



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Actes du séminaire  
« Qualité de vie au travail et qualité des soins  
dans les établissements de santé »**

21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis



# Organisation du séminaire

## Séminaire présidé par

Laurent **DEGOS**  
Président du Collège de la Haute Autorité de Santé

Jean-Paul **GUERIN**  
Membre du Collège de la Haute Autorité de Santé, Président de la Commission certification des établissements de santé

Raymond **LE MOIGN**  
Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Haute Autorité de Santé

## Equipe projet HAS

### Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)

Anne **DEPAIGNE-LOTH**  
Conseiller technique

Hubert **GARRIGUE-GUYONNAUD**  
Conseiller Général des établissements de santé - IGAS

Véronique **GHADI**  
Chef de projet – service développement de la certification

Vincent **MOUNIC**  
Chef du service développement de la certification

Bénédicte **ROLLAND**  
Stagiaire de mastère II d'évaluation en santé - service développement de la certification

Rébéha **BENABOU**  
Assistante de direction - service développement de la certification

Sylvia **DESNOYERS**  
Assistante de direction - service développement de la certification

### Direction de la Communication et de l'Information des Publics (DCIP)

Emmanuelle **BLONDET**  
Documentaliste - service documentation information des publics

Isabelle **DESSALES**  
Chargée de communication - service communication institutionnelle

Gilles **DJEYRAMANE**  
Chargé des relations presse – service presse

Florence **GAUDIN**  
Chef du service presse

Michèle **HEBERT-DEMAY**  
Chef du service communication institutionnelle

**Les Actes ont été relus par les intervenants.**

**Document rédigé par la société Ubiquis – Tél. 01 44 14 15 16**  
<http://www.ubiquis.fr> – [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)

# Sommaire

<b>Introduction</b>	3
Jean-Paul GUERIN	
<b>Session I : Les mutations du travail</b>	4
<b>Les transformations du travail de 1980 à 2010</b>	4
Serge VOLKOFF	
<b>Qualité de vie au travail et qualité du travail</b>	8
Yves CLOT	
<i>Discussion</i>	9
<b>Mutations du travail : la situation des établissements de santé</b>	13
Pierre LOMBRAIL	
<b>Session II : Les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité de vie au travail en établissements de santé</b>	16
<b>Les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention</b>	16
Régis de GAUDEMARIS	
<b>Santé et satisfaction au travail : Enquêtes quantitatives et approches ergonomiques. Priorités dégagées.</b>	19
Madeleine ESTRYN-BEHAR	
<i>Discussion</i>	21
<b>Démarche participative et qualité de vie au travail</b>	24
Joël CECCALDI, Gilles NALLET	
<i>Discussion</i>	26
<b>Les hôpitaux attractifs en Belgique</b>	29
Sabine STORDEUR	
<b>Session III : Perspectives : approches managériales et qualité de vie au travail</b>	33
<b>Santé au travail, quand le management n'est pas le problème... mais la solution ?</b>	33
Mathieu DETCHESSAHAR	
<b>Qualité de vie au travail : les ressorts de l'organisation</b>	36
Pascale LEVET	
<i>Discussion</i>	39
<b>Session IV : Débat – Point de vue des participants</b>	42
<b>Synthèse de la journée</b>	42
Raymond LE MOIGN	
<b>Conclusion</b>	45
Laurent DEGOS	



## Introduction

**Jean-Paul GUERIN**

Membre du Collège,

Président de la Commission certification des établissements de santé, HAS

Bonjour et bienvenue à toutes et à tous. Je suis heureux d'ouvrir ce séminaire consacré à un thème qui a préoccupé la Haute Autorité de Santé dans le cadre de la certification. Dans le manuel, il était d'abord question de santé et de sécurité au travail. C'est dans la version 2010 que l'idée de qualité de vie au travail a émergé. L'inscription de ce nouveau critère montre bien que la HAS a cru bon de se saisir de la question. En effet, lorsque nous avons mené une enquête pour construire la version 2010 du manuel, les professionnels nous ont dit que l'intensification du travail à l'hôpital – comme dans le monde du travail de manière générale – posait des problèmes. Ils semblaient très soucieux que nous investiguions plus profondément ce thème.

La littérature internationale et française établit aussi un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins. De plus, lorsque nous avons voulu promouvoir l'excellent travail sur la maltraitance ordinaire à l'hôpital, les professionnels ont bien entendu notre message mais ils ont tenu à nous rappeler que les services maltraitants étaient aussi des services maltraités. Il est peut-être aujourd'hui temps de rattraper le manque que nous avons reconnu immédiatement. Notez enfin que les préoccupations de développement durable inscrites dans le manuel comprennent une composante qualité de vie au travail.

L'actualité du thème de la qualité de vie au travail est bouillonnante. Le champ politique est envahi de cette question. Les assemblées mais aussi notre ministère travaillent sur ce sujet. L'accord cadre des trois fonctions publiques s'en est également préoccupé. La HAS considère finalement que la qualité de vie au travail est une priorité dans le développement de la certification. A titre personnel, je crois que nous ne nous trompons pas en suivant cette voie. Je crois même que l'histoire nous jugerait sévèrement si nous ne nous saisissions pas de cette question.

Devant une problématique aussi complexe, ce séminaire ne pouvait faire autrement que de réunir toutes les parties prenantes pour débattre en présence d'experts afin d'enrichir la réflexion et de venir en aide aux professionnels des établissements hospitaliers. La HAS a l'intention d'approfondir cette question de la qualité de vie au travail dans le cadre du développement de la certification. En effet, nous avons prévu de faire évoluer peu à peu le manuel pour intégrer les préoccupations oubliées ou insuffisamment approfondies. Après avoir entendu les experts nous présenter les mutations du travail actuelles et après avoir vu les tentatives d'amélioration de la qualité de vie au travail à l'hôpital, nous tracerons en fin de journée des perspectives. J'espère que nous tirerons de ce séminaire des conclusions riches d'avenir.

## Session I : Les mutations du travail

### Les transformations du travail de 1980 à 2010

**Serge VOLKOFF**

Statisticien et ergonomiste, directeur de recherche, Centre d'études de l'emploi (CEE)

Bonjour à tous. Je ne suis pas un spécialiste du travail dans les établissements de santé mais je suis ici pour intervenir au titre d'une connaissance un peu plus générale sur les questions de qualité de la vie de travail et de santé au travail. Je suis en effet statisticien et ergonomiste. Dans les années 80, j'ai été responsable du montage du système français de statistique sur la santé au travail et sur les conditions de travail. Il y a une vingtaine d'années, j'ai fondé avec un collègue ergonomiste le CREAPT, Centre de recherche et d'études sur l'âge et les populations au travail, dédié aux questions de relations entre âge, travail, santé et compétences.

#### **I. Les grandes évolutions des conditions et de l'organisation du travail**

Je me reconnais bien dans l'idée exprimée par Monsieur Guérin selon laquelle l'histoire nous adressera des reproches pour avoir laissé se dégrader un certain nombre d'éléments ou pour avoir laissé passer des occasions de les améliorer. Pour caractériser les grandes évolutions des conditions et de l'organisation du travail ces 25 dernières années, il est intéressant de partir d'un ouvrage publié au milieu des années 90, *Le nouvel esprit du capitalisme* du sociologue Luc Boltanski et de la chercheuse en gestion Eve Chiapello. Un long chapitre de cet ouvrage est consacré à une analyse des grandes tendances de la presse managériale de cette époque. Les articles dédiés aux managers proposaient alors un nouveau modèle d'organisation de l'entreprise. Ils annonçaient d'abord la disparition des entreprises et des administrations sur le modèle disciplinaire. Le vrai chef n'est plus celui qui encadre, dirige ou commande mais celui qui indique l'avenir, qui donne du souffle. La principale responsabilité du dirigeant ne porte plus sur le présent mais sur les événements à venir.

La chercheuse américaine Rosabeth Moss Kanter dit bien à cette époque que le signe de bonne santé d'une entreprise ou d'une administration est qu'elle change pour s'adapter en permanence aux demandes extérieures. Quelles sont les conséquences prévues, annoncées voire souhaitées par ces auteurs pour les personnes au travail ? La première conséquence est la mobilité géographique. Les personnes ne sont pas rivées à une ligne de travail. Dans de nombreuses situations, y compris dans des administrations, les personnes n'ont plus de bureau. Deuxième conséquence, les travailleurs doivent renoncer au partage entre homme professionnel et homme privé : ils peuvent téléphoner chez eux dans la journée mais ils doivent aussi accepter de travailler dans les transports ou à leur domicile. L

Enfin, le bon salarié n'est pas celui qui est efficace dans son travail quotidien, c'est celui qui peut demain faire autre chose, maîtriser la plus grande variété de situations et s'intégrer sans revendication dans des équipes de configurations diverses.

Dans ce contexte, une série de modèles d'organisation d'entreprise, de travail et de contraintes sur le travail se sont entremêlés et superposés. C'est cette situation qui pose problème et qui empêche d'aller dans le sens du progrès. Le livre de référence sur l'intensification du travail est un ouvrage intitulé *Organisation et intensité du travail* paru en 2005 à la suite d'un colloque interdisciplinaire international. Cet ouvrage met bien en avant ce mélange de contraintes et de modèles d'organisation.

Si l'industrie ou les grandes administrations de type bureaucratique ont toujours été marquées par des contraintes « industrielles », ce modèle s'impose peu à peu dans les commerces et les services. L'arrivée des codes barres dans les supermarchés est un exemple de ce phénomène puisqu'à l'intérieur du système, un logiciel évalue les performances de la caissière. A l'inverse, le modèle de type marchand, caractérisé par exemple par l'adaptation à la clientèle, s'est implanté dans les univers industriels. Parallèlement, au moins un troisième modèle, celui que l'on qualifie parfois de domestique, persiste un peu. Il correspond à l'existence de petites communautés de travail dont les intérêts sont communs, dans l'agriculture et l'artisanat mais aussi de plus en plus dans les grandes organisations où sont mis en place des systèmes

d'évaluation de toutes petites équipes. Tel petit collectif de travail doit atteindre telle performance. Chacun est donc très solidaire des autres et celui qui ne fait pas le maximum dans son travail pénalise son collègue.

Ce grand mouvement d'entreprises changeantes s'accompagne d'un développement des contrats temporaires, d'une recherche beaucoup plus systématique de la polyvalence, de changements réguliers d'encadrement et d'une réorientation fréquente des objectifs. Quels sont les effets de cette mouvance sur la qualité de vie au travail ? Pour répondre à cette question, nous pouvons réinterroger un ouvrage coordonné par Jean Boissonnat, *Le travail dans vingt ans*, publié en 1995. L'auteur insistait sur la dématérialisation du travail, sur la disparition du travail parcellisé et sur le changement de rôle de la hiérarchie avec une élévation de la qualification et de l'autonomie des travailleurs. La réalité telle que les travaux statistiques, les études et les expériences des praticiens en témoignent est malheureusement beaucoup plus nuancée et complexe. Numériquement, le travail à la chaîne n'a pas évolué depuis des décennies, il continue à concerner 3 % de la main-d'œuvre. Sur le contrôle hiérarchique, notez que dans les enquêtes, le pourcentage de salariés disant que leur rythme de travail leur est en partie imposé par la hiérarchie tend à augmenter. Il n'est donc pas certain que les procédures de contrôle hiérarchique aient perdu leur prégnance.

## **II. La persistance des contraintes physiques dans le travail**

Au plan national, les corps sont-ils moins exposés, comme l'annonçait Jean Boissonnat ? L'enquête Sumer (Surveillance médicale des risques) révèle qu'en France, en 2003, 2,2 millions de personnes étaient exposées à des agents biologiques, près de 600 000 aux huiles minérales et un peu plus de 300 000 à des poussières de bois. Les corps se trouvent donc dans des environnements qui méritent que l'on y prête attention. Le phénomène est même en légère progression puisque le pourcentage de salariés exposés à au moins un produit chimique ou un solvant a augmenté entre les enquêtes de 1994 et de 2003.

L'enquête nationale sur les conditions de travail réalisée tous les sept ou huit ans depuis 1978 à l'initiative du Ministère du Travail montre que l'exposition aux secousses et aux vibrations a considérablement augmenté entre 1984 et 2005. Comme le nombre d'ouvriers de l'industrie diminue et que la mécanisation augmente, on aurait pu penser que ce type de contraintes se réduisait. Cependant, dans de nombreuses professions non ouvrières, que ce soit dans l'hôtellerie, la distribution, le nettoyage ou à l'hôpital, les corps sont mobilisés. Il faut aussi rappeler que les effets de la mécanisation ne sont pas toujours au rendez-vous. Les études ergonomiques menées dans les années 90 ont bien montré que les aides à la manutention, par exemple à l'hôpital, n'étaient pas toujours utilisées. Une étude avait tenté d'expliquer la faible utilisation du lève-malade dans certains services. Les causes étaient liées à un mouvement de rationalisation des soins qui contingentait le temps disponible pour réaliser un certain nombre d'actes. Parfois, selon la conception de l'espace, le fait d'installer le lève-malade prenait plus de temps que celui de le soulever à bras-le-corps. De plus, le mouvement de rationalisation des soins donnait aux soignants le sentiment d'avoir moins de temps à consacrer à la relation humaine avec le patient et les poussait à prendre le temps de les lever eux-mêmes pour justement créer un temps de lien.

## **III. L'intensification « disperse » les enjeux de qualité de vie au travail**

Nous avons constaté tout à l'heure le développement de différentes formes de contraintes de rythme. L'augmentation de l'exposition à la demande des clients, à la dépendance des collègues ou à des normes se concentre et se mêle et chacun doit arriver à les gérer. Essayons de catégoriser différentes situations de travail selon que les contraintes industrielles (normes, délais) et les contraintes marchandes (adaptation à une clientèle) sont modérées ou fortes.

Si à la fois les contraintes industrielles et les contraintes marchandes sont modérées, les travaux d'ergonomie ont bien montré que les collectifs de travail développaient une série de stratégies : anticipation, vérification, concertation, apprentissage de nouvelles méthodes. Une dynamique permanente de construction du travail se met donc en place. Si les contraintes industrielles se durcissent, le travail se trouve contingenté mais il est en même temps assez prévisible. Grâce à la relative stabilité de l'univers industriel, il est possible d'anticiper et de mettre en place une organisation qui permet de faire face aux contraintes. Dans un univers purement commercial, les temps creux et les heures de pointe se succèdent. Avec l'expérience, les salariés apprennent à se servir de ces temps creux pour récupérer ou pour préparer les heures de pointe. Quand il se durcit, chacun des types de contrainte discrédite les stratégies qui permettraient de faire face à un autre type de contrainte. Ainsi, dans un univers industriel, la stratégie



anticipatrice fondée sur la stabilité se trouve remise en cause si de nombreux imprévus surviennent. A l'inverse, dans un univers commercial ou de services, la mise en place de procédures extrêmement rigoureuses fait disparaître les temps creux.

Pourquoi obtient-on alors un effet de dispersion ? Ces combinaisons de contraintes remettent en fait en cause les stratégies de travail personnelles de chaque individu ou de chaque équipe. L'expérience de chacun correspond aux événements vécus sur lesquels on a pu réfléchir en fonction de soi-même, de ce que l'on sait faire, de ses qualités physiques et intellectuelles ou de sa vie hors travail. Lorsque les stratégies de travail sont enserrées, contingentées par des faisceaux de contraintes, le travail devient facilement intenable. Ce caractère intenable correspond à une personne, à son identité, aux stratégies de travail qu'elle voudrait mettre en œuvre. Le travail n'est pas forcément intenable pour son collègue. Les problèmes de santé au travail surgissent donc en désordre, pas de la même manière pour tous et pas forcément là où on les attend.

Prenons un exemple : notre équipe a participé il y a quinze ans à une grosse enquête interprofessionnelle sur la santé, le travail et le vieillissement (enquête Estev). Parmi différentes analyses, nous avons réalisé un travail approfondi sur les femmes en emploi administratif. Nous nous sommes intéressés à la consommation de somnifères et de tranquillisants chez 3 400 employées en essayant de la relier à l'âge et au fait de travailler dans l'urgence. Nous nous étions attendus à voir la consommation augmenter avec l'âge, et s'avérer plus élevée en cas d'exposition à la pression. Or nous avons constaté que chez les employées qui ne sont pas obligées de se dépêcher, l'effet d'âge est quasiment nul. Chez celles qui sont souvent obligées de se dépêcher dans leur travail, en revanche, le pourcentage de consommatrices de médicaments triple en une vingtaine d'années. Il semblerait donc que les effets de l'intensité du travail ne soient pas les mêmes selon l'âge. Il en résulte que les personnes qui ne tiennent pas bien le coup et qui prennent des médicaments se disent éventuellement qu'elles ne sont plus faites pour ce travail. C'est ici que la dispersion se manifeste. Elles ne se disent pas que c'est l'organisation du travail qui pose problème mais que ce sont elles qui n'y arrivent plus.

En outre, contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'intensité du travail ne rend pas tout de suite tout le monde malheureux. Une enquête santé travail réalisée à l'ANPE montrait que le nombre de personnes disant qu'elles devaient traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin était important et augmentait avec le niveau hiérarchique mais que dans le même temps, ces personnes continuaient à penser que leur travail était varié et que son utilité était reconnue. Nous ne sommes donc pas face à une armée de malheureux qui disent que leur travail est devenu invivable.

#### **IV. Perspectives d'avenir**

Comment face à ces problèmes vécus de manière dispersée, à ces résultats de l'intensification et du modèle de l'entreprise mouvante est-il possible de retrouver des perspectives collectives ? En général, la solution consiste à relier l'intensification à un autre problème que tout le monde est d'accord pour se poser. Par exemple, lorsqu'on change les horaires, se pose-t-on ou non la question de l'intensification du travail en même temps ? Cette interrogation ne me paraît pas hors de propos en milieu hospitalier, notamment si l'on pense aux conditions de mise en œuvre des 35 heures. Lors d'une négociation sur la réduction du temps de travail ou d'un aménagement d'horaires, est-il possible de poser la question de la répartition des tâches, du fonctionnement des collectifs et de l'intensité du travail ?

Les troubles musculo-squelettiques sont la maladie de l'intensification du travail. Ils permettent donc de tenir une perspective collective. Ce ne sont pas les efforts en eux-mêmes qui sont à l'origine de la maladie mais plutôt l'organisation du travail. Le vieillissement est un autre point d'accroche possible. Si l'on veut que les durées de vie professionnelle s'allongent, il faut peut-être trouver un autre modèle que celui de l'intensification du travail. Le recrutement, la fidélisation et la transmission des savoirs entre générations sont eux aussi altérés par l'intensification. L'élévation des préoccupations qualitatives dans la société et un déplacement des attentes vis-à-vis des syndicats sur les questions de qualité de vie au travail sont également des raisons de réfléchir et d'apporter des alternatives à l'intensification du travail.

La coexistence de modèles d'organisation et d'intensité du travail très différents en Europe pose enfin question. L'Europe du Nord joue la carte de la maîtrise collective des changements dans l'entreprise, de la responsabilité, des marges de manœuvre, de la formation. En Europe de l'Est, le modèle traditionnel avec des composantes tayloriennes persiste. La France et le Royaume-Uni sont marqués par un modèle intermédiaire. Des chercheurs et des syndicalistes d'Europe du Nord ont lancé un appel au travail

soutenable. Ils appellent de leurs vœux un modèle fondé sur la régénération des ressources sociales et humaines, avec des salariés non confinés dans une réalité de travail intensive et sans signification mais qui, au contraire, peuvent apprendre, se développer, utiliser leur intelligence et leur créativité. Pour que l'histoire ne nous fasse pas de reproches, c'est dans cette direction qu'il faudrait aller. La question est de savoir si l'Europe nous tirera vers le haut ou vers le bas.

## Qualité de vie au travail et qualité du travail

Yves CLOT

Titulaire de la chaire de psychologie du travail,  
Conservatoire national des arts et métiers (CNAM)

Parfois, j'entends dire que nous parlons beaucoup de la qualité de vie au travail parce que les médias s'y intéressent plus. Ce n'est pas complètement faux mais je pense surtout que nous en parlons beaucoup parce que les problèmes sont devenus sérieux. Nous sommes en fait face à des problèmes de société qui affecteront durablement toutes les discussions publiques. J'aurais d'ailleurs souhaité que le débat sur les retraites soit moins ignorant de la question du travail.

Le problème peut être qualifié de différentes manières : problème d'organisation du travail, problème de management, problème de ressources humaines. Le point de vue que je souhaite adopter consiste à dire que ceux qui travaillent ont du mal à se reconnaître dans leur activité. C'est à mon avis un problème très central qui crée de nombreuses difficultés, notamment celle de ne pas pouvoir considérer le travail que l'on réalise comme quelque chose de vraiment défendable à ses propres yeux. Des comportements de retrait s'ensuivent. Beaucoup trop de personnes qui travaillent ont aujourd'hui du mal à se sentir actives dans ce qu'elles font. Elles ne se retrouvent pas et se cherchent dans leur travail. Elles deviennent donc hyperactives. Le problème de fond est donc complexe. Ce n'est pas simplement un problème de conditions ou d'organisation du travail.

Quel est le ressort sur lequel il faudra agir durablement et tirer les forces des spécialistes, des dirigeants, des syndicats, etc. ? De mon point de vue, il ne faut pas s'imaginer que la question pourra être résolue rapidement, simplement en appliquant de nouvelles procédures ou en inventant de nouvelles techniques. Le mal est profond. Des forces qui peuvent avoir des avis différents sur la question doivent s'engager. L'organisation d'un débat sérieux et bien réglé sur ces problèmes est urgente. C'est en tout cas mon point de vue de psychologue du travail.

Même sur les questions qui touchent au corps, par exemple celle des troubles musculo-squelettiques, mon sentiment est le même. Je crois qu'on ne peut pas expliquer l'importance de cette « épidémie » sans évoquer l'activité empêchée ou ravalée, tout ce qu'on voudrait faire mais qu'on n'arrive pas à faire, tout ce qu'on « garde sur l'estomac », comme le dit fort justement le langage populaire. Beaucoup de capacités sont gaspillées, beaucoup d'engagements sont perdus dans des organisations qui dissipent l'énergie. Or, pour conserver de la vitalité et de l'engagement dans le travail, nous avons besoin de nous reconnaître dans ce que nous faisons.

### I. Lien entre qualité de vie au travail et qualité du travail ?

Je suis assez embarrassé par cette question car la réduction du problème à celui de la qualité de vie au travail me paraît passer à côté de l'essentiel. En effet, se reconnaître dans son travail touche à la qualité de ce travail, à la performance. Je crois vraiment que santé au travail et efficacité sont indissociables. Les psychologues et les médecins du travail ont parfois tendance à penser qu'il faudrait protéger la santé des questions d'efficacité ou d'organisation. C'est un sujet complexe sachant qu'il ne faut pas confondre efficacité et rentabilité. Pour moi, l'efficacité dans le travail est fondamentale pour chacun d'entre nous. L'efficacité, c'est arriver à faire ce que l'on a prévu de faire, c'est atteindre les objectifs qu'on s'est fixés et éventuellement en créer d'autres. L'efficacité est intrinsèquement reliée à la créativité. Une personne qui est repérée comme efficace dans un collectif est capable de créer des objectifs. Ne pas se sentir efficace, ne pas pouvoir discuter ou atteindre les objectifs fixés par nous ou par d'autres, ce n'est pas bon pour la santé. Je crois vraiment que santé et efficacité sont reliées. La qualité du travail et la conception des critères de performance sont donc centrales pour la santé. Si l'on sépare qualité du travail et qualité de vie au travail, on prend le risque de séparer santé et efficacité. En posant la question de l'efficacité, on peut bien sûr créer du conflit sur ce qu'est l'efficacité. Réfléchir sur l'efficacité n'est pas seulement un travail d'économiste, c'est aussi un travail de psychologue ou de médecin. Il ne faut pas séparer les spécialistes de la performance des spécialistes de la santé.

## II. Des solutions pour améliorer la qualité de vie au travail ?

Pour améliorer la qualité de vie au travail, il faut améliorer le travail. Un psychologue ne peut qu'être attentif à la qualité de la vie, au confort de l'activité professionnelle mais il faut oser déplacer légèrement la question sur le territoire de la qualité du travail. Les salariés font souvent « une maladie » de ne pas pouvoir faire correctement leur travail, de ne pas pouvoir faire ce qu'ils croient nécessaire de faire. Face à cette conception de l'efficacité des opérateurs, je conçois tout à fait que les critères de qualité du travail des dirigeants soient différents. Ce conflit de critères n'est pas si grave. Il suppose simplement des institutions, des organisations pour travailler sur ce problème dans les entreprises. Le système de relations professionnelles à la française ne fonctionne pas bien. De mon point de vue, il est inachevé. Il est conflictuel mais il ne place pas le conflit au bon endroit, il dénie celui sur la qualité du travail.

Nous avons donc besoin d'institutions nouvelles, d'une transformation de l'engagement des partenaires sociaux autour d'un nouveau système de relations professionnelles qui regarde le conflit en face et négocie sur les critères de qualité du travail en passant des compromis dynamiques. Actuellement, nous avons des institutions de la performance, le conseil d'administration, les directions, qui gèrent l'efficacité, la rentabilité. Nous avons aussi des institutions dédiées à la santé, notamment les CHSCT. Nous négocions très peu sur la performance et bien plus sur la santé, par exemple sur le stress au travail. Pour moi, le chaînon manquant entre la performance et la santé est la qualité du travail, la manière dont les personnes peuvent se reconnaître dans ce qu'elles font. Assumer ce conflit, c'est la meilleure manière de prendre le travail à cœur, de regarder si le produit et le service se tiennent, de vérifier que l'on peut se regarder en face dans le produit que l'on fait.

Il faut aussi examiner si le collectif se tient. Le collectif considère-t-il que ce qu'on ne partage pas en matière de qualité du travail est plus intéressant que ce qu'on partage déjà ? La controverse doit être possible dans le collectif. Ce dernier doit conserver sa vitalité. Les organisations devraient comprendre que lorsqu'on cherche à en finir avec le collectif que chacun porte en soi, on porte atteinte à la qualité du travail. Une batterie de critères doit donc être inventée et négociée. En effet, le point de vue des salariés, des dirigeants et des organisations syndicales sur la qualité du travail ne peut pas être le même. Nous avons besoin d'organisations pour supporter le conflit. De nombreux dirigeants d'entreprises et syndicaux l'ont compris. La question est de savoir si les forces engagées sur cette problématique seront capables du sursaut nécessaire pour se déplacer sur ce centre de gravité. Tout ce qui permettra d'inventer des institutions nouvelles dans l'entreprise autour de la qualité du travail ira dans le bon sens.

## *Discussion*

### **Laurent DEGOS, HAS**

Serge Volkoff nous a présenté une nouvelle tendance qui conduit les entreprises à la mobilité et à l'adaptation. Or le monde hospitalier se spécialise de plus en plus et introduit une complexité qui suppose une certaine stabilité des équipes, des services et de tous les partenaires. Actuellement, les équipes ne veulent plus changer et ne veulent pas perdre un seul collaborateur. La tendance dans l'hôpital est donc inverse à la tendance générale : plus il se complexifie et se spécialise, plus les personnes cherchent à ne pas se disperser et à être toutes ensemble. Dans quel sens le futur ira-t-il selon vous ?

### **Serge VOLKOFF**

J'ai présenté au début de mon exposé une tendance presque revendiquée. Des générations de managers ont été formées voire formatées à cette tendance. Mais mon propos n'était pas de prédire ce qui va ou non se passer ; les mouvements seront sans doute divers et tireront dans les deux sens. Dans l'univers hospitalier, il me semble par exemple que les systèmes de pôles contribuent à accroître la mobilité d'une partie des personnels. Toutefois, aucun résultat ne permet de dire qu'une organisation qui change est préférable à une organisation immobile, ni l'inverse. Tout dépend de la manière dont cela se passe sur le terrain. Un univers relativement stable mais riche, avec de vastes espaces d'échanges professionnels n'a rien de mauvais en soi. Un univers dynamique, qui change souvent mais où ces changements sont maîtrisés et concertés peut également fonctionner.

J'aimerais revenir sur la définition de l'expérience. J'ai proposé de dire que c'était un ensemble d'événements vécus sur lesquels on a eu l'occasion de réfléchir. Les deux dynamiques dont vous parlez sont ici présentes. Il est bien d'avoir vécu de nombreux événements, d'avoir été confronté à des changements mais il faut aussi avoir eu l'occasion d'y réfléchir, d'en tirer des enseignements généraux. La polyvalence peut être tout à fait passionnante mais, si elle réduit complètement les zones de contact entre des anciens et des nouveaux, elle peut être très pernicieuse.

### **Un participant**

Vous avez évoqué une étude sur la consommation de tranquillisants en fonction de l'âge et de la pression. Comment est-il possible de différencier l'effet de l'âge et l'effet générationnel ?

### **Serge VOLKOFF**

Dans les travaux statistiques, certains instruments longitudinaux permettent de suivre des cohortes. Sur les aspects de santé physique au travail, un petit effet de génération peut alors être observé – l'espèce humaine tend à s'améliorer – mais il ne compense pas tout. Du point de vue de la santé mentale, l'effet de génération est très faible. Ce sont l'âge et les périodes de la vie professionnelle qui jouent. En ce qui concerne les effets de l'urgence dans le travail, il est bien démontré que c'est le couplage âge/expérience qui agit. Un certain nombre de déclin psycho-physiologiques (temps de réaction, etc.) sont indexés sur l'âge. Il est bien établi que ces phénomènes ont peu d'effets sur les performances au travail. En revanche, certains comportements de microprudence viennent avec l'âge et l'expérience. Les travaux montrent en effet qu'on est plus soucieux de qualité et moins soucieux de précipitation avec l'expérience. Dans la vie réelle, l'expérience donne des ressources. Souvent, les personnes qui présentent des différentiels de performance en laboratoire n'en présentent pas dans la réalité puisqu'elles ont une capacité à se servir de leurs points forts pour s'en sortir et anticiper. L'anticipation est la condition d'affirmation positive de l'expérience. Dans un univers où des événements imprévus se télescopent, on ne peut pas faire appel aux ressources de l'expérience. C'est une mobilisation psycho-physiologique élémentaire qui permet alors de faire face.

### **Jean-Paul GUERIN, HAS**

Il est certain que les hospitaliers se retrouvent bien dans ces propos. Le fait de ne pas pouvoir anticiper, réfléchir et de se voir imposer des ordres contradictoires est source d'un grand désarroi.

### **Serge VOLKOFF**

Dans *L'idéal au travail*, Marie-Anne Dujarier montre comment l'évolution des organisations multiplie des exigences contradictoires à tous les niveaux de décision. Sans jeter la pierre à personne, elle explique que chacun est face à un faisceau de contraintes intenable qu'il délègue au niveau hiérarchique inférieur. Chacun est pris dans la nécessité de faire comme s'il était capable de parvenir à l'idéal qui est attendu de lui. Tout un travail de masquage toléré est donc mis en place. La machine fonctionne ainsi mais le système est très pernicieux et étouffe un peu les espaces de mise sur la table de la qualité du travail.

### **Un participant**

Il me semble que les hospitaliers se reconnaissent aussi dans la difficulté à concilier des contraintes économiques et le souhait de préserver la qualité de vie au travail. Je fais partie d'une génération de managers hospitaliers qui a grandi avec la préoccupation de la qualité de vie au travail mais aussi avec des contraintes économiques et financières qui amenuisent notre crédibilité à parler de qualité de vie au travail.

### **Serge VOLKOFF**

Je peux vous répondre en vous donnant l'exemple très concret d'une étude dans le domaine de l'horticulture. L'une de mes collègues a en effet travaillé sur un programme de qualité de vie au travail des salariés agricoles de plus de 40 ans et sur la conciliation avec les contraintes économiques redoutables qui pèsent sur ce secteur. A la demande de la Fédération patronale de l'horticulture, cette chercheuse a travaillé dans les entreprises sur la construction des devis. C'est en menant une réflexion sur la manière dont les devis sont négociés qu'elle a pu trouver un espace de marge de manœuvre pour réaménager les conditions de travail des ouvriers horticoles. Est-il possible dans vos univers hospitaliers d'interroger un certain nombre de mécanismes de détermination et d'évaluation des objectifs ?

### **Michèle LENOIR-SALFATI, HAS**

Dans vos études, avez-vous évalué le poids de l'injonction à mener des démarches qualité sur la problématique de qualité au travail ? La démarche qualité est-elle plutôt vécue comme une contrainte externe supplémentaire qui pose question ou comme le lieu où la qualité du travail peut justement être interrogée ?

### **Serge VOLKOFF**

L'ouvrage de Marie-Anne Dujarier traite longuement de cette question. Dans notre expérience, nous rencontrons parfois des démarches qualité. De notre point de vue, cette question n'est pas univoque. Dans certains cas, la démarche qualité enserme, complique les possibilités d'action. Dans d'autres cas, elle sert de point d'appui pour progresser réellement. Je peux vous donner un exemple dans le domaine de la sidérurgie. Le chef d'usine avait impulsé une lecture de la démarche qualité comme un guide et non comme une liste de préconisations strictes. Sur certains points, les opérateurs pouvaient choisir entre plusieurs attitudes. Des personnes d'âge et d'expérience différents pouvaient adopter des stratégies diverses en fonction de leurs compétences.

### **Un participant**

En tant que médecin hospitalier, je me retrouve dans cette invitation à anticiper même si elle est parfois source de tensions. J'aimerais évoquer la distinction possible entre gestes et actes. Les gestes, exécutés de manière presque automatique, demandent une grande technicité et ne peuvent pas être anticipés. Les actes permettent d'anticiper mais ils demandent du temps. La réalité de notre vie hospitalière a ces deux versants : celui d'un temps court dont les urgences sont le type et le temps long de la médecine qu'il est possible de chroniciser.

### **Serge VOLKOFF**

L'urgence peut à la fois renvoyer à des événements imprévus, mais face auxquels il est possible de s'organiser, et à des événements pour lesquels on est pris au dépourvu.

### **Michèle CHATAIGNER, FNATH**

Comment en sommes-nous arrivés à cette situation ? Le point de vue économique seul ne peut pas expliquer l'augmentation des TMS et du stress.

### **Serge VOLKOFF**

En effet, le point de vue économique n'explique pas tout. Un des facteurs essentiels est une réduction de la pensée sur l'évaluation de l'efficacité économique. L'efficacité d'un système peut être définie de plusieurs manières. Une notion de l'efficacité n'intégrant pas assez la question des ressources humaines a peut-être à un moment prévalu sur les autres. Le travail est alors plus analysé comme un coût que comme une

ressource. Mais nous imaginons bien que l'inverse pourrait exister. L'expérience des salariés est-elle autant une ressource pour l'entreprise que la qualité de ses équipements ? La réponse dépend du modèle de réflexion sur l'efficacité des systèmes de production. Un certain nombre de consultants ont diffusé très rapidement des options assez réductrices du point de vue de la conception de la qualité du travail. Or, plus les systèmes de production évoluent, plus il faudrait que les conditions de travail et les personnes qui sont porteuses de la question humaine soient interrogées très en amont. Nous ne pouvons pas maintenir des systèmes où les ressources humaines, la médecine du travail, les ergonomes et les syndicats sont consultés quand l'essentiel est déjà décidé.

# Mutations du travail : la situation des établissements de santé

Pierre LOMBRIL

Professeur de santé publique, CHU Nantes

Je suis médecin de santé publique. Je suis venu à m'intéresser à ces questions en tant que non spécialiste parce que j'étais préoccupé par les questions de qualité des soins, parce que je savais qu'il fallait les intégrer dans des visions de la performance contradictoires et qu'il fallait aussi tenir compte de la question sociale. Je serai aujourd'hui le passeur entre les mutations du travail en général présentées par Serge Volkoff et Yves Clot et les débats qui agitent le monde hospitalier.

## I. Les mutations du travail dans les établissements de santé

En termes de contraintes internes, il me semble que les établissements hospitaliers vivent une accélération et une densification du travail. Les hospitaliers savent que le temps de présence des personnes hospitalisées a énormément diminué mais que les actes qui doivent être réalisés pendant ces séjours courts ont peu changé. Le travail va donc plus vite. L'augmentation de la technicité des soins et celle de l'âge moyen des personnes hospitalisées contribuent aussi à la densification du travail. Il faut désormais régler les problèmes techniques tout en s'occupant des personnes.

Nous n'avons pas encore dit que notre modèle économique posait problème. Je n'en ai cependant pas de meilleur à proposer. La tarification à l'activité est un mal nécessaire. Le problème est que la T2A moyenne les contraintes. Le temps soignant est attribué à la journée et non en fonction de la nature extrêmement variable des soins pris en charge dans un établissement ou un service. De plus, les tarifs deviennent assez opaques puisqu'ils ne sont pas faits pour rémunérer mais pour orienter les activités. Ils peuvent varier du simple au double d'une année sur l'autre pour certains soins. Cet écart est incompréhensible pour les professionnels qui ont un sentiment d'injustice.

Les exigences externes augmentent elles aussi. La litanie des réformes de ces dernières années est impressionnante. Or la capacité d'adaptation des établissements n'est pas proportionnelle à ce qu'on leur demande d'absorber. La réduction du temps de travail sans aménagement suffisant des conditions de travail a également contraint les organisations. La démarche qualité peut être un formidable appui pour construire des projets de service mais elle est souvent vécue comme une standardisation antinomique de la personnalisation des soins. Les exigences sécuritaires sont elles aussi ressenties comme contradictoires avec la pression à l'efficacité productive. Les contraintes budgétaires et leurs conséquences parfois brutales sur les ressources humaines ou les problèmes de démographie professionnelle contribuent enfin à rendre l'équation extrêmement complexe. De nombreux facteurs affectent donc les questions d'organisation du travail et la qualité des soins.

Plus globalement, c'est le changement de paradigme qui est difficile à gérer. Les rationalités industrielles portées notamment par les démarches qualité et les exigences de sécurité en sont une démonstration flagrante. La logique marchande pointée par la presse est moins prégnante. La rationalité industrielle vient heurter les logiques professionnelles, anciennes mais toujours présentes, de l'excellence. Evidemment, l'ensemble de ces rationalités se cumule à l'hôpital. C'est leur coexistence qui est difficile, d'autant plus que l'on ne s'en parle pas puisque ces conflits ne sont pas dits. Certains observateurs disent bien qu'il n'est pas facile de passer de la recherche de l'efficacité – offrir des soins de qualité - à la culture de l'efficacité – le mieux au meilleur coût -.

## II. Leurs conséquences

J'aimerais citer Vincent de Gaulejac et sa *Société malade de la gestion* : dans un contexte de ressources rares, la satisfaction au travail est un facteur d'abandon de son métier démontré chez les infirmières. Il est important de parler de cette question car l'organisation du travail a à voir à la fois avec la santé de chacun d'entre nous et avec la qualité du service que nous rendons aux personnes soignées.



La qualité des soins rejoint de plus en plus une préoccupation de sécurité. Je pense ici à un article analysant les conséquences de l'organisation (animation de l'équipe, propension à rechercher de l'aide, qualité de la communication) sur la sécurité, à partir du niveau le plus immédiat de l'équipe. Tout ceci dans un environnement qui conditionne la capacité d'un collectif à produire de la sécurité en fonction de la charge de travail et de la densité et de la qualification du personnel. En termes de qualification, je fais partie de ceux qui se préoccupent de la transmission de l'expérience et de la rapidité de rotation dans des équipes que l'on veut parfois trop polyvalentes. En tant que médecin, la manière dont est calculée la bonne dotation en personnel dans un service ou dans une unité pour effectuer des tâches déterminées reste pour moi assez mystérieuse. Je ne suis pas certain que ce problème soit totalement marginal dans la question qui nous occupe. Il est en effet probable que la gestion du planning impacte la charge de travail, notamment dans un contexte de contraintes de plus en plus fortes.

Dans les résultats de la première enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS), les chercheurs ont sélectionné un sous-ensemble d'événements indésirables. Ils ont relevé un ensemble de facteurs liés à l'individu, à l'environnement, à l'équipe, à l'organisation et au contexte institutionnel. Si l'on s'intéresse non plus à la sécurité mais à l'ensemble des questions de qualité des soins, on peut s'aider de certaines modélisations. Elisabeth West nous dit que les variables structurelles, depuis les moyens jusqu'aux processus mis en place, ont des effets sur le personnel et sur l'organisation. Il me semble qu'il faudrait ajouter que les effets sur l'organisation ont des effets sur le personnel. Comme nous l'a dit Yves Clot, je crois aussi que la qualité des soins a en retour un effet sur le personnel. La capacité à juger que l'on produit des soins de qualité retentit sur les professionnels et leur sentiment de travailler en accord avec leurs valeurs professionnelles.

Nous avons conduit des travaux dans un cadre européen de test d'un modèle multidimensionnel d'évaluation des performances hospitalières (PATH). Dans ce cadre, nous avons pu tester l'existence d'un lien entre la satisfaction des personnes soignées à l'hôpital et le niveau d'absentéisme de courte durée des infirmières. Nous commençons ainsi à avoir des indications dans les 22 établissements de notre échantillon qui ont été capables de produire des données de qualité sur la satisfaction des personnes soignées et sur l'absentéisme. Le lien entre ces deux dimensions est significatif. L'organisation du travail est liée aux indicateurs de gestion des ressources humaines qui sont eux-mêmes liés à une dimension de la qualité des soins.

### **III. Implications pour l'avenir**

J'aimerais délivrer un message simple. Il faut penser l'organisation du travail car c'est important pour préserver la santé des personnels et maîtriser les risques cliniques et la qualité des soins. Il faut donc promouvoir une évaluation multidimensionnelle des performances. Nous sommes déjà gagnés par la pensée Lean mais nous avons retenu l'aspect de standardisation technique en oubliant la dimension sociotechnique, l'impact sur les organisations de travail et sur la perception que les professionnels ont de ces organisations et des exigences produites par cette pensée. Chacun est convaincu que l'efficacité est une nécessité dans nos sociétés modernes. Mais il ne faut pas oublier de penser les réaménagements des collectifs de travail qui permettent de tirer profit de la méthode.

Au Canada, la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de qualité en santé définit un milieu de travail sain comme celui qui use d'une approche stratégique pour procurer aux prestataires de soins de santé des conditions physiques, culturelles, psychosociales et professionnelles permettant de maximiser leur santé et leur bien-être ainsi que la qualité des soins fournis aux patients et le rendement organisationnel.

Mon travail d'évaluation des performances hospitalières est donc loin d'être fini. Au départ, je pensais qu'un hôpital servait à améliorer la santé des personnes qui lui font confiance. J'ai ensuite ajouté l'idée que chacun devait pouvoir accéder aux soins et qu'il fallait utiliser au mieux les ressources disponibles. La nécessité de s'adapter au changement et d'innover m'est enfin apparue comme fondamentale. Il nous reste aujourd'hui à approfondir les notions de culture commune et de mise en place d'une organisation des conditions de travail favorable.

Parmi les modèles d'évaluation des performances, celui mis au point par un groupe d'experts de l'OMS Europe (PATH) a retenu mon attention. Il est en effet multidimensionnel puisqu'il intègre l'efficacité clinique, l'efficacité, la responsabilité envers les ressources humaines, la responsabilité envers la population locale, la sécurité et une approche centrée sur le patient. Il faut donc peut-être s'interroger sur nos systèmes d'information et sur leur capacité à avoir une lecture de la performance prenant en compte des indicateurs de gestion des ressources humaines (taux de roulement, absentéisme etc.). A partir du moment où nous partagerons le résultat de ces mesures, nous serons peut-être confrontés à la nécessité de gérer les problèmes dont il est question aujourd'hui.

### **Jean-Michel DUBERNARD**

Je tenais à féliciter la HAS d'avoir initié cette journée. J'espère que des suggestions pratiques en découleront et qu'elles atteindront la DGOS. Un point n'a pas été réellement abordé ce matin, celui de l'organisation. Pour donner une véritable qualité de vie à toutes les personnes qui travaillent dans une structure hospitalière, une organisation spécifique est nécessaire. J'ai eu la chance de devenir chef d'un service de transplantation en 1978 mais je me suis très vite aperçu que nous ne pouvions pas payer les gardes des personnels la nuit. Nous devions donc compter avec leur bonne volonté. J'ai alors regardé ce qui passait à l'extérieur. A Brooklyn, j'ai découvert un exemple d'autogestion absolue des personnels. Les chefs administratifs et les médecins étaient un peu pris en otage en fonction de décisions quelques fois inattendues et mal expliquées. A Minneapolis au contraire, la dictature absolue du chef était de rigueur.

Je me suis alors dit qu'il était peut-être possible de mixer les deux modèles, c'est-à-dire d'associer toutes les personnes qui travaillent dans une structure hospitalière aux décisions qui sont prises et aux mutations. Si l'on explique qu'une mutation est nécessaire et que les personnels peuvent en parler dans une structure au niveau du service et du pôle, les remontées de la concertation peuvent être très intéressantes. Au-delà de cette concertation, j'aimerais évoquer la question de l'intéressement. Si l'intéressement financier n'est pas envisageable dans le secteur public, l'intéressement intellectuel peut consister à montrer aux personnels l'intérêt que le système de concertation présente pour les malades. Le système d'échanges entre le haut et la base a énormément de sens à condition que la concertation soit prise en compte et que les décisions soient appliquées.

## Session II : Les démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité de vie au travail en établissements de santé

### **Les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention**

**Régis de GAUDEMARIS**

Professeur de médecine et santé au travail, CHU de Grenoble

#### **Contraintes psychologiques et organisationnelles plutôt que souffrance au travail**

La mesure des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) au niveau des unités de soins n'est pas suffisante, il faut surtout qu'elle puisse aboutir à de la prévention au niveau des unités de soins. C'est en effet, de façon toute pragmatique, à ce niveau que se trouvent les problèmes, et donc aussi les solutions.

L'ANACT a décrit un modèle où le salarié se retrouve au carrefour de quatre types de contraintes : contraintes liées aux relations et aux comportements au sein de l'équipe, liées aux impératifs de la réalisation du travail, liées aux valeurs et aux exigences du salarié, et enfin aux changements du travail et de l'environnement.

L'hôpital évolue sans cesse avec notamment la gestion par pôle et, là où un service regroupait quatre à dix unités fonctionnelles qui autorisait une certaine remontée des problèmes, un pôle peut maintenant contenir plus de 80 unités fonctionnelles rendant impossible cette remontée ; de plus le management des pôles est plutôt centré sur la gestion des problèmes financiers et la mise en conformité avec le projet d'établissement et de pôle.

Les CPO ne sont pas du tout spécifiques aux services de santé. On les retrouve dans toutes les professions, dans tous les secteurs économiques, plus chez les femmes que chez les hommes. Les personnels féminins sont nombreux dans les établissements de santé. Une part de la différence de niveau de contrainte entre femmes et hommes est probablement rapportée aux difficultés de concilier vie familiale et professionnelle.

Ces contraintes ont un impact sur la santé, par exemple sur la santé cardiovasculaire. Une grande étude internationale a mesuré le risque de faire un infarctus quand on est en situation de contraintes professionnelle et / ou aussi familiale. Dans quasiment toutes les régions du monde, on a 2,5 fois plus de risque de faire un infarctus quand on est sous contraintes psychologique et organisationnelle que quand on ne l'est pas.

On parle beaucoup en ce moment de la souffrance au travail. Cette formulation me semble relativement négative puisqu'elle laisse croire que le travail est par définition une souffrance. On parle aussi de risques psychosociaux. Cette définition me choque car elle ne contient ni le mot « santé » ni le mot « travail » ; en effet le mot « Psycho » renvoie à la dimension personnelle et « sociale » aux problèmes de société. C'est donc une façon d'éviter de parler de la santé au travail, de ne pas porter le débat là où il le faudrait, c'est à dire sur la réalité des contraintes organisationnelles et psychologiques.

L'approche par la « souffrance au travail », outre l'image négative du travail qu'elle renvoie, pointe le stress comme une dimension individuelle qu'il faut médicaliser. Certaines entreprises allant jusqu'à proposer des consultations de psychologie (concept du ticket Psy) comme solution de résolution du problème. Cette attitude, qui contribue à culpabiliser l'individu, n'apporte qu'une solution à court terme puisque les médecins du travail auxquels les personnes sont adressées ne peuvent pas agir sur les organisations.

Les équipes de recherche associées à la cohorte ORSOSA, se sont placées dans une approche collective pointant les CPO.

#### **La cohorte nationale ORSOSA et l'outil NWI-EO**

La cohorte ORSOSA, financée en partie par le fonds de prévention de la CNRACL, porte sur plus de 4 000 infirmières et aides-soignantes issues de sept CHU de France. Ses objectifs étaient de décrire et quantifier les composantes de ces contraintes psychologiques et organisationnelles (développement d'un outil de mesure et de diagnostic rapide), d'améliorer la connaissance de la valeur pronostique de ces composantes en référence à la santé cardiovasculaire, la santé mentale et les TMS, afin de pouvoir passer de la quantification du danger à l'évaluation des risques.

Chaque CHU avait randomisé 30 unités fonctionnelles différentes et un même recueil des données a eu lieu en 2006 puis en 2008, portant sur la mesure des contraintes et de la santé (mentale, hypertension et TMS). Les CPO ont été abordées à partir du questionnaire R-NWI, qui à partir de 15 questions portant sur les contraintes psychologiques au travail, est capable de discriminer les *magnet hospitals*, ces hôpitaux qui arrivent à garder ou attirer leur personnel ; à ce questionnaire originel, nous avons ajouté des questions complémentaires portant sur les dysfonctionnements organisationnels renvoyant aux organisations et accessibles à la prévention. Afin de valider ce nouveau questionnaire : NWI-EO (Nursing Work Index – Extended Organizations), nous avons aussi réalisé, dans chacune des unités de travail, des mesures objectives et des observations ergonomiques de dysfonctionnement afin de les confronter aux perceptions des soignants mesurées par NWI-EO.

La validation du questionnaire NWI-EO qui comprend 22 questions, a ainsi mis en évidence 8 dimensions indépendantes qui renvoient chacune à des contraintes psychologiques ou organisationnelles sur lesquelles il est possible d'agir en prévention : organisation qui ne permet pas la communication entre soignants, soutien insuffisant du cadre, effectif insuffisant pour la charge de travail, interruptions durant les tâches, mauvaises relations entre les soignants, pas le même partage du sens du travail, manque de support de l'administration, organisation qui ne permet pas le respect des congés. Ces huit dimensions sont très stables dans les sous-groupes de la cohorte : on les retrouve séparément chez les infirmières et chez les aides-soignantes, dans les différents CHU, chez les personnes jeunes et les personnes plus âgées. Ce questionnaire a été réposé à une cinquantaine d'infirmières à trois mois d'intervalle afin de confirmer sa reproductibilité.

Afin de s'assurer de la validité de contenu (le questionnaire mesure t il bien ce que l'on croit), nous avons comparé la perception des CPO mesurées par NWI-EO à la réalité objective mesurée sur le terrain. Quand les infirmières et les aides-soignantes indiquent que l'organisation ne permet pas la communication, les observations ergonomiques révèlent elles aussi un problème de transmission. Quand les personnes parlent d'interruptions pendant les tâches, la réalité vient le confirmer. Quand elles indiquent que l'organisation ne permet pas le respect des congés, les plannings montrent que les rappels pendant les congés sont fréquents. La perception est donc relativement proche des résultats donnés par les mesures quantitatives.

### **Un outil de diagnostic rapide orienté vers la prévention :**

Les 4 300 questionnaires remplis constituant en fait un début d'observatoire représentatif des contraintes, nous avons pu alors classer chacune des unités fonctionnelles sur l'échelle des scores de contraintes de chacune des huit dimensions. Pour une dimension donnée, il a alors été possible de définir un seuil d'alerte comme la valeur du score établi au 75<sup>e</sup> percentile de la distribution. Quand une unité donnée a des scores dépassant ce seuil, nous le signalons par une alerte. La restitution des scores aux équipes leur permet alors de pointer les dimensions prioritaires pour conduire la prévention.

L'étape suivante a conduit à valider cette approche diagnostic rapide (passation de NWI-EO aux infirmières et aides soignantes) en la comparant à une approche conventionnelle de diagnostic plus longue conduite par les psychologues du travail (entretiens semi directifs, observations de terrain).

Une psychologue du travail a conduit la démarche conventionnelle en 2010 dans quatre unités fonctionnelles d'un CHU dont deux avaient obtenu un très bon score et deux un très mauvais score (plus de 3 alertes) lors du recueil ORSOSA 2008. Après au moins une semaine d'intervention dans chacune des 4 unités, dont elle ne connaissait pas les scores NWI-EO, nous lui avons demandé d'établir une notation en référence aux huit dimensions abordées par NWI-EO. Dans trois des quatre unités fonctionnelles, la concordance s'est révélée quasiment exacte. Pour la quatrième unité, les résultats étaient différents : mauvais en 2008 et bon en 2010, l'explication tenait au changement du cadre en difficulté avec son équipe entre ces 2 dates.

Nous sommes actuellement en train de travailler sur la validation du rendu des résultats pour une appropriation par l'équipe. La procédure est la suivante : nous rendons les tableaux de résultats à l'unité

fonctionnelle puis nous aidons l'équipe à les interpréter au cours de deux réunions : une avec le cadre, le cadre supérieur et le médecin référent puis l'autre avec le reste de l'équipe sans l'encadrement. Ensuite une troisième réunion avec l'ensemble des personnels vise à hiérarchiser les actions de corrections. Nous insistons particulièrement sur l'implication de l'administration du CHU dans la prise de connaissance des propositions et dans le suivi. Ce système ne peut en effet fonctionner que si le management est impliqué.

L'outil que nous avons développé au fil de ce programme de recherche permet finalement un diagnostic rapide des situations et une comparaison avec des valeurs de référence pour pouvoir effectuer de la prévention.

### **RNWI-EO un outil pour l'évaluation de risques ?**

L'outil vise clairement la santé des soignants en identifiant huit dimensions sur lesquelles jouer. Il importe de savoir si ces 8 dimensions ont une valeur pronostique. Un nouveau travail de recherche va consister à examiner l'état de santé en 2008 par rapport aux contraintes en 2006. Si l'état de santé des personnes qui avaient un niveau de contraintes élevé en 2006 s'est aggravé en 2008, cela confirmera la valeur pronostique de l'étude. Nos travaux préliminaires portant sur le recueil de 2006 montrent qu'une mauvaise relation au sein de l'équipe impacte statistiquement la dépressivité des soignants. L'hypertension artérielle est aussi un bon marqueur de contraintes quand on la mesure au travail : la pression artérielle s'élevant lors de la survenue d'interruptions, de mauvaises relations dans le travail ou l'absence de partage du sens du travail.

Une coopération technique est entrain de se mettre en place avec les institutions en charge de la qualité de vie et de la santé au travail dans les établissements : la CNRACL, la CNAM, la DGOS, la FHF ; l'objectif est de promouvoir au sein des unités de travail cette méthode de diagnostic rapide orientée prévention, en mobilisant notamment les réseaux CHU et hôpitaux de proximités existant ou à créer.

1- Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire. Bonneterre V, Ehlinger V, Balducci F, Caroly S, Jolivet A, Sobaszek A, de Gaudemaris R, Lang T; for the ORSOSA group. Int J Nurs Stud. 2010 Oct 8

2- Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: A mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. Jolivet A, Caroly S, Ehlinger V, Kelly-Irving M, Delpierre C, Balducci F, Sobaszek A, De Gaudemaris R, Lang T. Soc Sci Med. 2010 Aug;71(3):534-40. Epub 2010 Apr 24.

## **Santé et satisfaction au travail : Enquêtes quantitatives et approches ergonomiques. Priorités dégagées.**

**Madeleine ESTRYN-BEHAR**

Médecin du travail, ergonomiste, Hôtel Dieu, AP-HP

Je ne vais pas développer de grandes théories, je vais plutôt illustrer tout ce qui a été exposé jusqu'ici avec des résultats précis issus d'enquêtes quantitatives et d'approches ergonomiques.

Pour la partie quantitative, je m'appuierai sur les résultats de l'enquête Presst-Next réalisée dans dix pays européens auprès de 40 000 soignants paramédicaux et sur l'enquête SESMAT à laquelle 3 996 médecins français ont répondu en ligne. Pour éviter des biais, nous avons tiré au sort parmi eux 1 924 médecins de sexes, régions et spécialités correspondant aux quotas connus selon les données de la Drees.. Pour analyser les difficultés psychologiques, nous avons utilisé le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) qui étudie un épuisement à la fois physique et émotionnel. Les résultats démontrent une stabilité de la fréquence du burnout sur l'échantillon français d'une année sur l'autre. Les soignants paramédicaux français présentent un score de *burnout* supérieur à celui de leurs collègues des pays du Nord. Il est intéressant de constater que chez les médecins comme chez les infirmiers, les résultats sont différents suivant la manière de travailler. Les urgentistes, les onco-hématologues ou les gériatres ont un score de *burnout* beaucoup plus élevé que les médecins de soins palliatifs, de même pour les infirmiers. Nous pouvons aussi relever une différence dans l'intention d'abandonner entre les pays nordiques d'un côté et la France, l'Allemagne et l'Italie de l'autre. Les médecins français sont 17 % à penser une fois par mois à quitter leur profession. Dans tous les pays, quand le *burnout* est faible, l'intention d'abandonner est également faible. Quand le *burnout* est fort, l'intention d'abandonner est forte.

Pour établir un score de qualité du travail d'équipe, nous avons regroupé le niveau de soutien psychologique – les soignants de 2003, de 2009 ou les médecins sont fort nombreux à être insatisfaits de ce soutien -, d'utilisation des compétences, des possibilités de donner aux patients la qualité des soins dont ils ont besoin, des perspectives professionnelles, de la réalisation de tâches pour lesquelles on n'est pas suffisamment qualifié, de l'insuffisance ou du retard des informations et des opportunités de discuter des questions professionnelles importantes. Le score final est bien meilleur aux Pays-Bas, en Belgique, en Norvège ou en Finlande qu'en Allemagne, en France ou en Italie. Systématiquement, le *burnout* augmente suivant que la qualité du travail d'équipe est élevée, moyenne ou faible. En Finlande, lorsque la qualité du travail d'équipe est élevée, le score de *burnout* est de 10 %. Lorsqu'elle est faible, le score de *burnout* est de 50 %. Globalement, le niveau de *burnout* des pays du Nord est faible mais en cas de mauvais travail d'équipe, ce niveau augmente. Les mêmes causes donnent donc les mêmes effets partout.

Un poste de soins classique est placé au milieu d'une unité avec une quinzaine de chambres d'un côté et une quinzaine de l'autre. La configuration de la partie administrative ouverte en banque à l'avant d'une partie de préparation des soins empêche de discuter de façon confidentielle ou de s'installer à plusieurs. Si le médecin donne des instructions à une infirmière, sa collègue, qui est tout près en train de réaliser une préparation, peut tout à fait faire une erreur en entendant des chiffres différents de ce qu'elle doit préparer.

La différence entre les pays du Nord et les pays continentaux tient en fait à certains éléments des conditions de travail. La transmission entre équipes successives par exemple est rarement insatisfaisante dans les pays du Nord (30 % d'insatisfaits) contrairement à ce qui se passe en France ou en Allemagne (plus de 50 % d'insatisfaits). Pour entrer dans le détail du score de qualité de travail d'équipe, on relève que l'insatisfaction du soutien psychologique, la non-qualité des soins, la crainte de commettre des erreurs ou l'incertitude sur les traitements à entreprendre sont facteurs de *burnout* pour les paramédicaux comme pour les médecins. Dans les pays du Nord, les soignants sont peu nombreux à ne souvent pas savoir ce qui peut être dit au patient, à ne pas disposer des éléments sur les recommandations du médecin. En France et en Allemagne, ils sont bien plus nombreux à rencontrer ce genre de difficultés. De plus, les médecins sont 54 % à dire qu'ils ont rarement ou jamais assez de temps pour parler aux patients.

L'enquête comporte un score de demande quantitative autour de tous les éléments de pression temporelle. Les soignants dont la demande quantitative est faible présentent un faible score de *burnout* et inversement. Le manque de soutien des supérieurs, la violence des patients sont eux aussi facteurs de *burnout*. Je

voudrais insister sur le fait que la fréquence des épisodes violents qui inquiètent double quand l'information circule mal. Les interruptions fréquentes, l'incertitude des traitements et les ordres contradictoires doublent également la déclaration d'événements violents.

Les conflits entre le travail et la famille sont un facteur important de *burnout*. Nous avons évoqué ce matin l'importance de la planification des horaires. Dans les pays nordiques, peu de soignants disent ne pas avoir d'influence sur la planification de leurs horaires. Les Italiens et les Français au contraire sont très nombreux à dire qu'ils n'ont aucune influence sur la planification des horaires. Concernant les médecins, les longues durées hebdomadaires (plus de 50 heures de travail par semaine) sont sources de conflits entre famille et travail, notamment chez les femmes.

Moins de 40 % des infirmiers et moins de 50 % des médecins disent bénéficier d'un espace de travail adapté. Ils évoquent au contraire des locaux exigus et mal répartis et l'obligation d'assurer les transmissions pour trois secteurs dans un seul lieu.

Quel est le rôle respectif de chaque facteur après prise en compte des autres ? Les analyses multivariées par régression logistique permettent de le cerner. Pour les paramédicaux européens, pour les infirmiers français comme pour les médecins, le premier facteur de *burnout* est le conflit travail famille. Ce facteur multiplie par quatre l'occurrence du *burnout*. La demande quantitative élevée, la faible qualité du travail d'équipe et la crainte des erreurs doublent l'occurrence du *burnout*. Les autres facteurs sont bien moins importants. L'insatisfaction par rapport au salaire n'augmente le *burnout* que de 30 %.

Concernant l'intention d'abandonner, le premier facteur selon les analyses multivariées, est la faible qualité du travail d'équipe pour les soignants européens et français et pour les médecins qui multiplie par 5 cette intention. Les autres facteurs sont les faibles possibilités de développement, les conflits travail famille et l'ancienneté. Les paramédicaux qui ont plus de quinze ans d'ancienneté ont en effet deux fois plus l'intention d'abandonner que leurs collègues moins expérimentés, les médecins trois fois plus.

Selon les analyses longitudinales menées auprès des soignants paramédicaux, lorsque des personnes qui voulaient abandonner ne le souhaitent finalement plus, c'est que ces éléments de conditions de travail se sont améliorés. A l'inverse, lorsque des soignants qui n'avaient pas envie de partir ont envie de partir l'année suivante, c'est que ces conditions de travail se sont dégradées.

En termes de pénibilité physique, les TMS augmentent lorsque la qualité du travail d'équipe passe de bonne à moyenne et à faible. Des soignants anciens qui bénéficient d'une bonne qualité de travail d'équipe souffrent moins que les plus jeunes qui ont une faible qualité de travail d'équipe. De même, les arrêts doublent à chaque fois que les postures pénibles deviennent de plus en plus fréquentes. Les 45 ans et plus qui ne souffrent pas de cette pénibilité physique sont bien moins nombreux à s'arrêter que les 30-40 ans qui subissent cette pénibilité.

Concernant la partie ergonomique de cet exposé, des journées complètes d'observation permettent de comprendre les déterminants des différences entre le travail théorique et le travail réel. Nous avons sensibilisé des soignants aux bases de l'ergonomie, en deux journées, pour qu'ils puissent observer les soignants d'un autre métier de leur service. Nous les avons aidés à clarifier et comprendre les déterminants des difficultés des uns et des autres. Nous avons ainsi constaté que l'organisation du travail et les distances limitaient le temps dans les chambres. Les infirmières observées tout au long de leur poste, dans cet exemple de CHU, au cours de 6 journées différentes passent moins d'un tiers de leur temps dans les chambres au profit de la préparation des soins, surtout de la traçabilité dans le bureau infirmier et de la traçabilité dans le couloir. Si on entre 50 ou 60 fois par jour dans une chambre pour des temps très brefs, on ne peut pas systématiquement se laver les mains ni écouter une personne affaiblie. Dans cet autre exemple de CHG, les 7 infirmières observées passent jusqu'à 50 % de leur temps dans les bureaux. En effet, les durées moyennes de séjour des malades étant limitées à 2 ou 2,5 jours, une grande partie de chaque journée est consacrée à la gestion des entrées et des sorties. Les 8 aides-soignantes observées dans ce CHG sont bien plus présentes dans les chambres. En revanche, on ne les trouve que très peu dans le poste de soin ou dans les bureaux, mais elles travaillent beaucoup dans le couloir, sur leur chariot et pour se concerter. Les médecins peuvent être au bloc opératoire, en réunion ou en consultation. Lorsque dans les services de médecine, ils sont souvent dans les chambres, ils sont aussi dans le bureau IDE qui n'est aménagé à cet effet et gênent le travail infirmier. Les médecins ont aussi beaucoup de temps de déplacement entre des consultations ou des blocs éloignés de l'hospitalisation.

Le temps d'écriture, de saisie et de traçabilité est très important, notamment si le service est informatisé avec des logiciels prenant insuffisamment en compte les besoins du travail réel, ne permettant pas d'éditer des plans de soins sur plusieurs malades et obligeant à des recopier sur des fiches manuscrites. Dans un contexte de suppression des secrétariats, le temps d'écriture et de saisie des médecins est aussi particulièrement élevé.

Quand la transmission de prise de poste est insuffisante, les soignants doivent ensuite rechercher les informations et le matériel approprié générant un temps consacré aux interruptions dépassant souvent 20% du temps de travail. La durée insuffisante des transmissions de prise et de fin de poste et le pourcentage trop élevé de temps de travail en interruption posent un vrai problème d'efficacité. Alors qu'elles passent beaucoup de temps dans les chambres, les aides-soignantes ne participent parfois pas à la transmission de fin de poste. Or, une transmission sectorisée permet de savoir ce que l'on doit faire auprès des patients. Le manque de discussion pluridisciplinaire est un vrai problème car le partage des informations est insuffisant, le débriefing émotionnel réduit, la reconnaissance des compétences et le soutien social font défaut alors qu'ils sont particulièrement nécessaires pour éviter burnout, arrêts et abandons et réduire les événements indésirables.

L'organisation est réellement tributaire de l'espace. Il est possible de redonner du temps au travail auprès des malades et à la concertation pluridisciplinaire en réduisant les déplacements, les interruptions, la pénibilité physique et en disposant de locaux adaptés au nombre d'intervenants simultanés et permettant des échanges longs et riches. Quelques exemples de plans de services en construction qui ont été présentés au colloque l'hôpital du troisième millénaire, montrent qu'encore maintenant il est prévu dans ces projets réalisés en Espagne, en Italie ou en France, que trente lits soient desservis par des espaces communs exigus et communs aux deux secteurs de 15 lits. Dans un exemple suédois, par contre, à chaque module de huit lits correspond un poste de soins. Des espaces d'enseignements, d'examen, des bureaux, des réserves sont prévus à proximité immédiate.

En ayant compris les enjeux, l'ergonomie participative permet de comprendre les déterminants et de mettre en œuvre ensemble des locaux fonctionnels et adaptés au travail.

## *Discussion*

**Matthieu BOUSSARIE, HAS**

Comment expliquez-vous les mauvais résultats systématiques de la France sur l'ensemble des facteurs ?

**Madeleine ESTRYN-BEHAR**

Je ne vous ai pas détaillé quelle était la méthode de définition des échantillons utilisés pour l'étude PRESST-NEXT. La DHOS a défini cinq régions de France. Dans chaque région, le directeur de l'ARH a défini un panel d'établissements représentatifs de la structure d'emploi globale. Ces établissements ont envoyé le questionnaire au domicile des personnels. Il nous est ensuite revenu grâce à une enveloppe prépayée. Le taux de réponse a dépassé 50%. Ces soignants sont donc bien représentatifs. Nous avons vu le taux important de soignants insatisfaits des transmissions et du soutien psychologique de plus de 60 % des personnes interrogées n'ont pas reçu de formation par les médecins de leur propre service dans les douze mois précédents.

L'analyse ergonomique, elle, montre que certains éléments autour de la concertation se sont réduits dans le cadre de certaines modalités de mise en place des 35 heures et de l'instauration de plannings sans chevauchement entre équipes successives ou très courts. Ces organisations enlèvent en fait le moment du partage. La transmission a un rôle d'information technique mais aussi de débriefing émotionnel, d'acculturation et de transmission aux nouveaux. Dans les maladies chroniques, les médecins doivent avoir le temps d'éduquer le malade. Le sens du travail des soignants est émoussé par les gestes en série qui ne permettent pas d'aider le malade à devenir un partenaire de soin.



L'étude statistique a tout de même montré qu'un pourcentage élevé de personnes étaient satisfaites. Le petit groupe qui vit des situations difficiles a un score de *burnout* doublé et multiplié par quatre ou cinq l'envie de partir. Mais de nombreux établissements connaissent des situations favorables.

Toutefois, compte tenu du niveau de départs et de *turn-over*, il me paraît urgent de tester dans quelques lieux si le fait de redonner du temps à des équipes stables ne permettrait pas de fidéliser le personnel et de réduire le budget du pôle mais aussi à réduire le coût des rechutes et complications dans les maladies chroniques par une meilleure capacité à les éduquer.

### **Hélène LOGEROT, FEHAP**

Pierre Lombrail a indiqué que l'ambulatoire pouvait augmenter les contraintes. Il est vrai que les contraintes d'efficacité sont plus élevées quand le *turn-over* des patients est important. Je me souviens cependant avoir réalisé une enquête de satisfaction suite à l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire pluridisciplinaire. Les professionnels dédiés à cette unité se sont révélés plus satisfaits que ceux qui tournaient entre blocs communs et blocs dédiés. En effet, même si l'exigence était plus grande en termes d'efficacité, l'unité de lieu et d'organisation du travail était source de satisfaction.

La question de l'intéressement a été soulevée tout à l'heure. Il faut savoir que l'intéressement existe dans certaines structures privées pour tous les professionnels, pas seulement les médecins. Il pourrait être intéressant de creuser cette piste.

### **Pierre LOMBRIL**

En ce qui concerne l'intéressement, le public et le privé n'offrent peut-être pas les mêmes libertés. Sur l'ambulatoire, je ne parlais pas de la qualité de vie au travail mais de la capacité à transférer certains actes que l'on n'a plus le temps de faire dans des temps d'hospitalisation raccourcis. Je suis tout à fait prêt à dire que l'on peut être performant en ambulatoire en s'organisant.

### **Muriel JAKUBOWSKI, HAS**

Je suis étonnée de constater que les dimensions utilisées pour évaluer la qualité de vie au travail sont sensiblement les mêmes que celles utilisées pour mesurer la sécurité. Deux systèmes parallèles ne risquent-ils pas de se développer ?

### **Régis de GAUDEMARIS**

Il est rassurant que les deux questionnaires aillent dans le même sens. Cela signifie que si l'on prend en charge la qualité de vie, on améliore la sécurité et inversement. L'exemple américain montre d'ailleurs que les hôpitaux magnétiques augmentent la qualité des soins et diminuent la morbidité.

### **Madeleine ESTRYN-BEHAR**

Concernant l'intéressement, le treizième mois dépend déjà de notations pour les soignants. L'évaluation individuelle, qui rompt les collectifs de travail, n'est pas très positive. Il n'existe par ailleurs pas de commune mesure entre ce que peut apporter une augmentation des salaires et ce que peut apporter l'amélioration de l'équilibre famille travail, la prévention des changements d'horaires de dernière minute et l'amélioration du travail d'équipe. Les médecins et paramédicaux aiment leur travail et veulent l'exercer correctement. C'est de l'empêchement à bien faire le travail que viennent la souffrance et l'intention d'abandonner.

### **Clara de BORT, Cabinet du Ministre de la Santé**

Nous sommes bien loin de la morale et des bons sentiments aujourd'hui. S'intéresser au bien-être et à la qualité du travail, c'est s'intéresser au cœur de la production. Je crois que chacun d'entre nous a un rôle à jouer et doit s'interroger sur sa participation au système. Il serait trop aisé de renvoyer la responsabilité des progrès à mener sur l'institution. Chacun a un rôle à jouer dans son institution au niveau national ou dans

son petit collectif de travail. La manière dont nous ne nous préoccupons pas des micro-solidarités au niveau de notre propre collectif de travail est un sujet qu'il faut aborder en première intention.

Je voudrais ensuite évoquer la notion de « trouvaille ». La valorisation par les institutions des petites merveilles qui sont faites au quotidien par les uns et les autres est essentielle. Nous pourrions aussi parler du concept d'organisation résiliente, de la manière dont le management valorise les trouvailles et une dynamique d'erreur positive. Nous avons longuement discuté des contraintes mais assez peu de l'équilibre entre les efforts et les récompenses. Comme certaines contraintes subsisteront forcément, le travail de nuit par exemple, il faut trouver les moyens d'agir sur les collectifs de travail pour réhabiliter les mécanismes de défense collective, notamment les questions de temps creux, de discussions autour du travail, de convivialité.

Il était question tout à l'heure de bons ou de mauvais cadre. Je crois qu'il faut construire des organisations qui fonctionnent malgré tout en présence d'un mauvais cadre ou d'un mauvais médecin. Nous ne devons pas uniquement compter sur la qualité des personnes.

### **Un participant**

Je crois qu'il serait dangereux de fonder des espoirs sur l'intéressement personnel. L'expérience a été tentée dans bien d'autres pays qui en reviennent aujourd'hui. La prime à la performance ou la part variable peuvent être extrêmement contreproductives en diminuant la motivation intrinsèque des professionnels.

## Démarche participative et qualité de vie au travail

**Joël CECCALDI**

Hématologue, CH de Libourne

**Gilles NALLET**

Cadre de santé, CH de Besançon, Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS)

### **Joël CECCALDI**

Je suis médecin à l'hôpital de Libourne où je suis responsable d'une unité qui accueille des infectés VIH et des personnes atteintes de maladies du sang. Je fais également partie d'une association, l'AFSOS, qui s'appelait initialement le GRASPH, Groupe de réflexion et de recherche sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie. C'est au titre de cet entrelacement entre mon activité professionnelle de terrain et mon engagement dans une association qui essaye d'avancer sur les problématiques d'aujourd'hui que je viens témoigner devant vous.

### **Gilles NALLET**

Je suis cadre de santé à Besançon et coordonateur du réseau régional de cancérologie de Franche-Comté. Je vais vous présenter les réflexions de notre groupe, de ses origines jusqu'à aujourd'hui, et comment nous avons forgé l'idée de démarche participative. Dans les années 90, de nombreux soignants des services d'hémo-cancérologie se sont interrogés sur la souffrance des soignants dans ces services, souffrance qui les empêchait de travailler correctement. Ces soignants se sont alors regroupés pour former une association.

Les services d'hémo-cancérologie se caractérisent par une complexité de la prise en charge des patients et une forte orientation scientifique : les référentiels et les essais thérapeutiques sont nombreux, les prises en charge sont très longues, les soins sont techniquement lourds. Une démarche éducative et technique de la part des soignants par rapport à tous ces traitements est nécessaire. La complexité de la prise en charge des patients tient aussi aux hospitalisations répétées, à la création de liens très intimes avec les patients, au rassemblement des prises en charges curatives et palliatives dans un même service et aux problèmes éthiques (arrêt du traitement, sens du soin...).

En termes de contexte institutionnel et sociétal, nous sommes face à un système hospitalier cloisonné et très hiérarchique, à des prises en charges sectorisées dans des milieux spécialisés où les liens entre services sont parfois inexistantes et à une forte médiatisation du cancer depuis les années 80, plus encore avec le développement d'Internet.

Les difficultés des soignants tiennent à l'augmentation du nombre de malades, à la complexité des prises en charge, au raccourcissement de la durée des séjours et au manque de communication dans les équipes de soin. Face à obstacles, les soignants se trouvent en situation de souffrance, de *burnout* mais ils se mobilisent. Pour nous, un soignant qui souffre ne peut pas être un soignant efficace. Pour autant, il ne s'agit pas d'opposer la souffrance des malades à celle des soignants mais d'améliorer la qualité des soins aux malades en améliorant la qualité de vie des soignants.

Les trois types de causes clairement identifiés du syndrome d'épuisement professionnel sont des causes individuelles, des causes liées au mode d'exercice et des causes liées à l'organisation. Dans nos services, l'âge des patients - beaucoup sont jeunes -, la répétition des hospitalisations, les atteintes de l'image corporelle, les symptômes physiques, les relations avec l'entourage, les patients qui vivent au-delà du pronostic prévu sont des facteurs importants d'épuisement. Le manque de temps, de personnels, de formation, de supervision, d'encouragements de l'encadrement ou de concertation avec l'équipe médicale sont d'autres problèmes fréquemment rencontrés.

Notre concept est parti d'un travail sur les situations palliatives dans les services d'hémo-cancérologie. Nous constatons alors que les équipes étaient en souffrance, que la qualité de vie au travail des soignants conditionnait la qualité des soins et qu'il fallait agir sur les organisations à l'intérieur des services et mettre en place une prévention de la souffrance. La circulaire de 2002 est venue appuyer nos travaux puisqu'elle insistait sur l'importance d'asseoir et de développer les soins palliatifs dans tous les services et à domicile en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. Pour le GRASPH, cette démarche participative se situe effectivement dans les situations palliatives mais aussi dès la prise en charge initiale du malade.

La démarche participative est un modèle de management s'inscrivant dans une éthique de communication, intégrant la culture de la reconnaissance de soi et de l'autre et favorisant les échanges. Ce management dynamique s'inscrit dans une culture novatrice des modes de fonctionnement de l'équipe des soignants et du sens du soin. La démarche participative dans les services repose sur quatre piliers : développer une prise en charge globale en favorisant l'expression de tous les acteurs du soin, partager des valeurs fondamentales communes entre tous ces acteurs et travailler sur un langage commun, faciliter la pratique quotidienne et fédérer les équipes dans une dynamique interprofessionnelle avec des formations internes et enfin prévenir la souffrance des professionnels en proposant des espaces de parole.

Le GRASPH a été fondé en 1990 par des hématologues. Nos collègues d'oncologie nous ont rejoints en 2001. En 2002, notre démarche a été renforcée par la circulaire contenant un guide de mise en place des démarches palliatives en établissement. En 2005, nous avons intégré la démarche de soins de support. En 2008 enfin, nous avons créé l'Association francophone pour les soins oncologiques de support en regroupant le GRASSPHO et deux autres associations. Quatre textes importants appuient notre démarche : la circulaire de 2002, la conférence de consensus de 2004, la circulaire de juin 2004 et la circulaire de mars 2008. Cette démarche palliative figure aujourd'hui dans les critères d'accréditation. Un travail important reste toutefois à fournir pour l'évaluer dans les structures de soin.

Notre axe majeur est celui des besoins des patients. Il renvoie aux besoins des proches, aux besoins des soignants et aux textes. La démarche participative consiste à mettre en place des critères d'évaluation de la qualité de vie au travail, notamment en mesurant l'impact de la qualité de vie au travail des soignants sur la qualité des soins.

## Gilles NALLET

Examinons maintenant les travaux nécessaires à l'atteinte de cet objectif. Pour mémoire, une étude sur le *burnout* des internes a été réalisée en région Centre, en le corrélant au manque de reconnaissance. Dans la même région, les difficultés au travail et la souffrance ont été étudiées dans un panel de professionnels beaucoup plus large. Les conclusions et constats se sont révélés identiques. Une recherche actuelle dans le cadre du PHRC 2009 consiste à étudier les effets d'un projet de service intégrant la démarche palliative en onco-hématologie sur le soutien social, le stress perçu, les stratégies de *coping* et la qualité de vie au travail des soignants.

En termes de méthodologie, cette étude s'est déroulée dans le Cancéropôle du Grand Ouest et a porté sur les infirmières et aides-soignantes travaillant en service d'onco-hématologie. 574 soignants dont 94 % de femmes ont répondu. Les instruments de mesure sont les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de fonctionnement du service. L'instrument de mesure de la qualité de vie au travail permet par exemple de refléter le sentiment d'efficacité du soignant dans l'exercice de son travail plus qu'un sentiment de satisfaction. L'échantillon comprenait une majorité de femmes jeunes vivant en couple, ayant moins de 10 ans d'ancienneté et travaillant le jour.

L'association entre le score global pour la qualité de vie et les caractéristiques du service ajustées sur les caractéristiques individuelles des soignants a révélé que le manque de reconnaissance influençait prioritairement le manque de qualité de vie. Ce facteur de stress est donc l'axe sur lequel la réflexion doit s'engager. En termes d'association entre le score global du soutien social et les caractéristiques du service ajustées sur les caractéristiques individuelles des soignants, c'est la question du temps de transmission et de la formation en soins palliatifs qui émerge. Dans l'association entre le score global pour le stress perçu et les caractéristiques du service enfin, ce sont le nombre de patients, le manque de temps, la confrontation à la mort, la mauvaise prise en compte des besoins des proches et des patients et le manque de reconnaissance, de formation, de communication qui sont pointés par l'échantillon.

En revanche, la formation en relation d'aide diminue l'intensité du stress perçu. Au total, le soutien social dans l'environnement des soignants est lié au besoin de reconnaissance. Le projet de service à visée palliative, une meilleure prise en compte des besoins des patients, la concertation en équipes, un temps de transmission suffisant et la formation des soignants diminuent le stress perçu, favorisent les stratégies de *coping* et améliorent la qualité de vie au travail des soignants.

Une autre étude construite suivant des principes équivalents en milieu psychiatrique a abouti aux mêmes conclusions. Une étude est enfin en cours pour examiner la relation entre la qualité de vie au travail des soignants et la qualité de prise en charge des patients dans les services d'onco-hématologie. L'objectif est aussi de voir si la démarche palliative a vraiment une incidence sur la qualité des soins offerts.

Il existe finalement deux manières de considérer la démarche palliative ou participative. C'est d'abord un moyen de prévenir la souffrance du soignant au travail car un soignant en souffrance est inefficace. C'est ensuite une forme de management qui améliore la qualité des soins en prenant en compte le facteur humain. En effet, un soignant qui ne souffre pas est encore plus efficace quand sa qualité de vie au travail est améliorée par la démarche participative.

Sur le plan de la lutte contre la souffrance au travail, nous pouvons insérer la démarche participative dans un paysage plus large où les stratégies sont à la fois individuelles, collectives, défensives ou préventives. Le ticket psy évoqué ce matin pourrait être intégré dans une stratégie préventive individuelle. Sur le plan du management, nous travaillons sur un mode plutôt participatif mais qui n'est pas parfait. Il présente en effet des limites dans des situations d'urgence où il faut prendre des décisions rapidement. Ce modèle n'en a pas moins des points forts et peut fonctionner quand le travail est essentiellement relationnel.

Sous réserve du PHRC 2009, il nous semble donc que la démarche participative est nécessaire et suffisante pour améliorer la qualité des soins en établissements de santé. Le philosophe Paul Ricœur dit bien que l'autre, c'est d'un côté l'autrui de la sollicitude ou du soin – les soignants y sont bien habitués – mais que c'est aussi le chacun de l'équité laïque. Cette deuxième définition parle sans doute aux personnes qui exercent une activité plus administrative mais qui sont tout autant préoccupées des patients. Le rejet de responsabilité entre les uns et les autres a été évoqué ce matin. Pour y remédier, nous pourrions simplement nous souvenir que les mots « administration » et « métier » – celui de soignant par exemple – présentent la même étymologie. Ils renvoient au mot « ministère » qui désigne les serviteurs, ceux qui soignent.

## Discussion

### Jean-Michel DUBERNARD, HAS

Cette réunion a beaucoup de sens mais j'aimerais que nous dépassions la parole pour arriver à l'action. En s'appuyant sur la DGOS, la HAS pourrait suggérer quelques expérimentations dans différents sites (pôles, CHU, CH, etc.). Participation signifie pour moi concertation, échanges mais aussi intéressement. Dans ma vie à l'hôpital public, cet intéressement a toujours été intellectuel. Je me demande très sérieusement s'il ne faudrait pas faire intervenir une forme d'intéressement financier. Il peut en effet aider les soignants à prendre certaines décisions à côté de l'intérêt intellectuel.

### Gilles NALLET

D'après mon expérience, les soignants qui souffrent n'attendent pas d'argent, ils veulent surtout travailler autrement. La construction d'une nouvelle organisation du travail suppose une démarche managériale différente. La prise en charge des soins ne peut pas obéir à une organisation pyramidale. Elle est forcément transversale. Aujourd'hui, les services de soin ont besoin de compétences à tous les niveaux. Une réflexion doit être menée pour s'assurer de ces compétences, éventuellement en les valorisant. Une organisation managériale de communication structurée est tout aussi nécessaire. En effet, en l'absence d'une coordination efficace de lien par la parole entre les soignants, nous ne sommes pas efficaces.

### **Joël CECCALDI**

Je dis oui à l'intéressement en tant que partage de richesses. Mais je dis aussi non car le plus important pour moi est la richesse humaine. Dans le milieu du travail d'entreprise, le facteur humain a d'abord été considéré comme négatif, comme un maillon faible de la chaîne de travail. On a donc automatisé pour l'éviter avant de revenir en arrière et de le valoriser. Je constate que le même processus s'est déroulé dans le milieu hospitalier. En tant que médecin, on m'a appris la distanciation et l'objectivité par rapport aux malades. J'ai appris au fil du temps que ce n'était pas forcément une solution. Aujourd'hui, je cherche à me rapprocher des administrateurs et des patients.

### **Christine GARDEL, HAS**

Pouvons-nous nous servir de l'expérience du passé ? Vous décrivez la démarche participative comme nécessaire et suffisante pour essayer de travailler sur la souffrance au travail. Or, nous avons connu précédemment la démarche participative, par exemple avec la loi Auroux. Les résultats étaient alors mitigés. Pourquoi cette démarche revient-elle aujourd'hui sur le devant de la scène ?

### **Gilles NALLET**

Personnellement, je n'ai jamais connu de démarche participative dans les années 80. Aujourd'hui, notre action consiste à mettre en place des espaces de parole centrés sur la prise en charge des patients. Toutes les connaissances et les compétences d'un service doivent échanger pour parvenir à une prise en charge de qualité de la personne.

### **Christine GARDEL, HAS**

Nous avons déjà connu des démarches participatives mais elles se sont arrêtées d'elles-mêmes parce que personne n'y trouvait son compte. Le problème n'était peut-être pas bien posé. La démarche était, il est vrai souvent subie.

### **Joël CECCALDI**

Nous avons en effet voulu élargir une expérience de terrain partie d'une approche palliative. Constatant que le système fonctionnait dans les situations de fin de vie, nous nous sommes proposé de l'étendre à toutes les situations.

### **Jean-Paul GUERIN, HAS**

Le terme « participatif » n'est peut-être pas adapté. La démarche présentée consiste en fait à libérer la parole dans les services.

### **Yves GARCIER, EDF**

Nous avons une certaine expérience de l'intéressement et de la qualité de vie chez EDF. Il a été démontré que l'intéressement ne pouvait pas apporter du bonheur et de la qualité de vie. L'intéressement peut exister – il est lié à l'atteinte d'objectifs économiques ou environnementaux – mais il est très important de le déconnecter de la qualité de vie vis-à-vis des salariés. Les salariés ont avant tout besoin de reconnaissance. 25 % de nos salariés disent de ne pas être reconnus à leur juste valeur. Ils souhaitent être reconnus en tant que personnes, dans leurs engagements, dans leurs résultats, dans leur investissement. L'argent ne fait pas toujours le bonheur, il ne fait donc pas la qualité de vie au travail. Pour aborder le fond du problème, il faut trouver le moyen de rendre heureux des salariés qui font un travail difficile.

La question de l'acceptabilité sociale est très importante. Dans les domaines où la norme n'existe pas, il faut arriver à définir ce que le salarié est capable d'accepter car quand le seuil est dépassé, la souffrance fait

son apparition. Mais il ne faut pas oublier qu'une grande partie de nos salariés sont heureux au travail. Il ne faut pas seulement communiquer sur le négatif.

### **Madeleine ESTRYN-BEHAR**

80 ou 90 % des soignants sont fiers ou très fiers d'exercer leur métier mais ce qui leur est difficile, c'est de ne pas pouvoir le faire correctement. Je suis médecin du travail à l'hôpital depuis 1973. J'ai donc vu apparaître les cercles de qualité : le supérieur hiérarchique y anime un groupe sur un thème unique. Des actions sont ensuite mises en œuvre sans véritable analyse globale et les résultats ne suivent pas car d'autres aspects ont été méconnus. La démarche participative ergonomique, dont je faisais état, était vraiment participative puisque les soignants réalisaient des journées d'observation ergonomique pour mieux comprendre les difficultés et les savoir-faire des autres soignants et élaborer ensemble avec l'accompagnement des ergonomes et médecins du travail, des propositions. L'amélioration de la communication pour parvenir à une véritable « communauté thérapeutique » prenant en charge un groupe de patients est essentielle. Il ne suffit pas de l'écrire dans le projet de soins de l'établissement, élaboré par les cadres et la direction. Il faut que, de fait, les personnes aient la possibilité de parler ensemble pour mettre en œuvre un projet de soins réellement adapté à la « personne soignée ». Les changements de matériel, d'organisation ou d'horaires doivent être discutés en amont, en impliquant les personnes dans la compréhension des besoins.

### **Jean-Michel DUBERNARD, HAS**

J'ai été mal compris sur la question de l'intéressement. Je fais bien la distinction entre l'intéressement intellectuel, la reconnaissance d'une part et l'intéressement financier, vu comme un moyen d'appuyer l'intéressement intellectuel, d'autre part.

# Les hôpitaux attractifs en Belgique

**Sabine STORDEUR**

Senior expert in Clinical and Health Services Research, Bruxelles

Je vais vous présenter les résultats d'une étude pilote conduite en Belgique et consacrée à l'attraction, la rétention et l'implication des infirmières et à la qualité des soins. Ce projet a été financé et réalisé sous l'égide du Ministère de la Santé publique en Belgique par une équipe de l'Université catholique de Louvain.

Cette étude se situe dans un contexte international de pénurie d'infirmières. En Belgique, nous sommes plus précisément confrontés à des difficultés de recrutement et à un taux de rotation qui varie largement selon les établissements de santé. L'offre de formation est tout à fait satisfaisante en Belgique mais toutes les infirmières diplômées n'exercent pas à temps plein. L'étude NEXT (Nurses Early eXit Study) a révélé que l'ancienneté moyenne s'élevait au maximum à quinze ans dans la profession et à moins de cinq ans dans l'établissement d'exercice. Les infirmières semblent donc rechercher très rapidement de nouvelles conditions de travail qui peuvent leur apparaître plus satisfaisantes ou plus prometteuses. Les directions des ressources humaines doivent donc continuellement recruter du nouveau personnel.

En Belgique, les taux de rotation sont très différents d'un établissement à l'autre. Certains établissements présentent des taux de rotation inférieurs à 1 % quand d'autres présentent des taux de rotation supérieurs à 20 %. Nous avons donc voulu identifier les caractéristiques des environnements organisationnels favorables au bien-être et à la satisfaction du personnel mais aussi à la qualité des soins. A partir de l'expérience de ces hôpitaux attractifs, notre objectif consistait à dégager un modèle de gestion qui corresponde à l'équilibre entre le maintien d'un bon climat organisationnel et l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de soin. Nous avons donc étudié les résultats d'un environnement de travail sain en termes d'absentéisme, de rotation, d'accidents du travail, de durée de séjour et de satisfaction des patients. Nous sommes également remontés aux antécédents immédiats qui sont les composantes d'un environnement de travail sain (communication, coordination, développement professionnel, horaires, politique d'attraction et de rétention) et aux antécédents organisationnels (culture d'entreprise, pratiques managériales).

Ce travail a été divisé en trois étapes : une étape documentaire, une étape de contextualisation avec un échantillon d'hôpitaux pilotes et une étape de généralisation.

## I. Etape documentaire

Nous nous sommes inspirés des résultats de l'étude NEXT mais également du concept des *magnet hospitals*, ces hôpitaux américains qui ont obtenu une reconnaissance pour leur capacité à attirer et à fidéliser le personnel infirmier. Plus précisément, nous avons souhaité évaluer les composantes organisationnelles de ces hôpitaux et voir si elles étaient transposables dans nos établissements belges.

## II. Etape de contextualisation

Nous avons travaillé avec douze établissements pilotes dont l'étude NEXT relevait le faible niveau de rotation ou qui avaient obtenu des récompenses pour la qualité de leur management. Nous avons choisi pour instruments de mesure la grille diagnostique des quatorze forces des *magnet hospitals* américains ainsi qu'une analyse organisationnelle. Grâce à cet exercice de contextualisation, nous avons pu dégager le modèle belge de l'hôpital attractif. Si le *magnet hospital* américain reçoit un label de reconnaissance parce qu'il présente des caractéristiques particulières mais ciblées sur le département infirmier, l'hôpital attractif belge refuse de se centrer exclusivement sur ce corps professionnel. Un projet d'établissement doit en effet être conduit en collaboration avec le secteur administratif, médical, paramédical, logistique etc. L'hôpital attractif se définit autour de trois axes communs : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur.



## **1. Sens de la mission**

La mission définit la raison d'être de l'organisation. L'hôpital attractif est celui qui a réussi à définir un projet commun spécifique permettant de le reconnaître comme un centre d'excellence au niveau des soins, des innovations technologiques, de l'humanisation des soins et de l'équipement. Tous les établissements de l'échantillon sont parvenus à identifier le sens de leur mission. Le sens de la mission se décline en fonction des valeurs, de la vision stratégique et des politiques. Les hôpitaux attractifs sont très horizontaux, ils évitent de multiplier le nombre de niveaux hiérarchiques entre la base opérationnelle et le top management de manière à ce que la prise de décision ait lieu au niveau opérationnel. La place centrale donnée au patient et l'engagement envers la qualité sont également au cœur du modèle. Chacun vise à adopter des modèles professionnels de soin et à conforter un respect mutuel entre les disciplines, notamment grâce à des prises de décision partagées.

Les hôpitaux attractifs se caractérisent ensuite par des dirigeants qui présentent des compétences de leadership particulières. Les leaders sont forts et visibles. Ils sont reconnus dans l'établissement et assurent une gestion participative des collaborateurs. Ces hôpitaux ont enfin la caractéristique de mener des activités de recherche, médicales mais aussi infirmières. On y reconnaît la capacité des infirmières à délivrer des soins de qualité. Celles qui détiennent un diplôme complémentaire peuvent exercer un rôle significatif de formation ou de recherche au sein de l'établissement.

## **2. Support organisationnel aux personnes**

Les hôpitaux attractifs cherchent à apporter un travail porteur de sens et intéressant à l'ensemble des membres du personnel. Ils veillent à sortir tous les membres du personnel (y compris ceux qui exercent dans des domaines logistiques tels les personnels d'entretien ou des cuisines) d'une routine quotidienne, à leur assigner des projets et à cultiver leur potentiel et leurs compétences particulières, tels que des atouts linguistiques ou culturels par exemple. Dans certaines unités, les femmes de ménage sont intégrées dans les temps de communication parce qu'elles passent beaucoup de temps dans les chambres et observent des éléments qui peuvent avoir un apport significatif pour l'équipe infirmière.

Les hôpitaux attractifs multiplient les initiatives intéressantes pour favoriser l'équilibre entre famille et travail : aménagement des horaires dans les unités de soin, création de crèches dans les établissements, lits en pédiatrie pour les enfants malades du personnel... Ils placent aux postes clés les individus qui excellent dans la gestion des personnes, ils valorisent et reconnaissent les contributions individuelles et enfin ils communiquent un profil de comportement éthique et intègre.

Les axes clés de ces hôpitaux en termes de support organisationnel consistent donc à adopter des programmes et politiques de personnels créatifs et flexibles et à favoriser le développement professionnel. Ils établissent notamment des plans de formation individualisés liés aux compétences identifiées dès le recrutement de la personne. Celle-ci se voit alors fixer des objectifs à court et à moyen terme. Des formations adaptées et un encadrement par une infirmière plus ancienne lui permettent d'accéder à ces paliers de compétences. Dans les hôpitaux attractifs, les personnes expérimentées sont largement sollicitées pour assurer le mentorat des plus jeunes.

## **3. Ouverture vers l'extérieur**

L'hôpital attractif crée des plateaux virtuels transversaux par exemple entre services de chirurgie, services de soin à domicile et soignants locaux. Les infirmières ou les kinésithérapeutes de l'extérieur peuvent être formés à l'approche utilisée à l'intérieur de l'hôpital. De même, les infirmières de l'hôpital peuvent apprendre des professionnels de terrain. Les hôpitaux attractifs s'associent avec des centres d'expertise et les institutions de financement des soins de santé pour réaliser des études, créer des partenariats. De nombreux accords de coopération sont signés entre hôpitaux. Les hôpitaux attractifs jouent aussi un rôle de santé publique. Ils mettent par exemple en place des journées de dépistage (obésité, mélanome malin, asthme,...) ou de vaccination. Ils montrent ainsi que l'hôpital n'est pas seulement le lieu où l'on vient quand on doit être hospitalisé.

La difficulté consiste à répondre à chacun des trois axes mais pas au détriment des deux autres. Les hôpitaux attractifs cherchent à assurer la prospérité institutionnelle dans le respect des services à la

population, à favoriser le sentiment d'appartenance à l'établissement et à la communauté et à promouvoir le développement individuel tout en réalisant les missions de l'établissement.

### III. Etape de généralisation

Nous nous sommes demandé si un tel modèle pouvait être adopté dans d'autres établissements de santé. Nous avons donc mené un second exercice auprès de quarante établissements : hôpitaux, centres de long séjour pour personnes âgées et centres de soin à domicile. Nous leur avons demandé si le modèle était cohérent, sensible, acceptable et utile. A cette fin, nous avons réalisé une grille leur permettant d'effectuer un exercice d'autodiagnostic. Notre groupe de quarante établissements estime que le modèle est cohérent, qu'il est possible de se l'approprier bien que les références liées au sens de la mission soient plus difficilement évaluables par des professionnels de terrain. Les établissements reconnaissent qu'il s'agit d'un cadre de référence idéal pour évaluer l'institution au regard du postulat d'établissement attractif et qu'il permet d'identifier les écarts entre la réalité de l'institution et le modèle présenté comme un idéal.

La grille d'autodiagnostic permet de formuler des objectifs pour améliorer la transparence des décisions et des pratiques de gestion. Le modèle permet également de réfléchir à des mesures concrètes pour gérer les équilibres et de s'engager dans des pistes de réflexion nouvelles sans imposer de normes contraignantes. Par rapport à celui des *magnet hospitals* américains, il permet de fédérer des initiatives et de décloisonner les départements. Le modèle est généralisable puisqu'il vise un objectif de qualité du milieu de travail et de qualité des soins. Le modèle est donc présenté comme un idéal à atteindre tandis que la grille d'autodiagnostic permet une évaluation systématique et objective des politiques et des pratiques.

Le modèle d'hôpital attractif offre finalement un cadre pour comprendre les liens entre les caractéristiques du milieu de travail et les résultats. Toutefois, d'autres études sont nécessaires pour comprendre comment ces processus et leur impact sur les résultats pour l'organisation, les collaborateurs et les patients peuvent être obtenus. Il est important d'insister sur le fait que le modèle n'est pas un référentiel qui impose des normes contraignantes à respecter et qu'il n'a pas été conçu dans une perspective d'accréditation des établissements. Le modèle mobilise les directions autour d'un projet et canalise des énergies vers des actions concrètes. Notons enfin que les progrès ne sont pas uniquement fonction des efforts des hôpitaux. Tout le monde doit donc s'engager dans cette vision, y compris les ministères, les associations professionnelles et les gestionnaires.

#### Christine GARDEL, HAS

Le modèle a-t-il parfois été contesté ?

#### Sabine STORDEUR

Nous n'avons pas relevé de contestations mais certaines personnes sont toujours plus persuadées que d'autres, en particulier celles qui participent aux recherches internationales et qui sont convaincues que les modifications au niveau de la culture d'entreprise sont essentielles. D'autres sont toujours réfractaires à n'importe quel type de réforme. Nous essayons donc de gagner sur la contamination progressive des établissements. Des projets à l'échelle d'une unité de soin peuvent se disséminer peu à peu.

#### Un participant

Des études similaires ont-elles été menées pour les médecins ?

#### Sabine STORDEUR

Pour les hôpitaux, non. Nous réalisons plutôt des études sur l'attractivité des médecins en médecine générale. Toutefois, lorsque nous avons commencé le projet, les hôpitaux nous ont rappelé qu'il ne fallait pas seulement attirer les infirmières. Un certain nombre de dimensions du modèle (sens de la mission, de la vision stratégique, développement personnel, participation aux prises de décision etc.) concernent donc

l'ensemble des professionnels et au premier plan les médecins, les infirmières et les paramédicaux. Plus que d'argent pour des services de garde, les médecins ont besoin de conditions sécuritaires d'exercice dans les services d'urgence, d'un nombre suffisant d'infirmières, de l'équipement adéquat, de structures ergonomiques et esthétiques permettant de travailler correctement ou d'un processus de suivi en externe.

### **Un participant**

Pourrions-nous envisager un projet ARIQ français ?

### **Sabine STORDEUR**

Je l'espère. L'équipe d'Anne-Marie Pronost a participé à la rédaction de notre ouvrage<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> STORDEUR S, D'HOORE W. (2009). Attractivité, Fidélisation et Qualité des Soins – 3 défis, une réponse. Paris : Editions Lamarre

## Session III : Perspectives : approches managériales et qualité de vie au travail

### **Santé au travail, quand le management n'est pas le problème... mais la solution ?**

**Mathieu DETCHESSAHAR**

Professeur de sciences de la gestion à l'Institut d'économie et de management – IAE, Nantes

Je suis heureux de partager avec vous cette journée. Elle est pour moi très dépaysante car je ne suis ni médecin ni spécialiste des organisations de santé. J'ai cependant retrouvé dans vos discussions des problèmes qui font écho à ceux que je rencontre dans d'autres univers. Je suis professeur en sciences de gestion. La recherche dont je voudrais vous proposer une synthèse s'inscrit dans un cadre ANR et porte sur une thématique très ambitieuse puisqu'il s'agissait de travailler sur les déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail, d'examiner s'il existe des liens entre des modes d'organisation, des styles de management et la construction de la santé au travail.

Plutôt qu'une grande enquête statistique, nous avons choisi de réaliser des études approfondies de longue durée sur un nombre limité d'organisations partenaires. Nous avons choisi des structures exemplaires des nouveaux modes d'organisation : des entreprises industrielles, des établissements du secteur santé-social (hôpitaux, cliniques, maisons de soins de suite, EHPAD, etc.) et des entreprises du secteur de la téléphonie.

Cette recherche s'est déclenchée dans un contexte de très fort changement organisationnel. Le modèle qui se met en place depuis une quinzaine d'années est celui de l'hypercompétition. Au début des années 90, on enseignait à nos étudiants que les entreprises avaient deux possibilités pour gagner sur les marchés : dominer par les coûts ou dominer par la différenciation et la qualité des produits. Le modèle de l'hypercompétition a totalement démodé ce modèle puisqu'il suppose de conjuguer les deux stratégies et même d'en ajouter d'autres. Il s'agit de dominer par les coûts, par la qualité mais aussi par la réactivité, la flexibilité et l'innovation. Nous assistons donc à une multiplication des impératifs stratégiques.

Chacun de ces impératifs se décline dans l'entreprise jusque sur la scène du travail au travers d'une instrumentation de gestion extrêmement puissante visant à contrôler les coûts, standardiser la qualité, porter l'innovation, garantir la flexibilité etc. Chacune de ces instrumentations de gestion est mise en place par des experts de la gestion de façon discrète, chacun dans son domaine. De son côté, le salarié connaît tous les problèmes à la fois et doit travailler avec tous les impératifs. Il subit donc une hausse des contraintes et probablement des contradictions puisqu'il existe des contradictions entre qualité et coûts ou entre innovation et réactivité. Innover sur un process suppose de bien le connaître et d'avoir une équipe stable. Ce constat entre en tension avec l'objectif de flexibilité qui conduit à recomposer les équipes en fonction des impératifs du moment.

Cette situation est-elle problématique ? Il me semble qu'il est impossible d'apporter une réponse à cette question à ce stade. En effet, le travail a de tout temps été contraint et pétri de contradictions. Ce n'est pas grave en soi. Le problème est que quand on augmente les contraintes et les contradictions, il faut en même temps accroître les moyens de régulation et notamment les moyens de régulation locale pour les acteurs. Les acteurs doivent avoir les moyens avec leurs managers de faire face à ces contraintes, de les exprimer, de produire des compromis. Dans l'absolu, la montée des contraintes et des contradictions est un problème mais elle peut ne plus l'être si on sait l'accompagner au niveau local.

Au moment où nous commençons l'étude, nous disposons de statistiques inquiétantes sur les maladies professionnelles, sur l'augmentation des impacts psychosociaux. Ces éléments s'inscrivent dans un contexte d'allongement programmé de la vie professionnelle et de vieillissement de la population active. Nous avons cherché à comprendre comment et pourquoi ces nouvelles pratiques d'organisation et de management altéraient la santé des salariés.

Notre ambition était de parvenir à des résultats très sectorisés, propres à l'industrie ou aux métiers du téléphone. A notre grande surprise, nous avons abouti à des résultats transversaux. Les plaintes et les processus de construction de la plainte étaient en effet très proches dans les différents secteurs. Nous avons tout d'abord constaté que les acteurs étaient fragilisés lorsque la mise en discussion locale n'était pas possible. Cette mise en discussion n'est pas possible lorsque le manager de proximité a déserté la scène du travail et du collectif de travail. Si le manager n'est plus sur la scène du travail c'est qu'il est happé par les « machines de gestion » qu'il doit alimenter en permanence en informations. Il entretient des systèmes d'information toujours plus puissants et remplit un très grand nombre de documents. Nous sommes donc face à des organisations dans lesquelles il n'y a jamais eu autant d'information mais où la communication a disparu de la scène du travail.

Le manager de proximité est aussi placé sur des tâches à forte valeur ajoutée, conséquences du management participatif. Le manager est donc sans cesse associé aux projets des différentes directions et passe son temps en réunion. Ce management participatif n'est pas mauvais en soi mais le problème est que ces réunions, ces groupes d'amélioration sont consacrés à des thèmes qui ne viennent pas du travail ou des équipes mais de l'externe de l'organisation.

Les directions sont dans une position qui n'est pas plus enviable. Si elles consomment le temps de leurs managers de proximité, c'est qu'elles en ont besoin pour réaliser un travail en frontière qui est devenu d'une très grande complexité. Les directions doivent en effet rendre des comptes et donner des informations multiples à l'actionnaire mais aussi à une tutelle, aux journalistes, à des ONG etc. en s'appuyant sur leurs managers. Dans une très grande entreprise auprès de laquelle nous sommes intervenus, le DRH venait de passer 18 mois avec les partenaires sociaux à négocier sur la question de la diversité. Les salariés ne comprenaient pas comment ce DRH pouvait avoir 18 mois à consacrer à ce qui était pour eux un non-thème alors qu'il n'avait pas dix minutes par jour à consacrer au travail et à l'équipe.

L'agenda des dirigeants est de plus en plus occupé par l'extérieur. Les organisations et le management sont de plus en plus « extravertis ». Il me semble que les directions ont un important travail à mener par rapport aux contraintes extérieures. Les directions doivent retrouver un rôle stratégique et savoir de temps en temps dire non. Aujourd'hui, il semblerait que les directions ne s'expriment pas assez sur ce qu'il est possible de demander à l'entreprise et à quel moment. Les directions des ressources humaines pourraient jouer un rôle dans le management mais les DRH que nous rencontrons nous disent que leur agenda est dicté par l'externe, que ce soit par le législateur ou par les négociations. Ils passent leur temps à négocier des accords sans avoir le temps de les mettre en place. Ces accords ne sont pas dictés par un diagnostic interne mais par une actualité largement externe. Quant aux instances représentatives au personnel ou aux représentants syndicaux, beaucoup d'études récentes montrent qu'ils se préoccupent surtout des conditions d'emploi (salaire, carrière, sécurité du contrat) alors que les salariés sont bien plus inquiets des conditions du travail. On a finalement l'impression qu'au moment où les contraintes s'accroissent, les salariés se sont vus retirer le support du management. Les individus nous disent que le facteur essentiel de fragilisation est l'absence du management qui crée un sentiment d'abandon, de non-prise sur les contraintes, une anomie et une dislocation du collectif. Il faudrait faire le pari héroïque que les collectifs sont capables de gérer eux-mêmes les conflits et les contradictions du travail. Or, nous savons bien que c'est un travail extraordinairement difficile. Très largement, les salariés appellent à un retour du management dans l'activité, y compris dans les dimensions d'évaluation.

Nous avons fort heureusement repéré d'autres situations qui nous donnent quelques éléments d'action. Pour certaines poches d'activité ou organisations, les choses vont mieux. Cette situation favorable est liée à l'existence dans l'organisation d'une offre managériale de lieux au sein desquels l'activité peut être régulièrement mise en discussion et « soignée ». Il est toutefois bien évident que la mise en discussion est extrêmement difficile à mettre en place. La discussion est un phénomène d'une formidable violence. Cela suppose de se dire en face à face, sans médiation, les difficultés du travail et d'être capable d'en discuter alors que les mécanismes de base de l'organisation visent souvent à annuler les différences de subjectivité et de personnalité en divisant le travail. La mise en discussion remet les personnalités sur la table. Un des horizons très importants du management n'est pas l'appel au management participatif mais une réflexion très sérieuse sur la figure problématique du travail qu'est la mise en discussion. La mise en discussion doit être pensée, organisée.

Je voudrais évoquer quelques pistes rencontrées dans les entreprises. Nous avons constaté que dans les collectifs qui vont bien, les espaces de mise en discussion du travail sont centrés sur le travail. Ce ne sont pas des réunions de service visant à transmettre des informations ou à évoquer des projets stratégiques. Pour parler du travail, il faut informer l'opinion des participants.

Tous les éléments de reporting qui sont entrés dans les systèmes d'information peuvent donc servir à des fins de pilotage de l'activité par l'équipe elle-même avec son encadrement. La fréquence des discussions est un point important. Une fréquence trop épisodique est problématique car elle ne permet pas d'aborder les micro-problèmes quotidiens du travail. La question de l'animation est tout aussi essentielle. Les groupes de mises en discussion doivent être animés par le métier. Je fais donc partie de ceux qui sont très réservés sur l'idée de managers professionnels.

La mise en discussion suppose ensuite une ingénierie de la mémorisation. Il faut être capable de mailler les moments de discussion avec le sommet stratégique de l'entreprise. La mise en discussion requiert également un espace de travail. Or, les architectures productives ne sont pas nécessairement pensées comme soutien à la communication. Enfin, la bonne marche de la mise en discussion suppose un travail à long terme. Les personnes doivent apprendre à avoir confiance dans le fait qu'elles peuvent dire les problèmes et que cela a du sens de les dire puisqu'ils seront peut-être traités. Dans une situation dégradée, on n'ose plus dire que l'on a des problèmes. La direction doit donc accepter de mettre en place des dispositifs dont elle sait qu'ils ne produiront pas de résultats à court terme.

Un enjeu à plus grande échelle est celui de la gouvernance de nos entreprises. Les directions générales doivent elles aussi être capables de faire leur travail de régulation aux frontières. Le principe de délégation ou de subsidiarité est contre toute attente mis à mal comme jamais dans les organisations. Beaucoup de DRH ont l'impression que c'est le législateur social qui assure les ressources humaines de leur entreprise. Il faut aujourd'hui « désempêcher » le management. La question est de savoir quel pouvoir et quel budget on donne au manager de proximité pour faire face aux dynamiques de communication qu'il déclenche.

## Qualité de vie au travail : les ressorts de l'organisation

**Pascale LEVET**

Directrice scientifique et technique,  
Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT)

J'anime la direction scientifique et technique de l'ANACT. La vocation de ses équipes réside dans la production de connaissances partagées sur le fonctionnement des organisations, les questions liées à la prévention des risques, à la santé au travail, aux parcours etc. Notre activité nous conduit donc à tenir un rôle, pas toujours facile, de passeur entre le savoir savant, logé à l'intérieur de disciplines (ergonomie, statistiques, sociologie, sciences de gestion etc.) et le savoir d'action qui se constitue dans les organisations et qui est fortement indiscipliné et engagé. Accompagner les acteurs de l'entreprise (direction, partenaires sociaux, professionnels de la prévention) à la recherche de compromis productifs équilibrés, tel est notre poste d'observation et d'action.

Mon exercice de mise en perspective, à l'issue des travaux de la journée, témoigne bien de ces difficultés : nous avons écouté et partagé les réflexions de nombreux experts, ergonomes, sociologues, gestionnaires, pris connaissance d'études de cas et d'expérimentations qui rendent compte des tensions qui s'exercent dans les organisations de travail et des pistes pour les dénouer. Ce sont des savoirs inestimables. Il n'empêche qu'ils ne sont pas directement mobilisables voire qu'ils ne font pas forcément sens pour des personnes qui ne sont pas familières de ces disciplines mais qui doivent être capables de penser les changements et de les conduire de manière appropriée et rigoureuse. J'identifie donc un enjeu de méthode autour de la poursuite des travaux sur ces perspectives, méthode qui doit proposer une dynamique partagée de production des connaissances permettant de faire changer les organisations sur les questions de santé au travail.

Nos travaux cherchent à articuler les liens entre accréditation et qualité de vie au travail. J'aimerais donc aborder deux perspectives complémentaires. La première s'efforcera d'interroger le passage des conditions de travail à la qualité de vie au travail. La deuxième nous conduira à examiner ce qui se joue dans la qualité de vie au travail.

Les questions de conditions de travail sont évidemment aussi anciennes que le travail subordonné. L'institutionnalisation des questions de conditions de travail s'est jouée fortement en France dans les années 70. Ces années ont été marquées par des conflits sociaux extrêmement durs sur la revendication d'un travail humanisé et beaucoup moins aliénant mais aussi par la prise de conscience d'un certain nombre de dirigeants éclairés qui se sont rendu compte que le fonctionnement des organisations ne permettait pas de faire face aux défis auxquelles ces organisations étaient confrontées. Au moment de la création de l'ANACT en 1973, la notion de conditions de travail n'était pas vraiment définie ; le versant réglementaire a donc beaucoup compté, structurant de fait des frontières au sujet, mais des frontières très en retrait par rapport aux enjeux relevant de tout compromis productif. « L'amélioration » n'était pas non plus définie et renvoyait à des démarches participatives.

Dans les années suivantes, une transformation des organisations s'est opérée. Parallèlement, des théories managériales ont complètement repris l'idée d'un individu qui s'émanciperait dans l'exercice de son activité professionnelle, qui s'engagerait à la bonne fin de son travail. Les configurations organisationnelles et la manière dont on mobilise la main-d'œuvre ont donc changé. Tous ces éléments se sont percutés alors que l'urgence politique quittait le champ du travail pour celui de l'emploi, le partenariat social étant très focalisé sur les questions d'emploi. Il est donc devenu quasiment légitime que les compromis productifs soient liés à des enjeux de préservation de l'emploi plutôt qu'à des enjeux de conditions de travail.

Dans la place laissée vide, le législateur agit. Les contours des conditions de travail se trouvent donc façonnés par un arsenal juridique d'autant plus important que la transformation des organisations génère de nouveaux risques. A mesure que les organisations se complexifient, y compris dans le secteur hospitalier, les enjeux de prévention et de conditions de travail deviennent plus difficiles à saisir et à mobiliser, et se trouvent perdants vis à vis des impératifs de l'emploi sur la scène du compromis productif.

Les organisations souffrent peut-être d'un déficit de compétences collectives sur la manière de prendre en charge la question de la conception et du sens du travail.

Des postures revendicatives – de part et d'autre - se crispent par conséquent autour d'éléments de l'environnement de travail dont le cadre juridique permet d'engager des rapports de force lisibles, mais qui peinent à embarquer les enjeux globaux du travail et de ses conditions. On a vu récemment que les conflits qui s'ensuivent traversent toutes les organisations et se heurtent à une hypermédiatisation qui prend en étau les directions des entreprises et les partenaires sociaux. Ces conflits témoignent aussi de ce que les questions de santé au travail ne vont pas de soi et qu'elles nécessitent forcément une articulation avec les conditions de travail, les conditions du travail. Aujourd'hui, l'hyper focalisation sur les questions de souffrance, de stress, peut enfermer les acteurs d'une organisation soit sur des rapports de force durs (par exemple, bloquer un processus de changement au « prétexte » de cas de souffrance) soit sur des approches curatives, privilégiant le tout psychologique et « oubliant » le travail et son organisation.

C'est dans ce contexte tendu qu'émergent les démarches de promotion de la qualité de vie au travail et de la santé au travail. Elles sont nées dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord et le glissement sémantique qu'elles suggèrent va plus loin qu'un changement de vocable. Elles visent à proposer une lecture de l'organisation différente de celle qui place la santé au travail dans le champ de la prévention. Ces démarches s'appuient sur le principe selon lequel la santé n'est pas l'absence de maladie. La santé n'est pas un état, c'est une dynamique. Elle se construit dans et par le travail. Pour le dire vite, cette approche nous invite donc à envisager des organisations de travail dans lesquelles la santé ne serait pas financée par la performance économique mais dans lesquelles la performance serait articulée avec les questions de santé. Nous partons bien d'une approche dans laquelle la santé est une dynamique globale de construction et où les enjeux sont moins cantonnés sur la prévention que sur la promotion. Ce que les acteurs trouvent à cette approche de « promotion » de la santé, c'est qu'elle apparaît plus consensuelle que les questions de prévention/ réparation. Elle est donc plus facilement située à l'agenda stratégique des organisations et combinée avec des enjeux de performance. Même si les référentiels ne sont pas bien stabilisés, la promotion de la santé au travail et de la qualité de vie au travail retient davantage l'attention des comités de direction.

Nous pourrions donc dire que la qualité de vie au travail est aujourd'hui un enjeu de dynamique sociale qui doit être remis au centre du fonctionnement d'une organisation et dont le contenu n'est pas donné d'avance. Le contenu des enjeux de qualité de vie au travail n'est en effet pas le même dans les différentes organisations. Il fait partie d'une définition contingente, circonstanciée, qui combine l'état de fonctionnement de l'organisation et les marges de manœuvre anticipées par la direction et les partenaires sociaux.

Seconde caractéristique, son centre de gravité ne peut pas ne pas être le travail, l'analyse de l'activité du travail. Les enjeux ne concernent pas seulement l'environnement de travail et l'exposition aux risques. Lorsqu'un ergonomiste raconte le travail, des champs de possibles s'ouvrent. Il est impossible de les détecter si on ne regarde pas le travail en direct. Il faut donc être capable de se dire que la qualité de vie au travail n'est pas donnée une fois pour toutes mais qu'elle repose sur un équilibre instable entre l'accomplissement que les uns et les autres recherchent, la légitimité des contraintes fixées et la capacité des individus – individuellement et collectivement – à porter un jugement sur la pertinence de la prescription. Aujourd'hui, les prescrits sont nombreux mais le terrain des modalités pour y faire face est souvent déserté.

Il nous semble que la qualité de vie au travail gagne à être vue comme une sorte de laboratoire social qui chercherait à approcher les enjeux du fonctionnement des organisations contemporaines, fonctionnement qui pour partie a échappé à la gouvernance, aux dirigeants, au management et aux individus. Les ratés organisationnels de certaines grandes entreprises montrent bien la complexité organisationnelle. Pour remédier à ce problème, il faut se doter d'un espace d'expérimentation dans lequel on peut tester des idées cohérentes avec ses objectifs et ses moyens.

Quels seraient les objets de ces expérimentations destinées à explorer le champ de la qualité de vie au travail dans le contexte spécifique qui est le vôtre ? Le premier pourrait porter sur la conception des systèmes de travail : projets architecturaux, types d'informations et de communications nécessaires à la prise en charge du travail etc. Le deuxième objet pourrait renvoyer à la gouvernance des projets de changement. Qui décide de changer un élément ? Comment le changement se déroule-t-il ? Comment est-il contrôlé ? Enfin, l'expérimentation pourrait concerner la conversation stratégique. En effet, une organisation a sa raison d'être. Cette raison d'être s'articule entre le temps de l'organisation et le temps de son environnement. L'articulation n'est pas la même selon que l'on appartient aux équipes de direction ou au personnel qui réalise l'activité en bout de chaîne. Comment repenser les lieux où doivent se jouer les moments où l'on articule le temps de l'organisation et le temps de son modèle de leadership dans son environnement ?



En conclusion, le chemin est difficile. Il émerge, il a besoin d'échanges et de débats.

## Discussion

### Laurent DEGOS, Président du Collège, HAS

La conception de Monsieur Detchessahar fait bien résonance dans notre secteur. La multiplication des réunions et l'absence du management sont une réalité dans notre secteur d'activité. Dans le futur, un indicateur doit-il consister à dire que le management doit rester un expert de son métier ? La plupart du temps, le manager ne sait plus ce qu'est le métier. Un deuxième indicateur pourrait consister à examiner si le manager élevé sait faire le filtre. Combien a-t-il refusé de demandes et de saisines extérieures ? Le bon manager est-il celui qui sait protéger son entreprise de l'arrivée permanente de demandes extérieures ? De tels indicateurs pourraient-ils être satisfaisants ?

### Mathieu DETCHESSAHAR

Il est difficile de se prononcer rapidement sur cette question délicate. Votre proposition sur le management de proximité résonne plus immédiatement pour moi comme une piste intéressante. Je crois que le Ministère de la Santé mène actuellement une réflexion sur le profil des cadres de santé. Il me semble qu'il doit être un professionnel du soin avec des caractéristiques particulières. La question du rapport au métier est en tout cas essentielle.

Je crois que l'important est de rendre ses lettres de noblesse au management. Dans les systèmes actuels, l'activité de management est impossible, pétrie de contradictions. Personne n'a envie de se porter vers le collectif pour traiter les problèmes et les remonter. Personne n'a envie de faire ce travail ingrat. Mais il est paradoxal de constater que dans les systèmes de gestion actuels, le manager est incité à cette fuite naturelle face à l'activité de régulation des collectifs. En effet, les systèmes de gestion n'évaluent pas la qualité de l'animation. C'est un travail invisible, méconnu et non-rémunéré. Cette activité de management – être auprès des équipes – dont on a pensé qu'elle ne valait rien doit être recréée. On a oublié que le management avait deux faces étroitement complémentaires : une face de standardisation et de formation et une face de pilotage du cours d'action.

### Madeleine ESTRYN-BEHAR

En réalisant des observations ergonomiques de cadres, nous avons constaté qu'ils passaient un temps énorme à gérer des plannings, alimenter les systèmes d'information en chiffres, participer à des réunions de projets généraux et bien peu de temps auprès des équipes. L'enquête Next a montré que dans certains pays, les personnes qui étaient en position de supervision participaient aux soins. S'appuyer sur des infirmières anciennes, dont on reconnaît la compétence, pour encadrer les nouveaux est un principe fondamental à développer. Ces personnes continuent à soigner mais elles ont un tiers de patients en moins pour passer ce temps à animer l'équipe et à former les étudiants et les nouveaux soignants. Les évaluations internationales montrent la richesse d'une telle approche.

A l'inverse, d'après nos observations ergonomiques, l'idée de placer des cadres médico-techniques en service de réanimation par exemple pose des problèmes. Il est pourtant aujourd'hui admis que les managers viennent d'autres disciplines, voire même d'autres secteurs économiques. Cette marche en avant, sans évaluation des enjeux et des difficultés, me paraît assez dangereuse.

Nous avons réalisé une étude sur 350 étudiants en soins infirmiers qui ont abandonné leur scolarité en cours d'année scolaire en Ile-de-France, avec un financement du conseil régional. Le fait de ne pas avoir de soignant référent stable pour le tutorat est un facteur important d'abandon. Votre proposition est donc cohérente. Il est important de disposer de cadres de métier qui ont du temps pour promouvoir la recherche infirmière ou faire remonter des difficultés en lien avec l'externalité, les filières de soin etc. auprès du management central. Les soignants seront alors heureux que le cadre participe à des réunions centrales pour faire remonter leurs problèmes. Si les réunions sont consacrées à l'élaboration de cahiers de protocoles sans que les équipes soient consultées, les personnes se sentent totalement dépossédées et ne les utilisent même pas.

## **Mathieu DETCHESSAHAR**

Je vous invite à effectuer des comparaisons avec ce qui se passe dans l'industrie et la grande industrie. Alors que la logique de réduction de l'encadrement de proximité prévalait il y a quelques années, le mouvement est aujourd'hui inverse et l'on s'interroge sur le métier. Dans certaines institutions, notamment du secteur de la santé, l'idée que le cadre puisse de temps en temps effectuer lui-même un geste, a souvent été considérée comme du maternage.

Vous avez évoqué ce matin la taille des collectifs de soin. Une problématique liée à la certification porte sur la nécessité de discuter le vrai collectif. Ce vrai collectif est repéré par le diagnostic et le travail réel. Nous sommes face à des impossibilités. Des personnels AS ou ASH peuvent être des membres pertinents d'un collectif mais ils ne participent pas aux transmissions.

## **Pascale LEVET**

Nous sommes aujourd'hui dans une période contradictoire où à la fois les démarches de rationalisation continuent et à la fois un certain nombre de grandes entreprises ont pris conscience au plus haut niveau des effets en termes de fiabilité de l'organisation et d'attractivité. Dans certaines entreprises, on voit des démarches résolues de transformation du management par objectifs en management du travail. A partir du moment où l'on ne s'intéresse plus au « combien » mais au « comment », l'activité de travail retrouve une épaisseur et l'on sait qui est capable d'en être le manager. Je crois vraiment qu'une prise de conscience des organisations les plus standardisées et rationalisées est aujourd'hui à l'œuvre.

## **Max-André DOPPIA, CHU Caen**

En effet, les cadres n'arrivent pas à s'approcher du soin alors que c'est attendu par les personnels de terrain et les médecins. Avec les réformes des dernières années, l'hypercloisonnement s'est accentué. Les temps de contact entre personnels d'encadrement et médecins sont devenus quasiment impossibles. Les personnels d'encadrement sont en permanence en réunion. Plus grave, nous n'avons pas de retour de ces réunions sur le terrain. Nous ne sommes informés ni de l'ordre du jour ni des décisions prises et de leurs conséquences à court ou moyen terme. Les établissements s'inquiètent aussi du rôle de la CME. Quel était l'objectif du législateur en changeant la gouvernance au point de brider la CME ? De lieu d'échange et d'élaboration, elle est devenue une chambre d'enregistrement. Je ne sais pas si ce flux descendant permanent répondra à la demande des praticiens de terrain.

## **Clara de BORT, Cabinet du Ministre de la Santé**

J'aimerais tout d'abord vous assurer qu'il n'est pas question de nommer des cadres de l'aéronautique par exemple dans des réanimations. Néanmoins, quand on sélectionne dans la communauté soignante des futurs cadres, faut-il choisir les meilleurs soignants ou les meilleurs communicants ? Je voudrais que nous nous interroguions immédiatement sur les modalités de modification du concours. Faut-il rompre avec le principe de cadres soignants à temps plein ? Les cadres formateurs doivent-ils l'être toute leur vie ? Faut-il imaginer des systèmes de triple appartenance ? Je voudrais que nous parvenions réellement à des propositions.

Devenir cadre de santé dans une institution hospitalière, c'est aussi être confronté à une très grande complexité. Une professionnalisation est donc recherchée, notamment dans les IFCS, pour que ces personnels soient des spécialistes du planning ou de la logistique et fassent le deuil de leur ancien métier. Certains élèves en fin de formation d'IFCS sont heureux d'avoir fait ce pas quand certains cadres sages-femmes ont le sentiment d'un déclassement dès qu'elles ne pratiquent plus d'accouchements.

Nous sommes aussi confrontés à une très grande tristesse des cadres intermédiaires car le travail d'encadrement est un travail éminemment prescrit. Certains travaux de recherche en cours démontrent que chaque semaine les cadres répondent à des centaines de mails, passent des centaines d'appels téléphoniques et participent à quantité de réunions. Le temps passé à réfléchir, à concevoir se réduit parfois à néant. Il est désespérant pour une personne qui a voulu devenir cadre d'être confrontée à cette situation.

Dans l'actualité, je voudrais citer les programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale lancés par le Ministère mais aussi la mission sur les nouveaux métiers très qualifiés en santé. L'objectif de cette mission est de trouver des solutions pour atténuer l'immense hiatus qui fait que les personnels médicaux très hautement formés sont amenés à réaliser les tâches les plus simples qui sont aussi les plus rapides et les plus rémunératrices. Une mission sur la formation des cadres est par ailleurs en cours de relecture. Elle sera remise très prochainement à la Ministre de la Santé. Nous lançons enfin à la DGOS un travail sur le tutorat dans les services de soin. Le protocole du 2 février 2010 a prévu un système de primes pour les personnes qui assureront ce travail de tutorat. C'est une manière de reconnaître l'investissement consenti et l'apport que cela représente pour la communauté médicale.

Par ailleurs, une mission sur la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé est en cours. Cette mission qui fait éminemment écho aux travaux présentés aujourd'hui s'interroge sur les attentes plus ou moins bien satisfaites des différents partenaires du service RH (cadres, médecins, chefs de pôle, partenaires sociaux). D'après le sondage réalisé, les partenaires estiment que les services RH effectuent très bien le travail lié à la rémunération et beaucoup moins bien le travail lié aux conditions de travail et à la qualité du travail. A partir des résultats de ce sondage, il est demandé à cette mission de travailler sur les process RH à modifier, sur l'organisation et la formation nécessaires mais aussi sur le rôle que peuvent jouer les ARS en tant qu'instances de pilotage intermédiaires d'une part et les administrations centrales et les agences d'autre part. En effet, c'est à travers la transformation de ces processus que nous pourrons, nous l'espérons, améliorer la qualité du travail.

## Session IV : Débat – Point de vue des participants

### Synthèse de la journée

**Raymond LE MOIGN**

Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, HAS

La qualité de vie au travail, c'est aussi la qualité de vie de travail à la Haute Autorité de Santé. La manière dont les équipes de la HAS ont préparé la tenue de ce séminaire, a été extrêmement satisfaisante et productive. Je tiens à remercier Vincent Mounic, Bénédicte Rolland, Hubert Garrigue-Guyonnaud, Anne Depaigne-Loth, Véronique Ghadi, Rébéha Benabou et Sylvia Desnoyers ainsi que les collègues des services de la communication et de l'administration générale pour leur participation à ce travail collaboratif.

Avant de débiter l'exercice de synthèse, j'aimerais donner une dernière fois la parole à l'assistance. Nous avons partagé collectivement un certain nombre de connaissances. Nous serions heureux d'entendre vos dernières propositions sur la manière dont il convient d'agir pour donner une suite au séminaire.

**Yves GARY, CNAMTS**

Je pense que nous aurions pu aborder la question des coûts liés à la non-qualité. Comment les directeurs d'établissements pourront-ils évoluer la non-qualité de vie au travail ? L'Assurance-maladie aurait pu vous fournir quelques chiffres en matière de coûts d'invalidité, d'incapacité, d'accidents mais aussi d'absentéisme ou de postes vacants. De telles données permettraient de caractériser la non-qualité de vie au travail. C'est à mon avis un paramètre dont nous n'avons pas suffisamment parlé.

**Laurent DEGOS, Président du Collège, HAS**

Je crois en effet qu'il faut réfléchir sur la non-qualité en lien avec l'absentéisme ou les arrêts de travail. Toutefois, cette journée visait plutôt à expliquer les raisons de ces arrêts de travail et de cet absentéisme. Plutôt que de constater les effets, il faut chercher les causes pour pouvoir agir. Il paraît évident que nous parviendrons à des gains en traitant la non-qualité mais il ne faut pas oublier que l'amélioration de la qualité et de la sécurité coûte très cher. Assurer une totale sécurité des soins est extrêmement coûteux. Les données sur le nombre d'arrêts de travail dans le secteur hospitalier ou sur les indemnités journalières dépensées sont donc intéressantes mais notre propos consiste bien à rechercher la causalité et à identifier les leviers sur lesquels nous pouvons agir.

**Yves GARY**

Je ne proposais pas de mesurer le coût de la non-qualité pour calculer des indicateurs de performance. Mon expérience dans le domaine de la prévention m'a montré que la mise en place de programmes de prévention impliquait de définir des enjeux. En dehors de la création d'une dynamique du mieux-être, l'enjeu est aussi financier. Il est important de mettre en balance le coût de l'absentéisme et le coût de l'amélioration de la qualité.

**Madeleine ESTRYN-BEHAR, AP-HP**

Les grandes enquêtes systémiques internationales et françaises montrent qu'une erreur d'administration survient pour 5 à 10 % des malades admis. Le problème est généralement lié à une insuffisance de transmission de l'information, en particulier aux passages d'équipes. Quel serait le coût de temps de chevauchement un peu plus solides et de l'organisation de réunions pluridisciplinaires ? Ce coût pourrait être mis en regard de celui lié à la réduction des arrêts, des départs et des remplacements. Dans une période budgétairement contrainte, on ne peut convaincre de l'efficacité que par l'expérimentation.

En matière de tutorat, pourquoi ne pas former les tuteurs pendant un mois à l'enseignement aux adultes et aux techniques de promotion de la recherche mais aussi organiser des réunions mensuelles sur les difficultés rencontrées ? Il a été démontré dans certaines publications qu'une telle méthode permettait des économies du fait de la réduction des départs et des arrêts.

## **Raymond LE MOIGN, HAS**

J'aimerais partager avec vous six constats et sept propositions d'actions que la HAS entend engager ou soumettre aux parties prenantes. Le premier constat est que le management du travail est central. Nos établissements de santé évoluent. Nos entreprises sont confrontées à des organisations mouvantes et doivent gérer le changement. Or, nous sommes aujourd'hui confrontés à un déficit de compétences collectives et de compromis productif dans nos entreprises. Manager le travail est bien une préoccupation majeure.

Nous constatons ensuite que la qualité de vie au travail n'est pas autre chose qu'un questionnement sur la qualité du travail. Il est important de rappeler que le travail est une ressource et que la dimension des ressources humaines est une dimension pleine et entière de la performance de nos organisations.

Le troisième constat est celui de l'existence d'une triangulation magique entre qualité du travail, santé des professionnels et qualité des soins. Quel que soit le point d'entrée dans ce triangle, il est possible de concevoir une politique qui a du sens et de produire du collectif dans nos entreprises.

Nous savons ensuite que quelles que soient les bonnes intentions, il est possible de créer des effets pervers, de fausses illusions. La démarche qualité portée par la HAS ne doit pas être le faux nez d'une injonction bureaucratique et verticale, propre à alimenter uniquement les machines de gestion.

Cinquième constat, lorsque nous nous interrogeons sur la qualité de vie au travail, nous nous interrogeons aussi sur la qualité des interactions au sein d'une équipe, sur les liens entre la qualité des soins et diffusion de la culture de la sécurité.

Enfin, il existe de bonnes pratiques de management et de gestion des ressources humaines ou de développement professionnel continu des personnels de santé. Il nous appartient d'essayer de travailler en permanence sur ce qui fait la qualité d'un processus de décision dans nos établissements de santé et sur les mécanismes d'évaluation des objectifs visés.

J'aimerais maintenant vous proposer, en synthèse, sept actions. La première consiste à valoriser les travaux du séminaire en rédigeant des actes. Nous allons nous donner les moyens de structurer un droit de suite au séminaire sous la forme d'une communication active et attrayante.

Deuxième action et après avoir remercié à nouveau les intervenants car la qualité de la journée doit beaucoup à la qualité des intervenants, nous vous proposons de créer un groupe de travail pour étudier les conditions dans lesquelles il est envisageable de promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail. Ce travail devra être conduit avec la DGOS et l'ensemble des parties prenantes : universitaires, ANACT, médecine du travail, organisations professionnelles...

Nous allons ensuite essayer de construire un programme de formation et d'accompagnement de nos experts visiteurs pour que les éléments culturels que nous avons partagés aujourd'hui soient aussi partagés par les représentants de la HAS au plus près du terrain, lorsqu'ils réalisent des visites de certification. Ils seront ainsi plus à même d'investiguer les critères du manuel de certification les plus en rapport avec la qualité de vie au travail.

Par ailleurs, avec la DGOS, nous avons pris des engagements, le développement sur certains indicateurs, notamment un indicateur sur la qualité de vie au travail. Il nous faudra vous rendre compte régulièrement de l'état d'avancement de ce travail et des conditions dans lesquelles cet indicateur pourrait être mobilisé dans le cadre de la certification.

Il existe un lien évident entre qualité de vie au travail et bientraitance dans les établissements hospitaliers. Nous désirons en conséquence créer des passerelles entre ces deux thématiques.

Nous avons également pour ambition de réfléchir sur la mutualisation des expériences pertinentes, les conditions de leur éventuelle reproductibilité, et de travailler sur l'évaluation de l'impact de ce type de travaux.

Notre dernier objectif consiste à faire en sorte que la certification permette de réinterroger des pratiques de management, de montrer qu'un dialogue stratégique dans un établissement de santé concourt à positionner de manière intelligente le développement professionnel continu de chacun des personnels, et à promouvoir la qualité de vie au travail et le management du travail.

## **Conclusion**

**Laurent DEGOS**  
Président du Collège, HAS

Je remercie tous ceux qui ont participé à cette journée fondatrice pour notre vision du futur. Il y a quelques années, nous nous demandions comment intégrer la question de la qualité au travail du personnel à l'hôpital. Cette thématique nous tient vraiment à cœur. Elle trouve aujourd'hui une forme juste. Vous avez bien montré que le changement organisationnel récent posait problème et que les personnes souffraient au travail. Nous voulons travailler sur les causes de cette situation et sur les leviers possibles. Petit à petit, nous arrivons à réaliser un diagnostic. Nous avons compris que la notion de reconnaissance était particulièrement importante. Les personnes veulent se reconnaître et être reconnues dans leur travail. Le manque de reconnaissance est certainement lié à un manque humain. Dans ce monde difficile où nous sommes face à une souffrance de plus en plus forte, nous ne pouvons pas toujours faire front.

J'ai retenu avec vous que le problème était local et qu'il fallait agir localement. Le niveau local est-il celui de l'hôpital ou est-il celui du service ? Nous devons faire en sorte que la proximité soit bien encadrée. Vous avez d'ailleurs montré que nous pouvions faire mieux ensemble. Nous avons généralement l'habitude de dire que notre activité est centrée sur le patient. Mais si les personnes qui travaillent à l'hôpital sont heureuses, le patient sera encore mieux soigné. Nous devons tous ensemble identifier des leviers puis faire en sorte que nos critères de certification soient adaptés à ces leviers.