qui ont des impacts non négligeables sur la manière de délivrer les soins et, in fine, sur la qualité de vie au travail. Cela suppose que les agences elles-mêmes se dotent d'une équipe dédiée à ces sujets. A ce titre, je salue la brillante idée de ma prédécesseur, Anne-Marie Armanteras de Saxe, à l'ARS Ile-de-France qui a créé le pôle Ressources humaines en santé, et je m'inscris pleinement dans ce qu'elle a fait puisque j'ai souhaité le renforcer, lui donner les moyens, le valoriser, sachant que les sujets RH ne sont pas ceux que les agences mettent généralement en lumière, ne serait-ce que lorsque l'on fait le bilan du PRS. Il est impératif que ce pôle RH au sein des agences participe à toutes ces questions. Quand on négocie un plan de retour à l'équilibre, on doit aborder aussi la question des ressources humaines et de la qualité de vie au travail. Ce ne sont pas uniquement les finances, l'organisation médicale, les pratiques, mais ce sont avant tout les questions humaines et sociales et il est impératif que les personnels de l'agence, et nous sommes en train d'identifier une véritable filière de travail au sein du siège et de nos délégations départementales, soient présents.

Il existe un certain nombre d'outils. Vous avez parlé des clusters. Je pense que nous devons accompagner, mais surtout élaborer des indicateurs. C'est aussi le rôle de l'ARS d'élaborer comment mesurer l'amélioration de la qualité de vie au travail, et il ne s'agit pas de créer 500 indicateurs supplémentaires, je pense qu'un ou deux par établissement est largement suffisant, de le mettre en avant et de l'inscrire comme tel dans les contrats d'objectifs et de moyens. Travailler ensemble, c'est déjà apprendre à se connaître, savoir partager ses faiblesses et ses forces, et cela demande du temps. Il faut que les agences le prennent en compte quand elles examinent les projets médicaux partagés, les projets de soins, et ce doit être discuté au sein de l'instance de dialogue social des GHT. Ce sont autant d'outils qui sont à notre disposition pour faire avancer les choses.

Dans les établissements publics, les directeurs d'hôpitaux sont évalués par le Directeur général de l'ARS, et on peut imaginer que dans les différents motifs d'évaluation, ces questions qualité de vie au travail puissent être abordées. Nous avons beaucoup d'outils, il ne s'agit pas d'en rajouter, d'en créer, mais nous devons donner un axe stratégique fort pour que ce ne soit plus contesté et pour montrer que même l'autorité de tutelle et de régulation qu'est l'agence prend en compte cette notion de qualité de vie au travail et plus globalement la nécessité d'avoir des professionnels de santé en bonne santé pour délivrer les soins.

Pascale LEVET

Il n'y a pas que les institutions qui ont cet enjeu d'outillage et d'alignement. Mathieu Labat, vous avez aussi dans votre GHT commencé à réfléchir, à la faveur du projet QVT, à des outils partagés au service de la QVT mais aussi aux enjeux de rationalisation économique ou des ressources. Pouvez-vous illustrer cela ?

Mathieu LABAT

Quand on crée un diagnostic QVT et que l'on commence à réunir des groupes de travail avec des agents de terrain, des représentants du personnel, des cadres et la direction, on est généralement à peu près certain que deux thématiques vont ressortir. D'une part, la conciliation du temps personnel et du temps professionnel, et notamment dans les hôpitaux le fait que les agents de terrain se plaignent d'être trop rappelés sur des absences inopinées de leurs collègues. Cette réalité est d'autant plus importante dans les hôpitaux que le taux d'absentéisme est important aussi. D'autre part, du côté de l'encadrement intermédiaire qui, en cas d'absences inopinées, est amené à prendre son téléphone et à appeler successivement parfois dix ou quinze personnes avant de trouver celle qui accepte de revenir sur son temps de repos. Face à ce constat, nous avons réfléchi à l'achat d'une application numérique qui consiste à organiser une sorte de marché de l'intérim interne. En clair, les agents qui souhaitent réaliser des heures supplémentaires et donc avoir un complément de rémunération s'inscrivent dans cette application, et quand les cadres ont besoin de trouver quelqu'un dans le cadre d'un remplacement, au lieu d'appeler dix personnes à la suite, ils envoient une demande sur cette application que les agents qui se sont inscrits volontairement reçoivent et acceptent ou refusent. C'est intéressant à l'échelle d'un établissement puisque l'objectif est d'améliorer la vie personnelle des agents qui ne souhaitent pas faire d'heures supplémentaires, et du même coup améliorer la rémunération de ceux qui souhaitent en faire. Cela améliore également la qualité de vie au travail des cadres puisque cela leur permet de gagner énormément de temps par rapport au rappel des personnels. Et par rapport au budget de l'établissement, cela permet de réduire les frais d'intérim de façon assez importante. A l'échelle d'un établissement, c'est donc un outil intéressant. L'idée que nous avons eue dans le cluster, c'est de pouvoir le déployer à terme sur l'ensemble du GHT, puisqu'on sait très bien que dans un département comme le nôtre, certains agents travaillent dans un établissement mais habitent près d'un autre hôpital. On peut tout à fait imaginer, toujours sur la base du volontariat, qu'un agent se porte volontaire pour aller travailler dans un service plus proche de son domicile alors qu'il travaille dans un autre établissement. Ce projet serait mené en commun entre tous les établissements du GHT. Mais il y a aussi des obstacles, comme la question soulevée par les organisations syndicales sur la manière de contrôler le temps de travail ou gérer la paie d'un agent qui n'est pas connu par l'établissement etc. Mais je pense que cette idée va faire son chemin dans le cluster.

Pascale LEVET

Une fois que les gens ont un espace pour expérimenter et évaluer ensemble, on peut oser des initiatives. Vous avez évoqué une initiative concernant l'encadrement.

Mathieu LABAT

Nous restons assez prudents car nous sommes au début d'un long processus. Certaines organisations syndicales n'ont pas caché leur hostilité par rapport à l'objet GHT. Par rapport à la qualité de vie au travail, la conviction n'est pas toujours gagnée sur les organisations syndicales. Certaines organisations syndicales ont choisi de boycotter les instances du GHT. On est sur la combinaison de deux objets qui ne font pas consensus. L'idée est de réussir à obtenir une culture commune.

Pascale LEVET

Laurence, vous avez dit que nous n'étions pas spécialement convaincues et que progressivement, vous avez noté avec intérêt ce qu'un cluster fait que d'autres initiatives ne font pas. Pouvez-vous développer ?

Laurence MARESCAUX

Je vais faire une comparaison avec ce qui se passe ailleurs que dans le milieu hospitalier et médicosocial. J'ai très souvent vu dans les entreprises des déploiements d'actions QVT pour le moins minimalistes, voire "rock'n roll", des actions QVT faites par des consultants extérieurs et sans participation des personnes, qui allaient donc à l'encontre des principes de la QVT, voire parfois des actions QVT qui se limitaient « au panier de pommes bio à la conciergerie le vendredi pour le personnel ». J'avais donc quelques réserves. Et le fait aussi que l'on mette beaucoup de choses derrière le mot QVT et qu'il faut encore s'entendre sur ce que l'on appelle la qualité de vie au travail, ce que nous avons d'ailleurs essayé de faire en région avec nos partenaires de l'Aract. Forte de la confiance que j'ai en mes partenaires et de ce que nous avons pu faire avec l'ARS et l'Aract, j'ai bien volontiers accepté de participer au comité technique de l'action CLUSTER QVT. Ce que je trouve très intéressant dans les clusters QVT, c'est l'espace de dialogue qui est pour moi essentiel, c'est aussi le fait que les médecins soient associés. Le trinôme est essentiel et j'en profite pour dire que j'ai toujours été étonnée par la dualité méde-

cins/soignants dans les hôpitaux qui génère quelques difficultés de management et est un facteur de risque psychosocial quand c'est mal mis en musique. Je ferai la même remarque que celle faite ce matin, c'est-à-dire que ce n'est pas l'engagement d'une personne, mais celui du comité de direction ou de la direction. Dans les hôpitaux que je rencontre de temps en temps sur des sujets un peu difficiles, je vois bien qu'il y a un changement très régulier au niveau des directions. Et même remarque pour les instances représentatives, ce n'est pas qu'une personne, c'est bien un CHSCT qui doit être associé.

Les points négatifs sont qu'il ne faut pas laisser reposer ce dispositif qui me semble très intéressant dans la façon dont il est train de se décliner en Bretagne, il doit se pérenniser, mais comment, avec quel accompagnement ? Les clusters représentent souvent un petit nombre de personnes et d'établissements, et comment à partir d'une expérience que l'on espère réussie, concrète, cela va-t-il pouvoir diffuser en transversal aux autres structures, aux autres services ? Enfin, l'évaluation. Si on veut agir sur les conditions de travail, sur la qualité des soins, on veut aussi agir sur la santé des agents, que ce soit les médecins, les soignants, l'ensemble de la collectivité de travail, et l'évaluation est un élément important. Et ce n'est pas une évaluation de court terme, cela doit être du moyen ou du long terme. Une réflexion est à mener et on ne peut en aucun cas se contenter des seuls indicateurs comme absentéisme ou de accidentologie.

Pascale LEVET

On a rappelé que l'observatoire serait l'espace où construire ce droit de suite. Quand on dispose d'un système d'action complet comme celui que vous avez mis en place, on voit comment un territoire peut avancer. Depuis 2015, vous aviez envie de partager rapidement les plus et les moins.

Jean GOURNAY

Il ne faut pas oublier que nous sommes dans une démarche expérimentale. Les fondamentaux sont le volontariat et l'adhésion des établissements, une représentation paritaire de ces établissements qui n'est pas simple à mettre en œuvre, mais qui lorsqu'elle fonctionne aboutit à la volonté de travailler ensemble. Cela profite au collectif dans la démarche du cluster, mais également aux établissements dans leur démarche de réorganisation, cela permet de remettre en mouvement les instances représentatives du personnel, de refaire travailler le CHSCT de manière différente, de redynamiser d'autres commissions. Quand nous avons fait l'évaluation, pour 83 % des répondants à l'évaluation, cette démarche contribue à l'amélioration du dialogue social entre direction et représentants du personnel. Si l'on peut associer les médecins, c'est encore mieux. Dans les deux premiers clusters, on était sur du binôme, mais le trinôme est important. Et une ingénierie, une animation portée par l'Aract ou l'Anact. Les acteurs attendent des outils, des retours d'expérience sur la QVT dans d'autres secteurs d'activité. Il ressort que l'on s'enrichit des démarches et des expérimentations des autres établissements au fur et à mesure des différentes sessions. Et on dispose de points de comparaison avec les autres, ce qui nous permet aussi d'avancer. Et on partage les mêmes difficultés, que ce soit direction ou représentants du personnel. Cela permet d'expérimenter et de trouver des solutions ensemble.

Les clusters sont une démarche d'accompagnement intéressante, mais elle est insuffisante. Il est nécessaire de la compléter. Il faut associer à l'accompagnement une démarche d'intervention au préalable dans chaque structure notamment pour informer, sensibiliser sur les démarches. Nécessité aussi d'identifier les attentes. Quand 7 ou 10 établissements sont inscrits dans un cluster, ils n'ont pas forcément les mêmes attentes. Et un projet d'action expérimenté pourra donner du concret dans la réalité du terrain au quotidien. Et une meilleure appropriation de la démarche collective mais aussi en interne. Ce n'est pas tout que les acteurs participent dans les clusters, mais ils doivent en interne structurer la démarche. Nous avons pu constater l'importance de vérifier l'installation d'un groupe projet dans les établissements participant aux clusters afin de donner une dynamique et que ce soit ensuite relayé par les instances de l'établissement.

Autre point d'amélioration, les établissements attendent également un accompagnement individuel. Il y a les séances collectives, mais peut-être aussi des temps pour soutenir les acteurs concernés par les travaux. Il est important qu'ils aient un soutien, et l'ensemble des acteurs de l'Aract peuvent venir en appui, pour accompagner les démarches en interne. Il est nécessaire d'adapter les outils de l'Anact et de l'Aract aux établissements de la FPH. Plus on va essayer des petites avancées sur le terrain et plus on va mettre en lumière des actions simples du quotidien qui vont permettre d'améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail des professionnels. Et enfin, la formation des actions, la formation action, l'idée étant d'être acteur dans ce changement culturel qu'est la qualité de vie au travail. Nous avons développé un dispositif au niveau de l'AFNH Champagne-Ardenne mais nous avons la chance que

la DGOS, dans les orientations formation pour 2018 au niveau de l'évolution des compétences des professionnels de santé, ait prévu des actions de formation nationales qui vont être portées par l'ANFH sur l'ensemble du territoire, où nous avons bien ce volet d'accompagnement en matière de formation aussi bien sur l'ensemble des professionnels que sur l'encadrement. Ces actions de formation nationales sont financées aussi par des crédits nationaux au niveau l'ANFH. Déployer la qualité de vie au travail dans les établissements de la FPH, avec une première action qui est appréhender et développer la qualité de vie au travail, s'adressant à l'ensemble des agents. En plus de cette démarche d'accompagnement collectif, il y aura un volet formation qui pourra être relayé sur les territoires. Nous sommes donc dans une démarche de co-construction qui me semble intéressante.

Pascale LEVET

Une démarche de co-construction et une démarche d'articulation CROCT, CLACT, QVT, ANFH, de différentes échelles de l'action. Pour le mot de la fin, Didier Jaffre, on évoquait le fait que nous étions en phase expérimentale, d'exploration de la QVT. Si une prochaine étape devait être moins exploratoire, quelles seraient d'après vous les priorités de ce que serait le passage à une étape plus d'installation.

Didier JAFFRE

Si je prends la région Ile-de-France, moins d'une vingtaine d'établissements sont engagés dans le dispositif sur 420. On voit bien que nous devons passer à un stade supérieur, et pour passer à ce stade supérieur, les acteurs que vous êtes doivent aider les ARS à changer un peu leur prisme d'entrée, c'est-à-dire avoir toujours en tête l'amélioration du service rendu au patient et à sa famille puis la maîtrise des dépenses de santé. Il y a peut-être un troisième axe qui est l'amélioration des conditions de travail. Dans les dossiers que nous examinons, on ne peut pas dire que l'axe amélioration des conditions de travail soit le premier sujet évoqué devant les plus hautes autorités alors que c'est un véritable investissement puisque l'amélioration des conditions de travail va de toute façon améliorer la qualité du service rendu. Savoir dépenser aujourd'hui, c'est très certainement dépenser moins et en tout cas dépenser mieux demain. Et je pense qu'il faut que nous l'ayons constamment en tête car on a tendance à raisonner vraiment à court terme. Cela rejoint ce qu'a dit la ministre en matière de prévention, c'est-à-dire que globalement investir dans les ressources humaines, c'est faire de la prévention, c'est savoir anticiper, mieux dépenser et mieux gérer nos dépenses de santé, mais pas à moyen et long terme. Il est important que vous "rappelez à l'ordre" un peu constamment les ARS sur cette dimension conditions de travail.

N'oublions pas l'ensemble des professionnels libéraux qui ont eux aussi droit à une qualité de vie au travail. C'est presque tabou aujourd'hui d'en parler parce qu'on considère que le professionnel est vingt-quatre heures sur vingt-quatre en excellente santé et peut répondre constamment. Ce sujet doit être abordé. Ce n'est pas si simple quand on est médecin généraliste d'avouer que l'on a un problème et encore moins d'aller se soigner, du fait de l'impact que cela peut avoir sur le fonctionnement du cabinet, sur la clientèle, sur le qu'en-dira-t-on etc. Je pense que la qualité de vie au travail doit être abordée non seulement dans les établissements mais également chez nos professionnels de santé libéraux. Ce doit être fait dans l'ensemble des régions, pas de manière uniquement expérimentale ou au gré du bon vouloir des initiatives qui sont extrêmement bonnes mais il faut que l'on en fasse une ligne directrice forte.

Questions de la salle

Nathalie PAIN

Vous avez développé une expertise d'ingénierie de formation. Le champ médico-social, c'est bien sûr le libéral, mais c'est aussi l'associatif, le secteur commercial, lucratif. Et l'ensemble des professionnels sont concernés. Je suis ravie d'entendre Mr Jaffre parler d'investissement des ARS dans le champ de la qualité de vie au travail. Depuis que la HAS travaille sur ce sujet, il n'a pas été simple que les ARS investissent le dispositif.

Françoise VERDIER, Aract Occitanie

On ne peut que se réjouir de vos propos et de la volonté d'ériger en axe stratégique l'amélioration des conditions de travail comme levier de développement. Chaque fois qu'elles n'ont pas été prises en compte, ce sont elles qui ont souffert. Fut un temps où l'on savait échanger, décider ensemble, ce n'est plus le cas aujourd'hui. Il faut réinventer ce cadre, mais dans un monde qui a changé. Il y a encore un travail à faire par rapport aux compétences à acquérir avant de se les transmettre dans les formations, parce qu'il est nécessaire de suivre toutes les expérimentations qui ont été lancées. Les clusters sont une évolution culturelle, c'est un apprentissage collectif. Mais quand le cluster est fini, les gens restent seuls

et cela devient un peu compliqué, ils se sentent moins accompagnés, ils ont besoin encore du cadrage. Nous le faisons, nous restons avec eux, parce que nous avons envie que cela continue à s'implanter. Nous avons encore une partie de compétences à découvrir pour le suivi des clusters. Du coup, on a déjà commencé à corriger la façon dont on construit les clusters, les clusters version 2 ne sont plus les mêmes que ceux de la version 1. On a introduit cet appui, on est beaucoup plus souple sur les volumes parce que toutes les structures n'en ont pas besoin. Chaque établissement qui entrera dans la démarche aura à apprendre à découvrir cette acculturation nouvelle.

Pascale LEVET

Je remercie nos intervenants.

6. Enjeu pour les usagers du système de santé ?

Véronique GHADI

Depuis ce matin, nous faisons le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins entendue au sens à la fois sécurité du patient et bienveillance. La HAS a engagé des travaux sur cette base. L'usager est un être humain, ce n'est pas un objet, et il doit nécessairement interagir, intervenir dans l'organisation des soins. Depuis quelque temps, nous nous sommes dit avec l'Anact qu'il fallait réintroduire cette réflexion dans nos travaux. L'Anact et notamment Nadia Rahou, a beaucoup travaillé dans le secteur des services d'aide à la personne, sur cette place de l'usager, démontrant le service se co-construit au quotidien. Ce n'est pas officiel sauf que dans les faits c'est ainsi que les choses se passent, le professionnel construit avec la personne au quotidien. Dans le champ sanitaire, une réflexion est aussi en cours autour d'un renouvellement de la place des patients, d'un rôle beaucoup plus accru, et toutes les transformations du système que nous évoquons depuis ce matin s'orientent vers une place du patient plus prépondérante que par le passé.

Pour la suite des travaux, il nous semble essentiel d'introduire de façon beaucoup plus effective le point de vue des usagers et l'une des manières de commencer est de les entendre aujourd'hui. J'invite donc Alain-Michel Ceretti à nous rejoindre. Il est président de France Assos Santé. Nous lui avons demandé de réagir par rapport à ce sujet.

Alain-Michel CERETTI, France Assos Santé

Merci de cette invitation. Certains d'entre vous ont pu voir la création récente de notre organisation. France Assos Santé est l'Union nationale des Associations de Santé qui reprend les missions du CISS que vous avez connu, qui se sont arrêtées en mai dernier puisque la loi Santé de janvier 2016 a créé une Union nationale des Associations de Santé qui regroupe l'ensemble des associations agréées, si elles souhaitent y adhérer, bien entendu. Nous avons eu notre première assemblée générale en mai avec mon élection à la présidence. J'ai donc quitté mes fonctions auprès du défenseur des droits où je m'occupais des questions de santé et de droit. Je garde mes activités dans l'industrie électronique, je suis bénévole au sein de France Assos Santé, et nous sommes en train de construire la maison, c'est-à-dire que l'ensemble des CISS régionaux disparaissent pour laisser la place à France Assos Santé en région, avec une nouvelle structuration régionale, et nous serons en ordre de marche à la fin de l'année, avec un regard nouveau sur notre système de santé et surtout les moyens et les missions nouvelles que nous a donnés la loi.

Quand Magali Eymery m'a proposé de venir ici, j'ai été honoré, mais je me suis demandé ce que j'allais y faire, puis en discutant avec elle et en réfléchissant, je me suis rendu compte que c'était notre sujet. C'est un sujet extrêmement important pour les malades qui fréquentent les lieux de soins, qu'ils soient publics ou privés, et j'ai essayé de réfléchir aussi à ce qui se passait dans ma propre entreprise sur la qualité de vie au travail, sachant que quelle que soit l'entreprise, elle est forcément moins compliquée qu'en hôpital. Cela fait vingt ans que je navigue dans le milieu du soin. Certes, j'ai démarré quand mon épouse a été opérée la Clinique du Sport, qui n'était pas forcément la meilleure porte à ouvrir, mais pour autant, ce qui me subjugue, c'est la complexité du système de santé, mais surtout l'organisation humaine la plus complexe ou l'une des plus complexes qui soit dans laquelle on retrouve un nombre considérable de métiers. Avoir un ou des chefs d'orchestre qui arrivent à faire jouer la même partition à tout le monde n'est pas facile, et quand on y ajoute la complexité, voire le côté parfois incompréhensible de l'organisation de la gouvernance, notamment dans l'hôpital public avec un directeur qui ne choisit pas les personnes les plus importantes de son hôpital par rapport à l'acte de soin, c'est-à-dire les soignants, c'est encore plus compliqué. C'est un peu comme si dans mon usine où nous fabriquons des robots très complexes, j'avais la main sur les techniciens et le personnel ouvrier, mais pas sur l'embauche des ingénieurs, ils m'étaient imposés, je n'y arriverais pas parce que les choix d'embauche que je vais faire en tant que manager sont en lien avec la stratégie que j'estime la meilleure ou avec celle que le conseil d'administration a décidé de me proposer de mettre en œuvre. Si je n'ai pas la main, je vais avoir un souci de choix et sans doute ensuite un souci d'autorité. Comment me séparer d'un collaborateur qui, manifestement, n'est pas bien où il est et serait mieux ailleurs.

La première analogie avec le soin qui m'est venue à l'esprit est l'aviation civile. Dans les deux cas, on est sur des métiers à risque avec une proximité directe du consommateur, du public. Une centrale nucléaire comporte un risque très élevé, mais pour autant elle ne reçoit pas du public, et la capacité du public à

avoir un regard critique sur une centrale nucléaire est directement liée à ce qu'il peut lire dans la presse ou au débat démocratique sur le sujet. A l'inverse, quand vous faites un mauvais voyage dans un avion pourri qui n'est pas arrivé à l'heure et est tombé en panne deux fois, vous n'avez pas besoin d'avoir bac + 15 en aviation civile pour savoir que ce n'est pas terrible. Pour l'hôpital, c'est la même chose. Le consommateur, la personne malade qui a eu les soins, est capable de déployer un esprit critique en temps réel, minute par minute, heure par heure. La grande différence entre un avion et un hôpital, c'est qu'en général on prend l'avion par choix mais on ne va pas à l'hôpital par choix. Quand vous allez dans un endroit à reculons, si en plus vous ne vous sentez pas bien parce que vous êtes anxieux, et comment ne pas l'être quand on rentre dans un hôpital pour des raisons lourdes, la moindre contrariété va prendre des proportions qu'elle n'aurait pas forcément prise à la foire du Trône. Mais on n'est pas à la foire du Trône, on n'est pas là pour s'amuser.

Il y a des similitudes aussi sur le caractère très protocolisé. L'aviation civile et le soin sont de plus en plus protocolisés. Dans les premiers travaux auxquels j'ai participé il y a dix à quinze ans sur la sécurité du patient, on prenait l'exemple du gruyère, ces tranches de gruyère où l'on voit passer la flèche jusqu'au bout, ce qui veut dire que les filtres n'ont pas marché et c'est là qu'arrive l'accident et que toute la politique de gestion des risques déployée dans l'aviation civile, elle essaie de se déployer dans la sphère du soin, en France comme ailleurs. On trouve en France comme ailleurs les mêmes difficultés à la mettre en œuvre, qui sont peu ou prou liées à des problématiques de hiérarchie et d'autorité. Dans mon entreprise on fabrique des produits sensibles, fournies à l'aéronautique civile ou militaire, et il y a des choses que l'on ne fait pas en usine et si on les fait, il faut changer de métier. C'est vrai dans beaucoup d'industries, c'est moins vrai dans le soin, malheureusement. Et cet aspect est un élément évident du mal être au travail, de la qualité de vie au travail.

Je m'en suis rendu compte très vite, dès 1998, lorsque Bernard Kouchner a lancé un audit sur toutes les stérilisations en France. 100 % des stérilisations ont été auditées à la suite de quoi un certain nombre de dispositions ont été prises. La plupart des soignants savaient que la stérilisation dans leur établissement dysfonctionnait et qu'ils pouvaient opérer avec des instruments moyens, et pour autant leur capacité à interagir sur cette situation étant nulle ou presque, ils devaient contre mauvaise fortune bon cœur en sachant qu'ils faisaient prendre des risques parfaitement évitables à leurs malades. Cela ne peut pas aboutir à ce que des professionnels, qui ont fait le choix de faire du bien aux autres, d'en prendre soin, les fassent nager dans un bonheur professionnel.

Quand on demande au grand public, et notamment aux membres de France Assos Santé, à quoi leur fait penser la question de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, la réponse est toujours la même, c'est la baisse des effectifs. Le public fait un lien direct avec la baisse des effectifs. Il y a vingt ans, quand on a parlé d'infections nosocomiales, on nous a opposé la baisse des effectifs, ce n'est donc pas nouveau. C'est définitivement ancré dans l'esprit du grand public. Probablement parce que les gens eux-mêmes, dans leur parcours, leurs expériences, ont vécu une nuit où auparavant il y avait trois ou quatre infirmières, et se retrouvent aujourd'hui avec une ou deux personnes qui doivent gérer encore plus de lits qu'il y a vingt ans. Cette situation objective dans beaucoup d'endroits est vécue par le grand public comme anormale, de nature à être en empathie avec le personnel. Et quand on pose la question aux professionnels, le mécontentement des malades lorsqu'il est manifesté est un sujet significatif de mal être. On n'est pas soignant pour se faire réprimander sur les soins que l'on va dispenser ou sur l'attitude que l'on a eue ou que l'on n'a pas pu avoir. J'imagine la frustration que cela peut être pour un soignant de se dire que ce malade a raison de se plaindre. Il a raison de se plaindre, il m'en veut mais je ne suis qu'un pion et je n'ai aucune capacité de faire changer quoi que ce soit dans l'établissement. Quand un malade, sa famille, son entourage, viennent vous faire part de leur ressenti négatif sur le séjour, sur l'acte, on en souffre. Le premier à en souffrir est évidemment le malade, et c'est ensuite le soignant, mais la secrétaire aussi. En tout cas, ce sera la première personne à qui le malade ou son entourage pourra parler, sachant que le médecin n'est pas présent le plus souvent à ce moment-là.

Certains choix politiques faits ces dernières années sont-ils de nature à engendrer le mal être au travail chez les professionnels de santé, étant entendu que nous en tant qu'usagers du système de santé et, pour la plupart, cotisant, puisque vos salaires sont payés par nos cotisations, nous avons tout à fait intérêt à ce que vous soyez heureux dans ce que vous faites, autant que le pilote du Boeing, sachant que l'on n'a pas vraiment intérêt à ce qu'il soit névrosé. Avoir des professionnels de santé en bonne santé et heureux dans leur travail n'est pas un petit sujet pour l'intérêt des patients, la sécurité et la qualité des soins, bien entendu.

Des dispositions prises ces dernières années sont-elles susceptibles, de façon structurelle, de changer la donne de ce point de vue, d'améliorer ou de détériorer la qualité de vie au travail ? Tout à l'heure, un

médecin a évoqué la T2A et je suis assez d'accord avec lui. En 2003, j'avais été missionné par le ministre de la Santé de l'époque, Jean-François Mattei, pour la création du CISS et la mise en place de l'agrément des associations de santé qui ont permis de construire la démocratie en santé, et il planchait déjà sur la T2A, la tarification à l'activité, et sortir à l'époque du budget global. Il expliquait que le budget global était une sorte de cancer qui faisait qu'on ne savait pas ce qui se passait dans les hôpitaux publics alors que le privé était de fait à la tarification à l'activité, et qu'il fallait transposer la tarification à l'activité au service public en tenant compte de ses particularités.

L'observateur attentif que je suis n'est pas totalement négatif vis-à-vis de ce passage à la tarification à l'activité, mais un certain nombre de choses me choquent, et je ne suis pas le seul. Par exemple, je suis choqué de voir que des entreprises privées mettent leur nez dans des dossiers patients pour essayer de recoder des actes oubliés, ce qui est, à mon sens, une des dérives du dispositif. C'est une perte de chance pour l'établissement et ceux qui y travaillent de ne pas tout coder, car on attend des soignants qu'ils ne soient pas des robots de codage mais des professionnels qui soignent. Et lorsqu'ils oublient un codage, c'est-à-dire un élément lié au soin qui n'est juste pas tracé, c'est une perte pour l'établissement. Evidemment, cela pousse au recrutement. Et que ce soit auprès du médiateur de la République, Jean-Paul Delevoye, ou auprès du défenseur des droits, j'ai eu à traiter des dossiers de contentieux lourds qui étaient directement liés à des sujets de recrutement avec des abaques (?) dans telle chirurgie où si vous n'êtes pas à 200 ou 300 dans l'année, l'ARS peut revoir votre activité. Cela fait question car le vrai sujet de l'activité d'un établissement, ce sont ses capacités et ce dont a besoin le bassin de vie sur lequel il est. Créer des besoins sur des personnes qui n'ont pas forcément à être opérées ou prises en charge uniquement parce que c'est mieux stratégiquement pour l'hôpital est un vrai sujet. Et cela ne peut pas enchanter les professionnels qui, encore une fois, ont fait le choix de servir les plus faibles, ceux qui sont abimés par la vie à un moment donné, et de les remettre sur pied pour qu'ils continuent leur vie. La tarification à l'activité est un sujet majeur. Beaucoup de professionnels de santé que je connais se posent des questions et je m'en pose aussi.

On voit bien que depuis 2003, la plupart des ministres ont essayé d'atténuer les choses. Il y a aujourd'hui des spécificités de l'hôpital public qui sont prises en compte. Y a-t-il d'autres façons de faire que tarification à l'activité d'un côté ou enveloppe globale de l'autre ? Je ne sais pas, mais ce qui est sûr, c'est que l'on manque d'indicateurs sur l'hôpital et sur l'activité.

Un élément évident participe au mal être des professionnels de santé, c'est le manque de reconnaissance, avec deux niveaux : un niveau interne et un niveau externe. Le manque de reconnaissance interne, c'est l'incapacité de se voir reconnu pour le travail que l'on fait par l'environnement professionnel, qu'il s'agisse de ses collègues mais surtout son N+1. Et puis, il y a la reconnaissance externe. J'ai moi-même beaucoup œuvré pour la mise en place d'indicateurs de qualité, et notamment le premier tableau de bord sur les infections nosocomiales. C'est une décision de 2003 mise en œuvre par Jean-François Mattei avec une commande à l'époque à l'InVS, sortie en 2006 sur les indicateurs 2005.

Pour moi, ces indicateurs avaient autant un but interne qu'externe, c'est-à-dire qu'ils permettaient de donner de la transparence sur les performances et les résultats, autant pour le grand public qui en avait besoin que pour les professionnels de santé, et ils permettaient aux professionnels de santé de se comparer entre eux. Pour en avoir beaucoup parlé avec vous pendant des années, il y avait et il y a toujours à l'évidence une frustration de ne pas pouvoir se comparer avec un autre. Et je parle ici de l'établissement en tant que tel. Dans le secteur marchand, la capacité de se comparer, c'est la progression de l'entreprise, ses ventes, sa notoriété, et la répétition des ventes aux mêmes clients. Le journal le Point a publié son palmarès annuel il y a quinze jours. Est-ce que la capacité de faire venir un malade d'un département voisin donne un regard objectif sur la qualité de l'établissement ? Pas du tout. J'ai un pied dans le Loir-et-Cher et un pied dans Paris, quand je suis à Paris j'ai le choix de mon soignant et de mon établissement, beaucoup moins quand je suis dans le Loir-et-Cher. La réalité de la notoriété et de la capacité de l'établissement à faire du bon travail et à être reconnu n'est pas celle-ci.

Les tableaux de bord des infections nosocomiales ont eu à un moment cette fonction, elles ont permis aux établissements de se comparer. La prochaine étape sera le benchmark par les usagers eux-mêmes. L'un de nos objectifs à court ou moyen terme est que France Assos Santé puisse le mettre en œuvre, et les nouvelles technologies vont nous permettre de le faire. Il faudra le faire avec vous, bien entendu, mais nous le ferons parce que les Français sont demandeurs, et parce que c'est légitime. Par ailleurs, cela vous fera du bien dans le vrai sens du terme. Quel levier extraordinaire de pouvoir vous fonder sur des indicateurs issus des malades eux-mêmes dans le bassin de vie dans lequel vous êtes. Et e-Satis, c'est déjà de la préhistoire, parce que cela ne marche pas en temps réel, parce que l'échantillon est très petit. Des plateformes se mettent en place, mais elles sont toutes plus ou moins commerciales, et nous vou-

lons mettre en place une plateforme non commerciale et créée par les associations elles-mêmes. J'estime que c'est un point fondamental de la valeur ajoutée que peut apporter France Assos Santé au grand public et aux professionnels de santé.

Quand demain nous aurons de vrais indicateurs sur des bassins de vie, d'établissements, faits par des personnes qui habitent le bassin de vie, on pourra les regarder face aux indicateurs de la qualité de vie au travail que vous avez mis en place dans vos établissements. Et je fais le pari ici que les mieux notés par les usagers seront ceux pour qui la qualité au travail est la mieux ressentie dans l'établissement.

En attendant, que pouvons-nous faire ? J'ai pu lire dans le rapport de 2012-2013 de la HAS des choses très intéressantes, comme toujours quand la HAS s'empare d'un sujet, et notamment que la récrimination du public est vécue comme une vraie blessure par les professionnels quels qu'ils soient. Elle est en augmentation, on a même des violences, on les traite chez le défenseur des droits. Magali Eymery et Édouard Couty ont mis en place la cellule de médiation, elle est nécessaire. En attendant les grands bouleversements liés à l'e-santé et à la capacité qu'ont les malades de s'exprimer, je propose que les gens satisfaits de leur passage à l'hôpital puissent le dire. C'est compliqué d'écrire, les gens n'aiment pas écrire, on écrit lorsque l'on n'est pas content, mais on n'écrit pas lorsque l'on est content. Pour autant, quand vous faites des sondages sur le soin en France et sur l'hôpital, 85 ou 90 % des gens se disent satisfaits. Nous dans les associations, vous au ministère, hier chez le défenseur des droits ou le médiateur de la République, on ne voyait que les trains qui n'arrivaient pas à l'heure, et on a donc une fausse idée du ressenti général. Je dis toujours à mes salariés ou à ceux qui peuvent ne pas être contents de leur passage au sein de notre association de ne jamais oublier que ceux qui sont contents le disent mais ne l'écrivent pas. On garde les écrits, on oublie les mots. Donnons la possibilité aux malades de rendre hommage par écrit à l'équipe, facilement, de sa chambre, avant qu'il quitte l'établissement. Face aux revendications, aux difficultés, au temps passé dans les transports - et je pense notamment aux professionnels de santé parisiens -, que face à tous ces sacrifices, ils aient de temps en temps l'occasion d'avoir des gens qui disent merci et qui l'écrivent.

La qualité de vie au travail, c'est l'aspect physique et psychique de la manière dont on vit au travail, dans notre monde moderne, j'inclus l'usine dans laquelle je fabrique des robots, sachant qu'on ne les fabrique pas de la même façon aujourd'hui qu'il y a quinze ou vingt ans. Le mal être est aujourd'hui beaucoup plus psychique que physique. Et le mal être psychique vient du manque de reconnaissance, de l'incapacité à faire valoir des petites améliorations à son niveau, et de ce point de vue les micro-organisations sont performantes. Si je veux savoir ce qui se passe dans mon usine, ce ne sont pas les cadres que je dois voir, mais les ouvrières et les ouvriers eux-mêmes. Il faut que je leur parle, que je comprenne, parce que non seulement ils peuvent me dire ce qui ne va pas, mais aussi m'expliquer comment améliorer les choses sans dépenser un centime. Alors que si je pose la question au cadre, il sera incapable de répondre parce que les journées ne font que vingt-quatre heures, et que l'on passe la majeure partie du temps consacré au travail à répondre à la hiérarchie, de même que le directeur de l'hôpital doit consacrer un temps important à sa hiérarchie, que ce soit l'ARS ou le ministère, et du coup, on ne voit pas les petites choses pouvant améliorer la vie des uns et des autres parce qu'on ne s'intéresse pas à la base. Il faut donc revenir à la base, obtenir l'avis de ceux qui savent parce qu'ils sont huit ou dix heures par jour au contact du malade, donc donner de la visibilité à ce travail et la capacité aux malades de rendre hommage à ces professionnels de santé.

Véronique GHADI

Merci à vous, c'est une grande satisfaction de voir que du côté des associations d'usagers il y a une convergence d'analyse et de point de vue, mais je n'en doutais pas pour croiser régulièrement des représentants d'usagers dans les groupes de travail.

7. Et l'avenir ? Perspectives de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé, sociaux, et médico-sociaux

Véronique GHADI

Je vous propose de passer au bilan et à la conclusion de cette journée. J'invite à nous rejoindre Richard Abadie, Directeur général de l'Anact, et Anne-Marie Armanteras de Saxcé, membre du collège de la HAS et présidente de la Commission Certification des établissements de santé.

Ces journées témoignent du véritable succès des clusters sociaux sur la qualité de vie au travail, même si la question de l'avenir de ce projet est posée. Pouvez-vous nous rappeler, Madame Armanteras de Saxcé, pourquoi la HAS s'est impliquée sur ce sujet de la qualité de vie au travail.

Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE, HAS

Il est important de se rappeler la motivation de la Haute Autorité de Santé en 2010, la porte d'entrée ayant été la certification. Il serait intéressant de reparler maintenant de notre motivation à poursuivre ce travail. Pourquoi la HAS a-t-elle introduit la question des conditions de travail dans la certification en 2010 ? Il y a eu trois déclencheurs. Le premier a été la demande des professionnels de santé eux-mêmes qui ont fait le lien entre certification et conditions de travail, organisation du travail. Ils l'ont fait assez massivement dans un sondage Ipsos 2007. Le deuxième déclencheur a été les travaux menés par la HAS sur la maltraitance. Il est apparu un lien assez direct entre des situations de maltraitance ordinaire et des situations de management délétère ou de conditions de travail perçues par les professionnels comme pouvant être à l'origine d'un désengagement sur ce lien fondamental sur la bientraitance au patient. Et cette période était aussi marquée dans le monde de l'entreprise, et pas uniquement dans le monde de la santé, par les questions de la souffrance au travail.

Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la HAS a choisi de faire figurer dans son manuel la nécessité d'un engagement des établissements de santé dans le cadre de leur politique de s'intéresser à la question du travail. Mais il nous fallait un partenaire. La porte d'entrée était l'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité, et il nous fallait un partenaire qui nous conforte dans un lien méthodologique, scientifique, technique, sociologique, psychologique, entre l'amélioration de la qualité des soins et l'amélioration des conditions de travail. Ce partenaire ne pouvait être que l'Anact et nous nous sommes félicités car nous avons pu démarrer avec eux la réflexion et nous avons pu ensuite produire un travail de grande qualité, comme a pu le montrer la journée d'aujourd'hui.

Véronique GHADI

Pour l'Anact, la qualité de vie au travail est un peu son cœur de métier, mais quel intérêt pour vous de travailler ce lien entre conditions de travail et qualité des soins ?

Richard ABADIE, Anact

Le réseau Anact-Aract travaillait déjà depuis quelques années sur la problématique de la qualité de vie au travail, notamment dans le cadre d'une approche interprofessionnelle, et le rapprochement avec la Haute Autorité de Santé était l'opportunité de développer une approche plus sectorielle. C'était une opportunité, dans le bon sens du terme, à au moins trois titres.

Une entrée sectorielle, c'était important pour nous. C'est un secteur dans lequel le lien entre qualité du travail et qualité des conditions de travail s'impose assez aisément. C'est un secteur dans lequel la qualité des soins permet de juger de la qualité du travail. En définitive, la qualité des soins s'avérait être un objectif de performance partageable et qui parlait à beaucoup d'entre nous. C'est également un secteur important pour nous au vu du nombre de salariés et d'agents qui y travaillent. Il présente une très grande diversité de métiers, l'exposition à un certain nombre de risques variés y est importante, et assez logiquement les attentes des salariés concernés et de la population sont donc nombreuses.

La deuxième opportunité pour le réseau Anact-Aract était justement de travailler en réseau. De fait, en 2010, les Aract intervenaient déjà dans les établissements de santé. Nous avons donc un premier matériau qui nous permettait de chercher à construire une stratégie d'ensemble. C'était une opportunité pour

nous que d'arriver à développer une démarche sectorielle permettant de mutualiser ces différentes productions. C'est d'ailleurs devenu aujourd'hui un des grands projets qui structure l'action du réseau Anact-Aract. De plus dans la mesure où nous contribuons à des missions de service public il était important pour nous, de gagner en performance, en déployant nos outils le mieux possible. Vis-à-vis des salariés du réseau, cela participait également à donner du sens à leur action.

Le troisième élément d'opportunité, était lié à l'existence d'une réelle complémentarité entre nous. Le réseau Anact-Aract a surtout vocation à travailler sous une forme ascendante basée sur le volontariat, avec des établissements qui souhaitent engager des démarches innovantes, et le fait de travailler avec la HAS, permettait de couvrir plus exhaustivement et dans un cadre un peu plus incitatif l'ensemble des établissements concernés. Enfin, il était très opportun pour nous de développer ce partenariat puisque nous avons très vite partagé la nécessité de co-construire un certain nombre d'actions, ce qui pour nous, était important puisque cela permettait l'implication des partenaires sociaux, une association indispensable au regard de notre modèle paritaire.

Véronique GHADI

Avec un peu de recul, ce partenariat avec l'Anact, en quoi a-t-il apporté quelque chose à l'action de la HAS ?

Anne-Marie ARMANTERAS de SAXCE

D'abord, les organisations syndicales ne sont pas un interlocuteur direct de la Haute Autorité de Santé, et donc l'Anact a travaillé avec les instances représentatives du personnel pour élaborer les méthodes de travail et le cadre du travail. La HAS n'aurait pas su le faire seule. D'autre part, par rapport au réseau de proximité des Aract, il n'a jamais été question d'imaginer que nous allions faire une note de service nationale informant qu'à partir de demain tout le monde allait travailler selon le plan ZW2 qui est devenu la qualité de vie au travail. Comme vous l'avez tous dit dans la journée, c'est un travail de proximité, de détails, et il fallait donc ce réseau.



Nous sommes une haute autorité scientifique et nous élaborons des méthodes, des outils, nous les évaluons, nous le faisons à partir des preuves de la littérature et des experts, et nous avons un jalon manquant. Notre porte d'entrée a été la sécurité et la qualité des soins. Pour améliorer la sécurité et la qualité des soins, il faut améliorer les conditions de travail, c'est prouvé à l'échelle internationale et la HAS travaille bien sur ce sujet. Il fallait que nous parvenions à fonder techniquement et scientifiquement le lien, le pont entre qualité du travail à partir de l'amélioration de la qualité des soins et surtout de la sécurité, et la qualité de vie au travail. Le partenariat avec l'Anact nous a permis de le fonder. C'est vraiment la synergie du partenariat qui a accompagné la synergie du concept. On ne peut pas découper nos équipes de soins qui travailleraient pendant trois mois sur l'amélioration de la qualité des soins, pendant trois mois sur l'amélioration de la sécurité, puis trois mois sur l'amélioration des conditions de travail, et enfin trois mois sur la qualité de vie au travail. C'est impossible. Sachant que la notion d'équipe a subi de très nombreuses évolutions ces dernières années en devant s'adapter à de nouvelles notions du temps et de l'espace.

La synergie sur le concept nous a convaincus et nous a conduits à travailler à une démarche un peu intégrative, de sorte que nous puissions nous assurer que travailler à l'amélioration de la qualité de vie au travail profite à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et identifier les déterminants de ce lien réciproque entre qualité et sécurité des soins et qualité de vie au travail. C'est le sujet qui nous a rendus crédibles. Le Docteur Agnès Ricard-Hibon, la chef de service du Samu 95, a bien expliqué qu'elle était entrée dans la démarche qualité de vie au travail par l'intégration dans le programme PACTE développé par la HAS, mais que son sujet, c'était la sécurité de l'activité des personnels du Samu qui répondent aux patients et leur lien avec le médecin.

Véronique GHADI

On voit bien comment la synergie des deux approches a produit une nouvelle connaissance ; les clusters, la capacité à expérimenter depuis deux ans, a aussi produit un certain nombre de matériaux. Pour autant,

cela reste fragile, on ne sait pas trop ce que cela va devenir. D'après vous, quelles sont les perspectives d'investissement de l'Anact, les axes de progrès ?

Richard ABADIE

S'il existe des axes de progrès, ils relèvent d'étapes, de points de vigilance. Si nous pouvons aujourd'hui les identifier si précisément, c'est bien grâce au travail qui a été fait et qui a été largement présenté aujourd'hui. L'un des premiers axes est déjà de pouvoir généraliser ce qui a été fait depuis 2010. A minima, ces axes de progrès pourraient être regroupés autour de quatre thématiques et concernent plus spécifiquement chacun des trois acteurs-clés identifiés ce matin par l'équipe de chercheurs pluridisciplinaire, la direction, l'encadrement intermédiaire et les instances représentatives du personnel.

La direction est peut-être la plus directement concernée par un premier axe qui vise à bien intégrer la qualité de vie au travail dans la conduite des transformations sociales. La QVT ne doit pas être un dispositif en plus, mais bien une ressource pour progresser. Il faut donc faire en sorte que cette démarche QVT vienne s'ancrer dans les enjeux et projets des établissements. Ce matin, un directeur de clinique considérait à juste titre qu'il fallait se demander lors de chaque réunion – et pas uniquement dans l'instance suivant la mission ad hoc QVT - quelles conséquences sur la qualité de vie au travail peut avoir toute décision envisagée. Il a été démontré que concernant la qualité de vie au travail, il n'y a pas de petit sujet, comme on a pu le voir avec l'exemple de l'administration des médicaments.

De la même façon, les démarches QVT ne peuvent venir qu'en appui aux démarches existantes d'amélioration de la qualité des soins, y compris avec la nécessité d'élargir la concertation avec les représentants des usagers, et l'Anact peut aussi accompagner cet élargissement du champ des personnes à associer.

Le deuxième axe de progrès pourrait guider plus spécifiquement le second acteur-clé que sont les managers. Je ne vais pas reprendre les éléments de diagnostic qui ont été largement évoqués, mais on a dit que les managers dans ces services sont à l'interface de contraintes descendantes et ascendantes, qu'ils doivent relayer un cadre de contraintes, y compris budgétaire et réglementaire, tout en vivant la réalité du travail vécue par les collectifs soignants. Au quotidien, ils sont happés par des problèmes qui les exposent à des conditions de travail difficiles. L'exemple de la gestion de l'absentéisme a été évoqué à plusieurs reprises. La démarche va permettre de prendre du recul et d'être davantage dans un rôle de soutien aux équipes et en capacité de revaloriser leur activité. Il y a donc un axe important pour les aider à jouer leur rôle de régulateur entre les patients et les équipes soignantes.

Les axes expérimentés devront être développés, ce qui implique de développer pour les cadres eux-mêmes des espaces de discussion sur leur travail pour les aider à harmoniser leurs pratiques, à partager leurs référentiels communs. Ils ont aussi besoin d'un véritable dialogue interprofessionnel. C'est la spécificité, en effet, de votre secteur d'activité de faire se côtoyer des métiers différents, avec des niveaux hiérarchiques qui sont parfois spécifiques. C'est enfin un axe majeur pour les actions à mener de redonner la capacité de déléguer au plus près du terrain un certain nombre de décisions.

Le troisième axe porte sur le troisième des acteurs-clés identifiés, à savoir les acteurs du dialogue social, et en premier lieu les instances représentatives du personnel. Comment aider à développer de nouvelles pratiques de dialogue social...

Parce qu'on est dans cette dynamique d'apprentissage collectif, les pratiques de dialogues de sociales peuvent également évoluer et se renouveler :

- Les partenaires sociaux doivent disposer de ressources et méthodes leur permettant de se recentrer sur les situations réelles de travail.
- Les Représentants des employeurs et des salariés gagneront à se référer aux propositions des professionnels issues des démarches participatives. Les circuits concertation, négociation, décision s'enrichiront ainsi de l'ajout d'une étape qui est celle de la participation des personnels.
- L'expérimentation peut également devenir un outil du dialogue social. Il s'agit dans un premier temps de partager une méthode, d'expérimenter puis de valoriser les résultats obtenus. C'est une ressource supplémentaire, un appui à la négociation et de fait comme l'a évoqué une secrétaire adjointe du CHSCT ce matin, les parties sont davantage dans la co construction.

Le dernier axe de progrès (et pour lequel il ne faut à minima pas baisser la garde) concerne tous les acteurs puisqu'il porte sur le soutien à l'apprentissage collectif :

L'efficacité de ce qui a été réalisé à ce jour dans le cadre de nos partenariats passe notamment par le processus d'expérimentation, qui implique le droit à l'erreur et à la réversibilité. Dans l'expérimentation, on peut revenir en arrière mais on tire toujours un bénéfice de ce qu'on a tenté. A ce titre, le lancement d'un observatoire sera d'autant plus utile qu'il pourra servir de « caisse de résonance » aux multiples pistes explorées dans les territoires, et donc pour produire de la connaissance, la diffuser, la renouveler.

L'objectif de qualité de vie au travail est en effet indissociable de la méthode pour y parvenir. La QVT relève d'un processus d'apprentissage collectif et partagé, impliquant l'ensemble des acteurs concernés. C'est une ambition forte, mais également une difficulté : cela demande de l'énergie, de la persévérance, de la continuité dans des contextes qui ne cessent de se modifier au jour le jour. Mais justement dans un tel contexte mouvant il est toujours préférable d'apprendre des processus vertueux qui permettent de gérer les difficultés du travail plutôt que d'apprendre à gérer une difficulté, d'où l'importance de co-construire une organisation où chacun connaît le travail, les contraintes et les ressources de l'autre.

Véronique GHADI Véronique

Merci, Anne-Marie Armanteras de Saxcé, quelles suites pour la HAS au regard de ce sujet.

Anne-Marie Armanteras de Saxcé

L'engagement de la HAS se fondait sur le lien qualité de vie au travail et qualité des soins et les expérimentations ont confirmé le lien, montrant l'intérêt partagé de s'intéresser à l'organisation du travail comme vecteur d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des professionnels. Ces éléments sont à poursuivre, notamment sur deux axes. D'abord la sécurité du patient et le travail en équipe. La plupart des erreurs s'inscrivent dans des dysfonctionnements des collectifs de travail, déficit de communication entre professionnels... C'est un enjeu central que de poursuivre les travaux visant à renforcer le bon fonctionnement du travail en équipe. On a bien vu comment les espaces de discussion et les méthodes mises en œuvre dans le cadre de ces démarches ont redonné le goût de l'équipe et du partage aux professionnels qui se sont impliqués. Nous avons des constats de même nature avec les travaux menés par la mission Sécurité du Patient sur le programme d'amélioration du travail en équipe, dit Pacte. L'avenir est donc au renforcement de nos travaux sur équipe et au déploiement de ces démarches en convergence avec celle sur la qualité de vie au travail. Cela s'inscrit évidemment pas l'innovation managériale que Richard Abadie appelle de ses vœux mais également par l'intégration de démarches structurées sur la sécurité du patient

On retrouve des parallèles entre les outils de sécurité des soins et ceux portés en qualité de vie au travail : en termes de mise en discussion, d'intérêt sur le travail réel, d'implication des équipes de terrains

- Les travaux autour de la bientraitance, du renforcement de la place des usagers, du patient partenaire dans les soins.

Si les travaux sur la maltraitance ordinaire ont contribué à la décision d'inscrire un critère sur la qualité de vie au travail dans la certification, le développement des travaux sur les usagers, la bientraitance et sur la qualité de vie au travail se sont fait en parallèle. Il est évident qu'à l'avenir ils devront être abordés conjointement.

Ainsi, les modalités d'implication des patients dans leurs soins, nécessite un renouvellement de la relation entre soignants et soignées et de nouvelles modalités d'organisation autour du patient, de son information, de l'adaptation de ses soins pour prendre en compte ses préférences et ses besoins. Cela ne pourra se faire que si les professionnels, les équipes disposent de marges de manœuvre pour adapter leurs organisations pour en discuter en leur sein mais également avec les usagers et là nous sommes clairement sur le sujet de la qualité de vie au travail. En d'autres termes, la progression en direction des usagers ne pourra se penser et se déployer que conjointement à une dynamique de la qualité de vie au travail.

- L'évaluation de la qualité de vie au travail

La mission de la HAS est une mission scientifique : elle produit des connaissances, développe de nouveaux sujets, produit des méthodes. Elle n'assure par le déploiement, qui sera dans ce cas assuré par l'Anact et la DGOS mais par contre, elle est en charge de l'évaluation et pour cela elle dispose de la certification, qui dans son évolution prendra en compte l'évaluation de la qualité de vie au travail selon des modalités renouvelées. D'ailleurs, La Qualité de vie au travail est une dimension prise en compte

dans les programmes d'accréditation internationaux. Au-delà de la certification, la HAS dispose également potentiellement de la base des EIG dont l'analyse pourra fournir également des éléments. C'est sur cette base qu'elle se propose de contribuer aux travaux de l'observatoire telle que le conçoit la DGOS et d'en être l'un des partenaires principaux.

Conclusion

Cécile COURREGES Directrice Générale de l'Offre de Soins (discours officiel)

Madame la membre du collège de la Haute Autorité de Santé, Chère Anne-Marie (Armantéras-de Saxcé),
Monsieur le directeur général de l'Anact, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail (Richard Abadie),

Mesdames, messieurs,

Je souhaite remercier tous les orateurs et participants à cette journée de partage d'expériences.

Je tiens également à vous remercier pour votre implication dans tous ces projets portés avec la HAS, l'ANACT, les ARS et les ARACT.

Ils illustrent, s'il en était besoin, que l'on peut améliorer conjointement la performance de notre système de santé, la qualité de vie au travail et la qualité des soins aux patients.

Vous apportez, une fois de plus, la preuve que le changement et l'amélioration sont porteurs de sens, et ce d'autant plus lorsqu'ils reposent sur des projets co-construits et alimentés par l'intelligence collective et l'expertise de chacun.

1. Je veux vous le dire, j'ai la conviction que c'est de cette manière qu'il convient de travailler et d'aborder les défis qui s'imposent à notre système de santé.

Je retiens en effet de vos démarches, quelques principes qui doivent guider l'action publique.

Le tout premier, je viens de le dire, c'est d'avoir fait le pari de l'intelligence collective et de la capacité de chacun, quelle que soit sa position, de contribuer, de se remettre en question, de se projeter dans des organisations différentes. Les professionnels sont les meilleurs experts de leur métier, ils sont en mesure d'identifier et de se mobiliser sur des marges de progrès, si tant est que leur est offert un cadre de travail adapté.

Offrir ce cadre, être en support, c'est la façon dont madame la ministre nous a demandé de travailler dans la conduite de notre action : plus de solution unique décrétée à Paris, moins de réglementation et davantage de capacité donnée aux acteurs pour agir localement. Cela est vrai pour les sujets hospitaliers, cela l'est également pour les sujets d'organisation territoriale.

A l'aune de votre expérience, peuvent être identifiés plusieurs facteurs de succès.

Par exemple, au sein de thématiques d'actions générales, tel que le virage ambulatoire ou le développement de l'hospitalisation à domicile, vous vous êtes mobilisés sur des sujets cadrés, avec des périmètres et des objectifs précis et partagés, dans un horizon temporel défini. La clarté est un facteur de succès de vos projets, de nos projets. Elle crée la confiance nécessaire à l'action.



Egalement, vous avez aussi su entrer dans une dynamique de changement dans laquelle le droit à l'erreur est possible : cela s'appelle innover, expérimenter. Se souvenir qu'il faut procéder par itération, qu'une solution n'est jamais unique et doit être ajustée localement, permet de lever certains freins au changement.

Enfin, je relève la dimension de partage de bonnes pratiques, d'échanges entre pairs, permise par ce travail en groupe dans vos

« clusters ». Cela crée de l'émulation, cela valorise l'action des uns et alimente la créativité des autres.

Finalement, et j'aurais pu commencer par ce point, il y a ce sujet très important du management des établissements et du rôle des instances de représentation des personnels. Les différentes lignes hiérarchiques, soignantes, médicales, administratives, ont supporté et promu l'engagement des équipes sur

des sujets importants pour l'institution. Le dialogue avec les différentes commissions a permis d'équilibrer la nature des objectifs, de les rendre acceptables. L'alignement des acteurs rend les choses plus fluides ou tout simplement possibles, il permet au management intermédiaire et de proximité de jouer pleinement son rôle, celui d'emmener les équipes, celui de leur donner l'opportunité, l'envie et les moyens de s'engager.

Tout ceci ne constitue pas des enseignements à proprement parler, mais plutôt un rappel nécessaire :

- que la qualité de vie au travail dépend aussi, et peut être avant tout, de la capacité de chacun de pouvoir agir sur son travail, de pouvoir le remettre dans un environnement et une perspective plus globale, de pouvoir contribuer à une entreprise collective ;
- et que donner cette capacité aux professionnels ne coule pas de source mais nécessite une démarche structurée, telle que la vôtre, un management impliqué et des instances de représentation pleinement investies de leur rôle.

2. Ce rappel est important car il est structurant pour le chemin que nous avons à parcourir pour faire évoluer notre système de santé

Le secteur de la santé, et l'hôpital en particulier, n'est pas immobile. Il a connu des réformes successives et structurantes. Je ne vais pas refaire l'histoire, ni développer celle que nous vivons actuellement, la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Je veux simplement signaler que nous sommes engagés dans un mouvement global dont chacun doit percevoir le sens : nous devons adapter notre système à une importante évolution des besoins de santé, ceux liés à la complexité des pathologies chroniques et du vieillissement, et que cette adaptation doit non seulement tenir compte des contraintes, financières et humaines, mais également s'appuyer sur des opportunités nouvelles, notamment liées aux technologies de l'information qui nous permettent d'innover dans nos organisations.

Il en va de notre capacité à améliorer la qualité et la pertinence des soins, de notre impératif de réduire les inégalités territoriales et sociales d'accès à des soins de qualité et de notre devoir de davantage nous investir dans la prévention.

Ces perspectives seront au cœur de la Stratégie Nationale de Santé dont la ministre annoncera demain le lancement des travaux et dont elle rappellera l'ambition première, celle de donner du sens à notre action et de la visibilité sur nos priorités.

Mesdames, messieurs,

Je sais qu'en tant que professionnels de santé vous partagez cette ambition générale d'amélioration de notre système de santé.

J'ai également conscience des implications pour les professionnels et je mesure la responsabilité que nous avons vis-à-vis d'eux.

Madame la ministre l'a rappelé dans son allocution d'ouverture de votre journée d'échange. Les changements, même nécessaires, bien compris et souhaités, transforment l'organisation du travail et le quotidien des professionnels. Ils font évoluer les rôles et les interactions de chacun, ils bouleversent les repères.

Mais ils doivent aussi être source d'opportunités, au premier rang desquelles celle d'améliorer les conditions de travail, de mieux maîtriser les risques psychosociaux inhérents à nos métiers et de pouvoir toujours mieux accomplir notre mission première, celle à l'origine de notre engagement, d'offrir aux personnes des prises en charge de qualité, adaptées à leurs besoins.

C'est le sens de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail à laquelle la ministre a rappelé son attachement et pour laquelle elle a défini de premières priorités de mise en œuvre, sur lesquelles mes services sont pleinement investis.

Je vous remercie à nouveau,



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr