



EHESP

**Direction d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux publics**

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Le cluster QVT, tremplin vers une
politique de qualité de vie au travail
L'exemple du Centre Hospitalier
Départemental Stell (92)**

Claire MELQUIOND

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Anne-Sophie PEYRET, directrice adjointe du Centre Hospitalier Départemental (CHD) Stell, chargée des ressources humaines, des affaires médicales et de l'EHPAD Jules Parent. L'importante marge de manœuvre que tu m'as accordée sur la mise en œuvre de la démarche de Qualité de Vie au Travail m'a permis d'approfondir le sujet en en faisant l'expérience. Je remercie également Monsieur Yannick LORENTZ, Directeur Général du CHD Stell, pour son soutien et sa disponibilité.

Merci aussi à toute l'équipe du Centre Hospitalier Départemental Stell de m'avoir accueilli chaleureusement dans votre quotidien pendant huit mois.

Madame Paula CRISTOFALO a suivi l'élaboration de mon travail depuis ces prémises. Son expérience sur le sujet a été d'une grande richesse. Je la remercie d'avoir accepté d'encadrer mon mémoire. Merci également à Madame Nicole BOHIC pour sa disponibilité et à Monsieur Fernand LE DEUN, responsable de la filière, pour sa bienveillance.

Je souhaite également remercier Madame Elsa BOUBERT, ancienne directrice des ressources humaines et des affaires médicales du CHD Stell, Madame Fatima DERVEAUX, représentante du personnel, et Madame Dominique BERCET, médecin du service de SSR gériatrique, pour s'être engagées en premier lieu dans la démarche du cluster en tant que membres du COPIL QVT.

Je remercie également toutes les personnes qui ont accepté de partager avec moi leur point de vue et leur savoir sur le sujet afin de faire avancer ma réflexion. Sans ces échanges, le contenu de ce travail ne serait pas le même.

Merci à Victor, pour les moments passés et ses observations toujours pertinentes. Merci enfin à mes parents. Vous avez toujours cru en moi tout au long de mes études et c'est grâce à votre soutien que j'ai posé le dernier point de ce mémoire. Il marque la fin d'une période d'études et le début d'une nouvelle aventure dans un métier passionnant.

Sommaire

Introduction..... 1

PARTIE I : La mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail dans un environnement de plus en plus contraint financièrement..... 9

Titre I. 1 : Un cadre réglementaire en évolution..... 9

I. 1. 1. L'évolution des obligations de l'employeur en matière de santé au travail 9

I. 1. 2. Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail, un changement de paradigme 11

I. 1. 3. La stratégie nationale d'amélioration de la QVT du 5 décembre 2016, cadre favorable à la mise en œuvre d'expérimentations 13

Titre I. 2 : Le questionnement du lien entre qualité de vie au travail et performance des établissements..... 14

I. 2. 1. Les débats autour du « New Public Management » 14

I. 2. 2. La lente reconnaissance du lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins et de l'accompagnement des usagers 15

I. 2. 3. Un lien évident mais encore à développer entre qualité de vie au travail et performance 17

Titre I. 3 : Les clusters, aboutissement d'une démarche de co-construction sur la notion de qualité de vie au travail 20

I. 3. 1. Qu'est-ce qu'un cluster QVT et quels sont les avantages escomptés de la participation à un cluster pour un établissement ? 20

I. 3. 2. La co-construction de la première vague de cluster QVT en France 21

I. 3. 3. L'évolution du positionnement des ARS 22

PARTIE II : L'impact organisationnel et social de la participation à un cluster QVT :
L'exemple du CHD Stell 24

Titre II. 1 : Analyse des enjeux de l'établissement et de son environnement..... 24

II. 1. 1 : Un établissement à forte orientation gériatrique 24

II. 1. 2 Une démarche de qualité de vie au travail volontariste, mais peu formalisée 26

II. 1. 3 : Description organisationnelle et matérielle du service de SSR gériatrique... 27

Titre II. 2 : Le déploiement de la démarche expérimentale au sein du service de SSR Gériatrique 30

II. 2. 1. Un service au cœur d'un besoin de santé publique 30

II. 2. 2. La démarche expérimentale appliquée au sein du CHD Stell..... 32

II. 2. 3. Les points d'attention méthodologiques..... 33

Titre II. 3 : Premiers enseignements de la participation à un projet collectif expérimental..... 34

II. 3. 1. Bilan de l'accompagnement externe par le biais du cluster 35

II. 3. 2. Bilan interne des actions menées dans l'établissement..... 38

PARTIE III : Propositions pour une politique de qualité de vie au travail globale, améliorant la qualité de l'accompagnement et la performance de l'établissement.. 41

Titre III. 1 : Les outils d'une démarche participative, moteur d'une politique de qualité de vie au travail globale..... 41

I. I. 1 Proposition n° 1 : Choisir un type d'outil participatif selon le contexte et les objectifs définis..... 41

III. 1. 2. Retour d'expérience sur un EDD à échéances régulières 43

III. 1. 3. Un EDD ponctuel pour la conduite du changement : le parti pris de l'ARACT Ile-de-France 45

Titre III. 2 : Une démarche aux prémices d'un nécessaire changement de culture managériale 46

<i>III. 2. 1. Proposition d'action n°2 : Renforcer le diagnostic des conditions de travail</i>	46
<i>III. 2. 2. Proposition d'action n°3 : Fluidifier les échanges entre les équipes de terrain et la direction, par le biais des cadres de proximité et des médecins</i>	47
<i>III. 2. 3. Proposition d'action n°4 : Fixer le cadre des exigences réciproques dans le projet d'établissement et le projet de service</i>	48

Titre III. 3 : De la bonne utilisation des outils de suivi et d'objectivation pour conduire une démarche QVT intégrée 49

<i>III. 3. 1. Proposition d'action n°5 : Renforcer l'utilisation du contrôle de gestion au service de l'accompagnement des usagers</i>	49
<i>III. 3. 2. Proposition d'action n°6 : Créer un PAPRIPACT, outil de planification global indispensable au suivi financier et du Directeur</i>	51
<i>III. 3. 3. Proposition d'action n°7 : Anticiper l'application de la démarche QVT à l'heure des GHT et des groupements de coopérations par la mise en place de « communautés stratégiques » ou de « cluster QVT » à l'échelle de la coopération</i>	53

Conclusion	57
Sources et bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AES : Accident d'exposition au sang
AMP : Aide médico-psychologique
ANACT : Agence Nationale d'amélioration des Conditions de Travail
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
ANFH : Agence Nationale de la Formation Hospitalière
ANI : Accord National Interprofessionnel
ARACT : Association Régionale d'amélioration des Conditions de Travail
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-soignant.e.s
ASHQ : Agents des services hospitaliers qualifiés
CE : Conseil d'établissement
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CNAM : Centre National des Arts et Métiers
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DIRRECTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMS : Durée moyenne de séjour
DRG : Diagnosis related groupes
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
DRH : Directrice des ressources humaines
EDD : Espace de Discussion
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GCS : groupement de coopération sanitaire
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier.e.s diplômés d'Etat
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
ONVH : Observatoire national des violences en milieu de santé

PAPRIPACT : Plan annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail)

PASA : Pôle d'activité et de soins adapté

PRAP : Prévention des risques liés à l'activité physique

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques psychosociaux

TMS : Troubles musculosquelettiques

UHR : Unité d'hébergement Renforcée

UNV : Unité neurovasculaire

UVA : Unité de vie Alzheimer

Introduction

« Car ce n'est pas assez d'avoir l'esprit bon, mais le principal est de l'appliquer bien. »
écrivait Descartes dans le Discours de la méthode en 1637.

Sortie du contexte du Discours de la méthode, la notion de qualité de vie au travail (QVT) semble refléter l'ambivalence de la citation de Descartes. Notion positive en elle-même, relative à « l'esprit bon » décrit par Descartes, elle produit cependant des résultats plus ou moins manifestes selon son application. D'aucuns critiquent par exemple la superficialité des actions pouvant être menées sous cette dénomination. L'essentiel résiderait donc dans l'application de la notion et non simplement dans son esprit. Remise dans le contexte du Discours de la méthode, la relation entre la philosophie de Descartes et la qualité de vie au travail n'est pas moins pertinente. Descartes explique en effet dans ce texte que si la capacité à connaître le vrai (« l'esprit bon ») est donnée à chacun, il est nécessaire d'adopter la bonne méthode de réflexion afin de ne pas se tromper sur ce que l'on qualifie effectivement de « vrai ». Dans une émission radio dédiée au Méditations métaphysiques de Descartes¹, le philosophe Jean-Luc MARION explique qu'il existerait un principe de vérification de cette bonne application de la raison : les crises. Appliquée au sujet de la qualité de vie au travail, la survenue d'une *crise* dans le travail des professionnels de santé serait ainsi une alerte favorisant l'émergence d'une nouvelle réalité. Dans un contexte de réduction des budgets alloués, la QVT apparaît alors comme une nouvelle marge de manœuvre ouvrant la voie à des initiatives innovantes et à de nouvelles manières d'agir et de manager, comme l'indique la définition donnée par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) QVT du 19 juin 2013 : « La Qualité de Vie au Travail (QVT) désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment ». Cet ANI pose un lien entre QVT et performance. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la performance est la capacité à améliorer la santé de la population en répondant à ses attentes et en assurant un financement équitable. Le lien entre QVT et performance n'est cependant encore que peu exploité.

La qualité de vie au travail a tout d'abord été centrée sur les conditions de travail et les risques psychosociaux (RPS). Le concept a émergé pour la première fois en 1972 à New York, lors de la première Conférence Internationale sur la QVT. L'objectif de la conférence était de construire un corpus théorique sur les thèmes de la santé

¹ FRANCE CULTURE, VAN REETH A., 24 janvier 2017, *Les chemins de la philosophie*, « Les Méditations métaphysiques de Descartes (2/4), Qui suis-je ? »

mentale au travail et la qualité de vie au travail.² Cette conférence propose en 1973 une définition de la QVT reposant sur quatre aspects : l'intégrité physique, l'intégrité psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre entre la vie au travail et en dehors³. La même année, face à une situation sociale très tendue, General Motor décide « avec l'accord des syndicats, d'impliquer les salariés dans la conception des nouvelles lignes »⁴. L'expérimentation est un succès et c'est ainsi que le premier accord collectif « Qualité de vie au travail » est signé. Toujours en 1973 est créée l'Agence Nationale d'amélioration des Conditions de travail (ANACT). Selon Franck BRILLET, Isabelle SAUVIAT et Emilie SOUFFLET, cette période (1960-1980) marque la première phase de développement de la qualité de vie au travail, mis en valeur par les travaux d'Eric Trist et Ken Bamforth et centrés sur l'identification des limites du taylorisme⁵. Deux autres phases suivront, l'une marquée par l'émergence de la notion de RPS jusqu'en 2000 et la dernière développant la notion de santé au travail et de qualité de vie au travail. Ce mémoire retiendra la définition des RPS du Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail, présidé par Michel GOLLAC, « il convient de considérer que ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine »⁶. Ainsi, le Collège d'expertise définit les RPS comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrée par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »⁷.

Selon certains auteurs, travailler sur les RPS atteint cependant des limites. C'est l'objet même du changement de paradigme opéré avec l'utilisation de la notion de qualité de vie au travail. Selon Yves CLOT, « rien n'est pire pour tous que ce modèle « toxicologique » du psychosocial comme risque »⁸. Il partage la métaphore de F. DANIELLOU selon laquelle les RPS pourraient être comparées à « un nuage toxique planant au dessus de l'entreprise ou de certaines de ces composantes »⁹. Le risque ainsi illustré est celui de laisser penser que les professionnels seraient passifs dans un cadre de travail nocif. Ainsi, cette approche permet de mesurer l'environnement psychosocial et éviter que le « nuage ne fasse trop de victimes », mais ne se centre pas sur le cœur du problème, qui selon Yves CLOT est compris dans l'activité du travail et son analyse.

² PELLETIER J., 2017, *Agir sur la Qualité de vie au travail*, Eyrolles, 136 p.

³ DAVIS L.E., CHERNS A.B., 1975, *The Quality of Working Life, Volume 1*, New-York : The Free Press, 450 p.

⁴ PELLETIER J., 2017, *Agir sur la Qualité de vie au travail*, Eyrolles, 136 p

⁵ BRILLET F., SAUVIAT I., SOUFFLET E., 2017, *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*, Dunod, 195 p.

⁶ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2010, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, 223 p.

⁷ *ibid.*

⁸ CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, p. 105

⁹ *ibid.* p. 104

Selon l'auteur, travailler sur les RPS permet seulement de « *colmater les conflits qui continueront à empoisonner le travail réel sous un consensus psychosocial de surface* ».

Si l'approche de la qualité de vie au travail d'Yves CLOT est centrée sur la qualité DU travail, la notion se voit réappropriée dans de nombreux contextes allant de l'outillage gestionnaire avec le « *lean management* », à l'hygiène de vie, en passant par la notion philosophique de « bonheur », par des modélisations des conditions du bien-être au travail comme le SLAC (sens, lien, activité et confort)¹⁰ ou encore à l'organisation en open space, au nouveau modèle de l'« entreprise libérée » et à la notion d'« *hôpitaux magnétique* » développée outre-Atlantique. En effet, en 1983 aux Etats-Unis, une étude sur les hôpitaux dits « magnétiques » paraît. Elle montre que la satisfaction tirée par des infirmiers à travailler dans un établissement est extrêmement incitative à y rester. Les incitatifs non-économiques seraient « *d'aussi puissants, sinon de plus puissants* » *« prédicteurs » de comportement que les variables jouant sur les revenus* ». ¹¹ Appliquée au sein d'une organisation, le risque est ainsi de brouiller les repères des professionnels, certains étant même amenés à les qualifier d'expressions galvaudées. Au sein du Centre Hospitalier départemental Stell, l'ensemble des personnes reçues en entretien a été interrogé sur ce que signifiait la qualité de vie au travail. Les réponses ont été très diverses et ont révélé la fluidité du concept. La définition de la qualité de vie au travail retenue dans ce mémoire est celle de l'ANACT : « *un compromis équilibré entre les logiques techniques, gestionnaires, organisationnelles et sociales qui se construit avant tout à travers une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ses dimensions (organisation, contenu, conditions, résultats).* » ¹² Elle complète celle de l'ANI du 19 juin 2013 selon laquelle la QVT peut se concevoir comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.* » Cette définition s'appuie sur la perception qu'on les professionnels de leur pouvoir d'agir sur le contenu de leur travail, tandis que la définition de l'ANACT offre un axe plus méthodologique au terme de qualité de vie au travail.

L'année 2016 a vu se développer douze clusters QVT regroupant entre cinq et huit établissements dans onze régions, afin d'accompagner 80 établissements au total. La démarche a été reconduite en 2017 avec treize régions, impliquant 110

¹⁰ ABORD DE CHATILLON E., RICHARD D., 2015, « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion* 2015/4 (N° 249), p. 53-71.

¹¹ BRUNELLE Y., 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, pp. 39-48.

¹² PELLETIER J., 2017, *Agir sur la Qualité de vie au travail*, Eyrolles, p.16

établissements sur 17 projets. Le choix du terme *cluster* n'est pas anodin : un autre mot aurait été trop engageant ou perçu comme élitiste. Cependant, emprunté à la langue anglaise, il présente la difficulté de ne pas se définir de lui-même. Les clusters sociaux sont des processus d'apprentissage collectif créés pour sécuriser les acteurs des démarches QVT des établissements et renforcer leur capacité à transformer le travail pour le rendre plus performant, du point de vue de la qualité des soins comme de ses effets sur l'engagement et la santé des professionnels¹³. Les clusters QVT ont été créés par la haute Autorité de Santé (HAS), en partenariat avec l'ANACT, les Agences Régionales de Santé (ARS) et grâce au financement de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Ils s'intègrent dans la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent » du 5 décembre 2016.

L'intégration du CHD Stell à ce cluster a été réalisée dans un contexte particulier, répondant au thème de l'accompagnement au changement choisi par l'ARACT Ile-de-France. Lors de l'intégration du cluster, l'établissement avait répondu à un besoin de santé publique en ouvrant sept lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) neuro-gériatriques dans le service de SSR gériatrique, répondant ainsi aux évolutions nécessaires du parcours du patient sur le territoire. Cette ouverture n'a néanmoins pas été accompagnée en conséquence d'une augmentation de la dotation annuelle de financement. Ainsi, les frais de fonctionnement supplémentaires ont été autofinancés par l'établissement à hauteur d'environ 450 000 euros. L'ouverture de ces lits s'est faite dans une ambiance particulièrement tendue au sein du service et a été mal vécue par l'équipe soignante, qui s'est vue imposer une double transformation :

- Une évolution de la pathologie des patients accueillis en SSR neuro-gériatrique, en comparaison avec les patients de SSR gériatrique.
- Une transformation organisationnelle jugée insuffisante par l'équipe notamment en terme de moyens humains.

C'est dans ce contexte qu'a été mis en place au sein du service de SSR gériatrique un Espace de Discussion (EDD), animé par un professionnel de l'ARACT. Six soignants (AS et IDE, de jour et de nuit) y ont participé durant quatre sessions de septembre à décembre 2016. Ils ont ensuite présenté leur point de vue et leurs préconisations à la Direction en décembre. Un plan d'action QVT a été réalisé à partir de ces préconisations.

Un ensemble de questionnement découle de la mise en œuvre d'une expérimentation telle que celle des cluster et d'un « Espace de Discussion » dans le cadre d'une action collective de ce type. Comment évaluer la pertinence des « espaces de discussion » ? Si cette pertinence est prouvée, est-il toujours judicieux de généraliser une expérimentation ? Doit-on considérer les clusters comme une nouvelle

¹³ Cette idée est issue d'une fiche de présentation du cluster distribuée lors d'une réunion (Document interne cluster Ile-de-France)

forme de partenariat ou un incubateur favorisant l'innovation ? Quelle est l'opportunité, pour un établissement sanitaire ou médico-social, d'intégrer un cluster QVT ? Comment appliquer dans un établissement une démarche de qualité de vie au travail qui ne soit pas un vernis permettant de cacher les problèmes réels¹⁴ mais bien un lieu d'élaboration de pistes d'amélioration de l'accompagnement des usagers et des conditions de travail ? L'ensemble de ces questions sera traité dans ce mémoire sous l'angle de la problématique suivante : **Dans quelle mesure la participation à un cluster QVT répond-elle aux attentes des établissements en terme d'accompagnement aux changements organisationnels et sociaux ?**

L'intérêt de ce sujet pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est quadruple.

1. Intérêt concernant l'accompagnement de l'usager et la qualité des soins : A son échelle, ce travail se veut renforcer l'existence du lien déjà prouvé entre QVT et qualité des soins et de l'accompagnement.
 - Nous posons l'hypothèse du lien, moins étudié, entre QVT et performance sociale et économique.
2. Intérêt managérial pour les cadres de proximité et la direction :
 - Nous posons l'hypothèse selon laquelle adopter une logique « bottom-up » et un management participatif améliore non seulement le dialogue social mais enrichi également la prise de décision des managers et favorise de façon déterminante la conduite du changement.
3. Intérêt méthodologique : Ce travail contribue également aux chefs de projets. Il détaillera très précisément la méthodologie adoptée dans le cadre de la mise en œuvre d'un espace de discussion.
 - Nous posons l'hypothèse que l'expérimentation est une méthode s'adaptant particulièrement bien au contexte hospitalier et médico-social, afin de favoriser l'apprentissage dans une logique de « droit à l'erreur ».
4. Intérêt stratégique : La QVT est une démarche et non un thème. Elle englobe l'ensemble de la politique d'un établissement. Cette étude s'intègre donc dans les problématiques actuelles rencontrées par de nombreux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : l'évolution des populations accueillies, dont la prise en charge est de plus en plus lourdes, couplée à des restructurations des organisations, à travers des mutualisations, des regroupements de structures ou des coopérations. De ces changements peut apparaître un décalage entre les attentes des professionnels et de la direction et la réalité de leur situation de travail.

¹⁴ HOSPIMEDIA, mai 2017, « Le déploiement de la stratégie de la qualité de vie au travail s'accélère avec la fin du quinquennat », [consulté le 14.06.2017]

- Nous posons l'hypothèse selon laquelle une démarche de qualité de vie au travail serait une « condition de survie » des établissements dans un contexte d'évolution des pathologies des usagers, de réduction de moyens et de transformations des organisations. Comme le défend la DRH d'une coopérative de l'économie sociale et solidaire, « *il n'est pas de développement économique sans innovation sociale* »¹⁵.

La méthodologie utilisée afin de construire la réflexion menée dans le cadre de ce mémoire s'est appuyée sur quatre principales méthodes d'investigation :

1. L'observation-participante

La position d'élève-directrice au sein de l'établissement a été particulièrement satisfaisante pour ce type d'observation. Ainsi, l'annexe 8 révèle les séquences observées lors d'une **visite du service d'une durée de 2h30 à la fin de mon stage**. J'ai pu à la fois m'entretenir avec les professionnels sous la forme d'entretiens « à chaud » de type « micro-trottoir », et observer les conditions matérielles au sein du service. Cette visite a été réalisée dans le cadre de l'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). J'ai également pratiqué l'observation participante lors des **deux réunions du cluster QVT auxquels j'ai participé à l'ARACT**, ainsi que lors des **deux réunions d'échange avec les soignants du service sur le sujet du plan d'action QVT** mis en œuvre, et enfin lors des **groupes de travail réalisés avec les « pilotes d'actions »**.

Les enseignements et limites de cette méthode d'investigation : Cette méthode, indispensable, a fourni une information concrète sur les conditions de travail des professionnels, ainsi que sur les « empêchements au travail » identifiés. L'observation lors des réunions a été particulièrement pertinente afin de détecter les jeux d'acteurs. Faute de temps cependant, une limite à ma méthodologie est de ne pas avoir pu comparer les éléments de mon observation avec le point de vue direct des patients de SSRG. Par ailleurs, je n'ai pas pu observer le déroulement d'un EDD, ces derniers s'étant déroulés avant mon arrivée en stage.

2. La constitution d'un corpus de textes afin d'analyser le sujet

Cette phase a été indispensable afin de découvrir les différents courants sur le sujet.

Les enseignements et limites de cette méthode d'investigation : La littérature sur le sujet est extrêmement volumineuse et ne peut être exhaustive. Comme le souligne la HAS par ailleurs¹⁶, une grande quantité de travaux proposent une approche principalement

¹⁵ GROUPE UP, 2016, *Focus Qualité de vie au travail : Vers un nouvel équilibre*

¹⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

réalisée par le risque. Le choix de ce mémoire est cependant de mettre à l'honneur le courant de pensée selon lequel la QVT doit être pensée principalement en termes d'analyse de l'activité de travail.

3. L'analyse des données de l'établissement

Une analyse de certaines données issues du contrôle de gestion a eu pour but d'objectiver la situation du service au sein de l'établissement. La lecture d'un ensemble de documents institutionnels permet également de remettre dans son contexte la situation examinée (bilan et projet social, rapport de certification, projet d'établissement...).

Les enseignements et limites de cette méthode d'investigation : Cette méthode est bien entendu à coupler avec d'autres méthodes d'investigation et ne saurait se suffire à elle-même pour contextualiser la situation analysée.

4. La réalisation d'entretiens semi-directifs

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des membres du Centre hospitalier et avec des acteurs extérieurs à l'institution. Les annexes 2 à 4 sont respectivement les grilles d'entretiens utilisées et les fiches descriptives de chaque entretien (lieu, heure, durée, enregistrement ou non etc.).

En interne, les entretiens réalisés ont été les suivants : Directeur général, Directrice des ressources humaines (DRH), ancienne DRH de l'établissement ayant lancé le projet l'année précédente, responsable qualité et gestion des risques, directrice des soins, cadre supérieur de santé, deux représentants du personnel (CGT et CFDT).

Lors de la phase exploratoire de mon sujet, j'ai réalisé un entretien avec une cheffe de projet de la cellule ressources humaines de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP). Cet entretien avait notamment pour but de découvrir dans quelle mesure l'ANAP, dans laquelle j'ai réalisé mon stage extérieur, s'est emparé du sujet de la qualité de vie au travail.

D'autres entretiens externes ont été menés, avec une cheffe de projet de la HAS, ainsi qu'avec une cheffe de projet de l'ARACT Ile-de-France ayant animé le cluster. Afin d'offrir une dimension comparative à ce mémoire, j'ai également réalisé une série d'entretiens avec un directeur d'établissement dans les secteurs du handicap et de la vieillesse. Ce directeur a mis en œuvre une démarche d'« instance de dialogue sur le métier » au sein de son établissement, sans l'appui d'un cluster, mais avec celui de l'équipe d'Yves Clot. J'ai également réalisé un entretien avec un collègue de promotion dont l'établissement de stage avait participé à la première vague de cluster QVT dans une autre région (PACA).

Les enseignements et limites de cette méthode d'investigation : Ces entretiens m'ont

permis de recueillir des éléments extrêmement riches sur les enjeux du sujet, ainsi que d'analyser les attitudes des personnes interviewées et d'en déduire certaines logiques d'acteurs. A titre d'exemple, l'entretien avec le Directeur Général du CHD a été révélateur des relations entre les acteurs du territoire. Celui avec une cheffe de projet de l'HAS a permis d'analyser en détail le processus de création des clusters QVT, ainsi que la place de la notion au sein de la HAS. Toutefois, conscients des biais de cette méthode, une attention particulière a été portée sur l'influence des facteurs extérieurs tels que le lieu de l'entretien, sa durée, ou encore les personnes en présence.

Conclusion générale sur la méthodologie adoptée

Cette méthodologie s'est voulue être la plus exhaustive possible. Toutefois, toutes les méthodes adoptées dont pas été également efficaces, notamment les questionnaires. Il me semblait opportun de recueillir la perception des participants à l'EDD de manière synthétique. Cependant, le taux de réponse du questionnaire de satisfaction réalisé pour le personnel du SSRG, trop faible, ne m'a pas permis d'exploiter les données. Cette limite me semble liée à la démarche d'expérimentation car elle n'a pas mobilisé les soignants sur le long terme.

D'autres limites me semblent liées au sujet de la « Qualité de vie au travail ». Afin de mesurer réellement l'impact de l'EDD sur le service de SSRG, j'ai comparé certains indicateurs (nombre de changement de service avant et après la mise en place de l'EDD, taux d'absentéisme, nombre d'heures supplémentaires ...) Cependant, le choix des indicateurs choisis afin d'évaluer une démarche de qualité de vie au travail est complexe. Il n'existe pas d'« indicateurs type ». L'évaluation la plus efficace est « l'évaluation embarquée » dont la méthode sera développée dans le corps du mémoire.

Ce mémoire permettra d'abord d'analyser le cadre de mise en œuvre d'une démarche de qualité de vie au travail par les établissements sanitaires et médico-sociaux dans un environnement de plus en plus restreint financièrement (I). L'exemple de l'intégration du CHD Stell dans le cluster QVT d'Ile-de-France sera ensuite développé afin d'illustrer l'impact organisationnel et social d'une telle démarche expérimentale (II). Des propositions de mise en œuvre d'une démarche de qualité de vie au travail globale permettront enfin aux directeurs de penser la qualité de l'accompagnement des usagers sous un nouvel angle (III).

* *
*

PARTIE I : La mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail dans un environnement de plus en plus contraint financièrement

L'objectif de cette partie est de dessiner le cadre réglementaire et les réflexions académiques ayant amenées à la création de clusters QVT. Si le cadre réglementaire englobant les notions relatives à la qualité de vie au travail a évolué (I.1), le lien entre qualité de vie au travail et performance est quant à lui encore à définir (I.2). C'est dans cette dimension évolutive que se sont inscrits les clusters QVT (I.3).

Titre I. 1 : Un cadre réglementaire en évolution

L'évolution du droit du travail en France a amené l'employeur être responsable de la mise en œuvre des mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (1). Le droit a d'abord réglementé dans le sens des RPS, pour se tourner depuis quelques années vers la QVT, marquant un réel changement de paradigme dans la réflexion concernant les conditions de travail (2). La stratégie nationale d'amélioration de la QVT du 5 décembre 2016 est révélatrice de ce changement de paradigme (3).

I. 1. 1. L'évolution des obligations de l'employeur en matière de santé au travail

On ne peut parler du sujet de la qualité de vie au travail sans comprendre les origines de l'émergence du droit du travail en France et de la responsabilité de l'employeur en matière de risques psychosociaux. A la fin du XIXème siècle déjà, les premières règles du droit du travail apparaissent avec l'objectif principal de conserver la main-d'œuvre. C'est ainsi que les règles d'hygiène, de sécurité et de protection de la main d'œuvre fragile apparaissent. La responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail est affirmée en 1898, marquant la création de l'échange salarial : la subordination des salariés en échange de la protection de l'employeur. Après la seconde guerre mondiale, et dans le sillage de la construction de l'Etat providence, de nouvelles réglementations en matière de protection des professionnels sont instaurées. L'enjeu principal est de « *préserver les conditions de reconductions et de reproduction de la société industrielle* »¹⁷. Ainsi, jusque dans les années 1970, le droit du travail issu de la seconde révolution industrielle est centré sur cet échange entre le salarié et l'employeur concernant ses droits citoyens, et non sur le sens du travail lui-même. A la fin des années

¹⁷ THENARD-DUVIVIER F., 2011, *Les mondes du travail en France de 1800 à nos jours. Conférences et débats, Lycée Claude Fauriel, Saint-Etienne*, Cah Comités Histoire in HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

1960, les conflits sociaux se multiplient et de nouvelles formes d'organisations apparaissent, privilégiant l'échange des savoirs, et la participation des salariés. Comme détaillé en introduction, cette période est marquée par la question des conditions de travail. Cependant, le chômage de masse des années 1980 rétrocede au second plan cette question, qui est remplacée par celle de l'emploi et de son maintien. La notion de RPS émerge alors.

Aujourd'hui, d'après l'article L. 4111-1 du Code du travail, la fonction publique hospitalière obéit à la réglementation du code du travail relative à la santé et la sécurité au travail. L'article L. 4121-1 du code du travail indique :

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

Par ailleurs, d'après les articles L. 4121-2 et L. 4121-3, l'employeur public est soumis à l'obligation de prévention des risques et notamment des risques psychosociaux au sein d'un établissement.

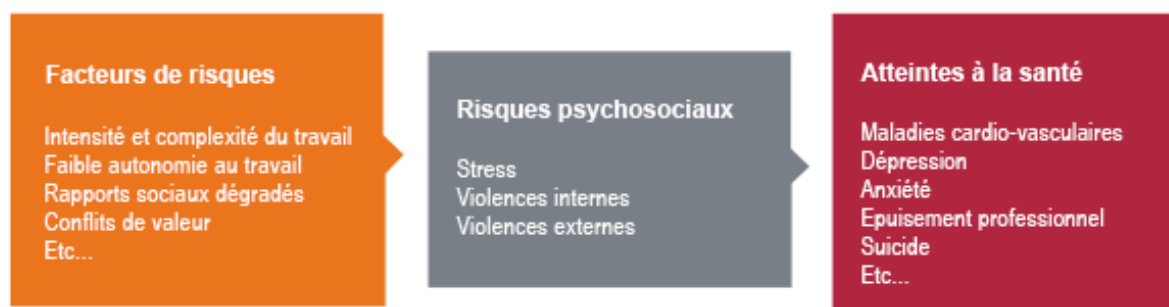
Améliorer les conditions de travail est également une exigence du statut de la fonction publique hospitalière. L'article 23 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise que *« des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail »*. L'article 6 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 précise également qu' *« aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. »* Par ailleurs, le cadre réglementaire des conditions de travail du secteur hospitalier comprend le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) créé par le décret du 5 novembre 2001 (art L. 4121-1 du code du travail)¹⁸, le rapport annuel sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail (art L. 4612-16, 1° du code du travail) et le PAPRIACT (plan annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail). Ce dernier est établi annuellement à partir des analyses des risques professionnels et précise les conditions d'exécution de chaque mesure ainsi que l'estimation de leur coût. Un avis du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de

¹⁸ La circulaire d'application n°6 D.R.T. du 18 avril 2002 indique que ce document est la première étape d'une démarche globale de prévention qui incombe à l'employeur. Son absence expose le chef d'établissement à des sanctions pénales.

Travail (CHSCT) sur le rapport et programme est essentiel. Le CHSCT peut prioriser les actions à mener et les mesures à adopter¹⁹.

1.1.2. Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail, un changement de paradigme

Un risque psychosocial ne doit pas être confondu avec son origine. A titre d'exemple, le schéma ci-dessous, issu du dossier RPS de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)²⁰, montre que des rapports sociaux dégradés ne font pas parti des RPS. Les RPS sont les manifestations de ce type de facteurs de risques.



Des dispositifs ont vu le jour afin de lutter contre les risques psychosociaux. Il s'agit des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), mais également de formations de l'Agence Nationale de la Formation Hospitalière (ANFH) ou encore du coaching. Les CLACT sont issus des accords Durieux du 15 novembre 1991. Ils ont été actualisés par le protocole d'accord de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) 2006-2009, la circulaire du 26 mars 2007, l'instruction DGOS/RH3 de 2010 et 2012. Ces contrats signés entre l'ARS et l'établissement, portent sur la mise en place de processus expérimentaux pour les rythmes de travail et les relations de travail, le développement d'une position de prévention active des RPS et troubles musculosquelettiques (TMS) et l'accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles (soutien aux mobilités fonctionnelles et aux reconversions internes).

Cependant, la lutte contre les risques psychosociaux a suscité une réelle remise en question. Cette partie l'abordera sous l'angle des politiques publiques. Le rapport Lachmann Larose Pénicaud intitulé *Le bien-être au travail : 10 propositions pour l'amélioration de la santé psychique au travail*, émet déjà en 2010 l'idée que les enjeux autour du travail ne doivent pas être envisagés seulement sous la forme d'un ensemble de risques. Par la suite, en 2013, l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013

¹⁹ GILLETTE K., 2017, Cours filière DESSMS « Conditions de vie au travail, qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels », Rennes : EHESP

²⁰ INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE, 2017, *Dossier risques psychosociaux*, disponible sur internet : www.inrs.fr/risques/psychosociaux.html

consacre le terme de « qualité de vie au travail » et l'acronyme QVT. Il souligne les liens entre qualité du travail, QVT et performance. L'ANI décline la QVT en huit thématiques, qui permettent d'envisager des axes de travail : l'engagement à tous les niveaux, l'information partagée, les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique, l'organisation du travail, les possibilités de réalisation et de développement personnel et la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Ainsi, le concept de qualité de vie au travail introduit un nouveau paradigme dans le management des organisations sanitaires et médico-sociales car il choisit de se concentrer sur les ressources présentes plutôt que sur les risques. Il s'agit de la « *clinique de l'activité* », comme l'intitule Yves Clot. Ces « *ressources peuvent naître, être mises à jour, se développer à partir d'une activité délibérée des opérateurs sur leur travail, délibération qui met au jour des conflits sur la qualité du travail. C'est justement la capacité à prendre le risque de faire face aux conflits latents entre pairs ou entre les opérateurs et les prescripteurs des tâches qui va permettre d'ouvrir la mine des ressources psychologiques et sociales, facteurs d'efficacité et de qualité* »²¹. Cette définition a intégré les recommandations de l'ANACT, du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et du Dialogue social ainsi que de l'INRS, qui recommandent de discuter des « critères de qualité du travail ».

Point récapitulatif sur les grands textes réglementaires et législatifs

- Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique qui intègre l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail applicable aux entreprises privées
- Loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique qui crée notamment les CHSCT dans la FPE et FPT (existent depuis 1991 dans la FPH)
- Protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la FP du 22 octobre 2013 : en application de cet accord, chaque employeur public doit depuis 2015 élaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS (phase de diagnostic intégrée dans le document unique).
- Circulaire du 20 mars 2014 sur la mise en œuvre d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans les trois fonctions publiques
- Instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la FPH de l'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les 3 FP.
- Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013
- Stratégie nationale d'amélioration de la QVT du 5 décembre 2016

²¹ CLOT Y., GOLLAC M., 2014, *Le travail peut-il devenir supportable ?*, Paris : Armand Colin
Claire MELQUIOND - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

I. 1. 3. La stratégie nationale d'amélioration de la QVT du 5 décembre 2016, cadre favorable à la mise en œuvre d'expérimentations

La stratégie nationale « Prendre soin de ceux qui nous soignent » se veut être une réponse au malaise exprimé par les professionnels de santé ces dernières années, « associé au sentiment de travail mal fait, autrement nommé conflit de valeurs, et qui peut être à l'origine de risques psychosociaux »²². La qualité de vie au travail est placée au cœur des organisations, en tant que « fondement indispensable à l'atteinte des objectifs de l'hôpital, en terme de qualité des soins et de performance sociale »²³. La place de l'ANAP dans la stratégie nationale est mise en valeur, notamment concernant ses travaux sur la concordance des temps médicaux et non médicaux, et sur l'évaluation de la charge en soins. C'est ainsi que la stratégie nationale mentionne la performance du système de soins.

La stratégie nationale d'amélioration de la QVT offre également un cadre privilégié aux expérimentations en termes d'expression et d'initiatives individuelles et collectives. Ainsi, l'engagement 6 « Redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes » entend promouvoir l'importance de la notion d'équipe, notamment face aux restructurations actuelles (pôles, virage ambulatoire, développement des groupements hospitaliers de territoires etc.). L'objectif associé à cet engagement est de « renforcer la communication et les échanges au sein des équipes » en systématisant « les réunions d'équipes de proximité afin de renforcer les liens professionnels »²⁴. L'analyse de pratiques professionnelles et des groupes d'expression sont également promues dans le document, afin d'aider à la prise de distances face aux situations difficiles. Par ailleurs, un autre objectif est de renforcer l'analyse des événements indésirables graves liés aux risques psychosociaux.

Les éléments choisis afin d'illustrer la stratégie nationale sont autant d'exemples révélant une certaine intégration dans cette stratégie de la littérature sur le sujet du lien entre qualité de vie au travail et qualité de l'accompagnement et des soins depuis quelques années. C'est ce que nous développerons dans le titre I.2 de ce mémoire.

* *

²² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décembre 2016, « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail », p.1

²³ ibid.

²⁴ ibid. p. 12

Titre I. 2 : Le questionnement du lien entre qualité de vie au travail et performance des établissements

Les débats autour du « New Public Management » amènent à se pencher sur de nouvelles manières de penser la performance (1). Si le lien entre QVT et qualité des soins est aujourd'hui établi (1), celui entre QVT et performance doit cependant être encore développé (3).

I. 2. 1. Les débats autour du « New Public Management »

Les études et enquêtes statistiques réalisées ces dernières années, et recensées dans la revue de littérature de la HAS, renforcent la causalité entre l'application de nouvelles politiques publiques centrées sur la performance et la dégradation des conditions de travail. Ainsi, les débats autour du « New Public Management » sont révélateurs de l'ambiguïté entre une conception historique de l'Etat providence et des impératifs de performance de plus en plus développés. La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) votée en 2001, marque le début d'une série de réformes dont les instruments sont assimilables à ceux du « New Public Management ». Ce modèle est défini par Anne Bartoli comme « *l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leurs évolution dans le respect de leur vocation* ». ²⁵

L'impact de ces politiques publiques sur le collectif de travail et les conditions de travail aurait été négligé selon certains auteurs. A titre d'exemple, les restructurations peuvent entraîner de réelles transformations du travail. Il est nécessaire qu'elles soient anticipées et accompagnées. De manière plus emblématique, la réforme de la tarification à l'activité (T2A) aurait eu pour conséquence une augmentation significative de la charge de travail des soignants selon certaines études. Ainsi, si l'objectif premier de la réforme est bénéfique aux établissements de santé – passer d'une dotation globale à un financement des établissements selon leur activité afin d'instaurer une équité de traitement –, il est néanmoins nécessaire d'en évaluer les conséquences. Dans *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le Nouveau management public*, Nicolas BELORGEY montre ainsi qu'une réelle course à l'activité se serait engagée suite à cette réforme. La baisse de la durée moyenne du séjour (DMS) qui est un des effets de la mise en place de la T2A, augmente ainsi le flux de patient et la charge de travail des professionnels. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur « L'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé » de mars 2012 souligne que la réforme n'est « *ni claire ni bien comprise* »²⁶ par les professionnels de santé qui, bien que ne la

²⁵ BARTOLI A., 2005, *Le management des organisations publiques*, Paris : Dunod

²⁶ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », p.5

remettant pas en cause, la considèrent essentiellement comme une réforme « *budgétaire et comptable* »²⁷ dont les modalités d'application complexes sont critiquées. Ainsi, cette réforme aurait principalement souffert d'une absence de concertation et de discussion entre les soignants et les cadres de santé autour des objectifs et changements imputés par la T2A²⁸. Ces enseignements doivent être pris en compte dans le cadre de la réforme prochaine du financement des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont le décret d'application devrait sortir en décembre 2017.

Le NPM induirait donc des changements pesant sur les conditions de travail des professionnels. Selon Emmanuel Abord de Chatillon et Céline Desmarais dans leur article « Le nouveau Management Public est-il pathogène ? », la surcharge de travail et la dégradation des relations interpersonnelles seraient les facteurs associés à l'épuisement professionnels les plus présents dans un contexte de changements liés au NPM. Ces deux facteurs sont issus de la recension de Maslach des six facteurs les plus fréquemment associés à l'épuisement professionnel : surcharge de travail, manque de contrôle, récompenses insuffisantes, relations interpersonnelles, manque de justice et conflits de valeurs²⁹. Par ailleurs, l'augmentation de la bureaucratisation et l'intensification du travail managérial et infirmier sont également relevées, ainsi que l'accroissement important des incivilités au sein des services hospitaliers³⁰. Les sources citées précédemment, relatives au New Public Management, décrivent une forme de cercle vicieux des politiques publiques jusqu'à présent mises en œuvre. La notion de qualité de vie au travail souhaite briser cette chaîne. La QVT se veut en effet innovante car elle ne se place pas en opposition aux outils du NPM, mais place la qualité du travail au cœur de leur utilisation. La QVT peut ainsi être pensée comme une marge de manœuvre de la performance.

1. 2. 2. La lente reconnaissance du lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins et de l'accompagnement des usagers

La création d'un critère sur la « Promotion de la qualité de vie au travail » dans le Manuel de certification des établissements de santé V2010 (critère 3.d), puis l'intégration de la QVT au rang des thématiques obligatoires de la certification V2014 dans le compte qualité marquent institutionnellement le lien entre la QVT et la qualité des soins. Cependant, l'acceptation de la notion de QVT par les établissements de santé n'a pas été si évidente. Un chef de projet de l'HAS interviewée explique que la démarche a débuté

²⁷ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », p.5

²⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, p.20

²⁹ ABORD DE CHATILLON E., DESMARAIS C., 2012, « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? », *Management international* 163, pp.10-24, p.13

³⁰ *ibid.* p.14

dès 2008, « *l'année des suicides à Orange* ». Une démarche collective avait réuni Directeurs, cadres, médecins, organisations syndicales, salariés, médecins et experts visiteurs afin de se mettre d'accord sur le terme de qualité de vie au travail et ce qu'ils attendaient de la certification. Le baromètre 2012 de l'Ipsos sur la perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers soulignait alors « *un hiatus insupportable entre des conditions de travail difficiles et le silence de la certification sur ce plan* ». ³¹ Le critère sur la « promotion de la qualité de vie au travail » était en effet « *très pauvre* » selon le chef de projet de l'HAS interrogé. Dans le cadre de la certification V2014, les cinq fédérations ont donc travaillé avec la HAS sur le sujet afin d'intégrer la QVT au rang des thématiques obligatoires. Cependant le chef de projet souligne qu'au démarrage « *la commission de certification était extrêmement hostile à ce qu'on développe ce projet en disant "mais ça ne vous concerne pas (...) vous allez armer les organisations syndicales, on va pas s'en sortir". Donc il y a eu un travail de ténacité et de conviction pour emporter le sujet. Il a finalement continué à exister et à être soutenu. Mais ce n'est pas un objet habituel de l'HAS (...) ce n'est pas le cœur de métier de la HAS.* » Aujourd'hui, le sujet est bien porté au sein de la HAS et l'enjeu de la prochaine certification est de faire de la QVT un domaine transversal, au même titre que le droit des patients. L'idée est ainsi de respecter au mieux le sens de la QVT, qui selon la conseillère paramédicale de la FHF, est « *une démarche participative et progressive qui conduit le collectif de travail à réinterroger les organisations en place pour retrouver les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation d'un travail de qualité.* » ³².

Par ailleurs, la littérature de santé publique a évalué l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins et de l'accompagnement. Cette littérature insiste sur des indicateurs chiffrés, tels que les risques d'erreurs, les risques de maltraitance, la satisfaction du patient, l'impact des horaires atypiques, ou encore du manque de personnel. Dans sa recommandation sur la bientraitance, l'ANESM mentionne également la QVT comme étant un facteur déterminant de la bientraitance ³³.

³¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, IPSOS, 2013, *Baromètre 2012. Perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers*, Saint-Denis La Plaine : HAS, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/barometre_perception_certification.pdf

³² ANACT, ARACT, mars 2017, « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », *Travail et changement*, n°366, p. 6

³³ AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICAUX SOCIAUX, 2008, « Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », p.33

1. 2. 3. Un lien évident mais encore à développer entre qualité de vie au travail et performance

La notion de QVT possède un aspect économique évident en lien avec l'absentéisme. En effet, les arrêts de travail ont un impact sur l'organisation des services ainsi que sur la continuité des soins. Les coûts financiers induits sont directs et indirects. Les coûts directs sont les frais médicaux et pharmaceutiques, le versement des émoluments ou indemnités journalières, ou encore les rentes d'invalidité. Les coûts financiers indirects sont les frais de gestion liés à de mauvaises conditions de travail comme les remplacements, les recrutements ou encore la formation. Une perte de confiance peut également être extrêmement coûteuse à rétablir, nécessitant l'intervention de professionnels extérieurs (audits, études...). Agir sur la QVT est ainsi une opportunité en matière d'accroissement de l'attractivité de l'établissement, de réduction de l'absentéisme, de maintien en activité des professionnels vieillissants et d'amélioration du climat social. Des modèles définissent ce lien. Il s'agit par exemple du modèle de l'hôpital magnétique.

Le modèle de l'hôpital magnétique révèle le lien entre qualité de vie au travail et performance organisationnelle d'un établissement. Ce modèle a été à l'origine pensé autour du corps infirmier. L'étude parue en 1983 sur les hôpitaux magnétiques, dont nous avons fait mention en introduction, révèle que « *passé certains seuils, un roulement élevé de personnel infirmier devient source de dysfonctionnement* », en particulier avec l'introduction dans de nombreux pays les « *Diagnosis Related Groups (DRG)* », prenant la forme de la tarification à l'activité en France, qui accentue la gestion efficiente des lits hospitaliers. Ainsi, l'idée d'un cercle vicieux apparaît : un faible recrutement accentue la pression sur les infirmiers en poste, détériorant davantage le milieu de travail. Cette détérioration augmente elle-même la perception négative externe à l'établissement, ce qui accentue ses difficultés de recrutement. L'étude montre que certains hôpitaux ne rencontrent pas, ou moins, ce problème. Si le lien entre la satisfaction au travail et les roulements (ou la rétention de personnel) est commun à de nombreux secteurs, il s'applique particulièrement au milieu hospitalier³⁴.

L'étude révèle également que quand les infirmiers ne peuvent pas partir de l'établissement qu'ils souhaitent pourtant quitter, des phénomènes de « fuite du travail » tel que l'absentéisme ou le présentéisme apparaissent. Ces indicateurs sont ainsi souvent révélateurs de l'état de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement, même si le lien de causalité n'est pas toujours satisfait. Selon une étude de l'INRS (2009) « *le coût*

³⁴ BRUNELLE Y., 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, pp. 39-48.

financier lié au stress en France était entre 1,9 et 3 milliards d'euros par an »³⁵. Le stress serait ainsi à l'origine de 50 à 60% de l'absentéisme. Récemment utilisé par Jean-Pierre Brun de l'Université de Laval, le présentéisme en revanche peut être défini comme le fait d'être présent au travail sans pour autant y être efficace ou encore comme un comportement d'absence marquée par une présence physique. Le présentéisme est la preuve que l'absentéisme n'est pas toujours un indicateur opportun pour mesurer la qualité de vie au travail au sein d'un établissement. Le « présentéisme » est cependant beaucoup plus difficile à mesurer que ce que les auteurs de l'étude appellent les « formes de roulement (départ prématurés, retraites anticipées, absentéisme, assurance de maintien de salaire lors d'une interruption de travail...) ».³⁶

Les freins au départ ne sont cependant que peu réels dans un contexte où le personnel infirmier est extrêmement demandé. C'est le cas au sein du territoire des Hauts-de-Seine que nous étudierons dans la deuxième partie de ce mémoire. C'est pourquoi la question de l'attractivité et de la rétention du personnel, comme cela a été réfléchi dans le modèle des hôpitaux magnétiques, semble intéressante à mobiliser. Il existe huit conditions partagées par les hôpitaux magnétiques³⁷. Ces conditions se rapprochent des éléments constituant la définition de la qualité de vie au travail de l'ANI du 19 juin 2013. Ces éléments sont l'autonomie professionnelle, le support fourni par l'administration dans les conditions de travail (sécurité, équipement, soutien informatique...), une bonne collaboration entre personnel infirmier et médecins (cela se confirme également concernant d'autres types de professionnels), la valorisation professionnelle et le leadership infirmier (dans les discours mais également dans l'action administrative : encouragement à la formation, représentant de la profession dans les instances décisionnelle...), des relations positives avec les pairs, vus comme compétents, un ratio de personnel adéquat (les centres hospitaliers américains ont des ratios élevés de personnel), un focus client (dans le milieu hospitalier public français, on parlerait de « mettre l'utilisateur au cœur des dispositifs et des réflexions »), et enfin la recherche de la qualité des soins et du service. Concernant ce dernier indicateur, l'étude comparative de Kramer et Schmalenber³⁸ révèle que la capacité à offrir un accompagnement de qualité à un patient « explique plus de 80% du différentiel dans la satisfaction au travail et 86% de la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier dans les hôpitaux magnétiques en

³⁵ SAY R., 2015, La prévention des risques psychosociaux levier organisationnel au service de l'amélioration de la qualité de vie au travail, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 64 p.

³⁶ *ibid.*

³⁷ *ibid.* p.42

³⁸ Kramer M, Schmalenberg C., 2002, *Staff nurses identity essentials of magnetism, Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses. Washington : American nurses publishing, pp. 25-59 p.* in HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

comparaison aux autres »³⁹. Ainsi, il apparaît nécessaire de se doter d'éléments de suivi concernant la rétention et le roulement du personnel. Nous reviendrons sur ce point dans la partie préconisations concernant l'utilisation du contrôle de gestion (III.2.1).

Les résultats de plusieurs études révèlent les effets d'une action sur ces huit variables : baisse du taux de mortalité, augmentation de la satisfaction des patients, meilleurs résultats des indicateurs de soin, baisse des erreurs médicales⁴⁰. Cependant, les caractéristiques du système de santé américain sont à prendre en compte dans ce modèle. Peu de travaux sont parus en France sur ce modèle, ce qui rend la comparaison moins évidente. Les hôpitaux magnétiques fidélisent néanmoins leur personnel par des incitations non-économiques liées aux conditions de travail, révélant un lien entre la qualité de vie au travail et la performance organisationnelle.

Pour la cheffe de la « cellule Ressources Humaines » de l'ANAP, ce lien est évident : « *On a toujours fait (de la QVT) sans le savoir... La QVT qui ne dit pas son nom* ». L'exemple de l'accompagnement fourni par l'ANAP à un service de SSR en est l'illustration : (1) Tout d'abord, les soignants eux-mêmes ont identifiés le problème. En l'espèce, il s'agissait d'un sentiment de perte de temps de la part des malades et familles (exemple : séances de kinésithérapie trop souvent annulées). (2) L'équipe a alors répondu à l'appel à candidature proposé par l'ANAP. (3) L'équipe RH de l'ANAP s'est interrogée avec l'équipe du service de SSR sur les problèmes identifiés. Le questionnement s'est centré sur la philosophie de soin adoptée au sein du service. L'objectif prioritaire du patient a été formulé de manière commune par l'ensemble de l'équipe : être rééduqué. A partir de cet objectif, l'équipe a travaillé sur la gradation des soins. A titre d'exemple, il n'était alors plus question d'annuler une séance de kinésithérapie car un pansement n'avait pas été fait. Ainsi, le patient a été remis au centre de la prise en charge. (4) Les résultats ont été concluants en termes de qualité des soins. Ils ont été également visibles en termes de qualité de vie au travail car les professionnels étaient fiers et satisfaits de leur travail. Enfin, en termes de performance, la durée moyenne du séjour (DMS) a été réduite de 6 jours. La responsable interviewée a également indiqué qu'un autre établissement était allé jusqu'à donner son emploi du temps au patient. Connaissant ses soins, il pouvait ainsi, dans la limite du faisable, les organiser comme il le souhaitait. L'ANAP est également porteur de projet tels que la synchronisation des temps de travail des différentes communautés professionnelles, afin d'améliorer la fluidité et la visibilité du travail de chacun. L'ANAP s'intéresse également à la QVT par la fonction support des ressources humaines. La cellule travaille ainsi sur la maturité de cette fonction (système d'information, organisation du service RH...).

³⁹ BRUNELLE Y, Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, *Magnet hospitals : a hospital with good working and care conditions*, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009, p.42

⁴⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, p.40

Enfin, le lien entre QVT et performance est enfin affirmé par l'ANACT et l'HAS dans leur définition des trois finalités de la démarche⁴¹ :

- Soutenir la qualité de l'engagement dans le travail des professionnels sur le plan individuel et collectif
- Renforcer la cohérence des réponses aux enjeux sociaux
- Piloter autrement la performance : « *Dans des contextes où la qualité du service, l'initiative et l'engagement sont à la source de la compétitivité, la performance doit désormais intégrer des critères liés à la qualité du travail. La performance (...) ne peut plus se limiter à des ratios de productivité et de court-termisme financier. L'enjeu pour l'établissement de santé est d'articuler une triple trajectoire : celle du contexte (la demande de soins, les ressources et contraintes budgétaires), celle de l'organisation (la flexibilité, le lean...), et celle des métiers (parcours, mobilité...).* »

Le cadre réglementaire et les réflexions académiques sur la qualité de vie au travail et ses liens avec la qualité des soins et la performance, ont amenées à la création de clusters QVT (I.3).

* * *

Titre I. 3 : Les clusters, aboutissement d'une démarche de co-construction sur la notion de qualité de vie au travail

Cette partie éclairera l'utilisation de la notion de cluster QVT (1). Les clusters sont l'aboutissement d'une démarche de co-construction sur la notion de QVT entre l'HAS, l'ANACT, la DGOS et les fédérations d'établissements sanitaires et médico-sociaux (2). Les clusters QVT amènent également les ARS à renforcer leur position de partenaire vis-à-vis des établissements (3).

I. 3. 1. Qu'est-ce qu'un cluster QVT et quels sont les avantages escomptés de la participation à un cluster pour un établissement ?

L'origine de la notion de « *cluster* » est économique. Selon un chef de projet de l'ARACT Ile-de-France, un cluster peut être assimilé à une grappe d'entreprises se réunissant autour d'enjeux communs (appartenance à une même filière, ou encore enjeux en terme de lobbying ou d'économie d'échelle). Le cluster social a été développé par l'ANACT il y a moins de dix ans. Le principe est de partir de cette même idée de grappe

⁴¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, ANACT, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé », p.3

d'entreprise sectorielle ou territoriale, en y adjoignant des objectifs sociaux et un cadre paritaire. Ce concept a été transposé dans le secteur public par l'ANACT.

Les ARACT sont financé par l'Etat via l'ANACT, qui est la tête de réseau des agences, la DIRRECTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), les régions (dans des volumes très variables d'une région à l'autre) et par d'autres partenaires de façon spécifique selon les projets. En Ile-de-France par exemple, l'ARACT est ainsi financé par l'ARS et via les FIR. Jusqu'à récemment, l'ARACT n'intervenait pas sur le secteur public, afin de ne pas entrer en concurrence déloyale avec les cabinets de conseil. La mise en œuvre de la première vague de clusters QVT a été réalisée par le biais d'un conventionnement entre l'ARS et l'ARACT, qui ont répondu à l'appel à candidature de la DGOS, financeur de la démarche. Les clusters s'intègrent ainsi à la stratégie nationale d'amélioration de la QVT.

Pour les établissements participant aux clusters, les effets escomptés sont nombreux : être soutenu sur la récente thématique QVT dans le cadre d'une certification, structurer son approche de la QVT à l'aide d'une méthodologie proposée par l'ARACT, identifier ses points faibles et marges de manœuvre, mais également renforcer son image auprès du personnel et améliorer le climat social au sein de son établissement. Dans le cadre de cette première vague, l'ensemble des établissements ayant participé au cluster d'Ile-de-France ont été directement contactés par l'ARACT. Ainsi, les établissements contactés avaient tous déjà travaillé avec l'ARACT dans le cadre d'un autre projet, comme par exemple la mise en œuvre des CLACT. Cette sélection a d'ailleurs été vecteur de résultats particulièrement positifs dans ce cluster. Afin de toucher plus d'établissements dont les démarches de QVT sont moins avancées, la prochaine vague de clusters devra néanmoins mener une politique de communication renforcée. Ainsi, on peut retenir de cet exemple que l'ouverture de son établissement aux projets et partenariats extérieurs favorise un cercle positif de participation à de nouvelles expérimentations.

1. 3. 2. La co-construction de la première vague de cluster QVT en France

Le projet de cluster est né d'un groupe de fédérations, auquel l'ANACT a proposé d'expérimenter la méthode des clusters sociaux. La thématique de la QVT est portée en fonction de la légitimité de chaque acteur : *« la seule légitimité de la HAS à investir la QVT est de créer un lien clair entre QVT et qualité des soins. Pour la DGOS et l'ANACT c'est beaucoup plus large, elle adopte ça, mais aussi la question de la performance, de la gestion des RH. Nous si on a pas ça (le lien avec la qualité des soins), on a aucune raison d'aller sur le sujet »*⁴². Dans le cadre de la stratégie nationale d'amélioration de la

⁴² Entretien avec le chef de projet de la HAS

QVT, la thématique devrait être déployée grâce au soutien de l'ANACT et de la DGOS. En effet, la HAS, qui jusqu'alors a joué le rôle de leadership sur le sujet, devrait se recentrer sur son cœur de métier qui n'est pas le déploiement.

La méthodologie du cluster social, « *très carrée* » selon le chef de projet HAS interrogé, a été retravaillée selon les territoires, « *dans le système* ». A titre d'exemple, en Ile-de-France, l'ARACT a pris une option méthodologique très forte en travaillant sur la conduite du changement, alors qu'en Normandie, l'orientation était celle de l'ARS (le virage ambulatoire). En Occitanie, le thème choisi a été celui de l'hospitalisation à domicile. Les clusters ont donc été territorialisés en fonction des attentes et besoins de chaque territoire. Ainsi, les clusters ont débuté en octobre 2015 et en février-mars 2016. En Ile-de-France, deux intervenantes de l'ARACT ont animé 5 journées collectives de 9h30 à 17h et un suivi individuel pour chaque établissement de 4 demi-journées.

I. 3. 3. L'évolution du positionnement des ARS

Plus qu'un accompagnement des établissements dans la mise en œuvre d'une démarche QVT, les clusters permettent de repenser le positionnement des ARS, vers une logique d'accompagnement plutôt que d'inspection. Cette évolution va de pair avec un besoin des établissements d'échanger avec les ARS, besoin accentué par la récente fusion des régions, mais également dans le cadre de la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Le chef de projet de la HAS indique qu'au commencement de la démarche, le financement avait été pensé comme un financement ARS, afin de les sensibiliser au maximum sur la démarche. En effet, « *il ne s'agissait pas seulement d'une opportunité de financement : l'un des résultats de la précédente phase de développement avait abouti au fait que les établissements étaient en difficulté. Un directeur est constamment en demande de réduction de personnel de la part de l'ARS, ils sont confrontés à des limites pures et dures. (...) Il fallait également sensibiliser les ARS afin d'avoir une approche systémique.* » Plusieurs ARS s'étaient d'ailleurs portées volontaires, avant que la DGOS ne débloque finalement le financement d'un million nécessaire à la mise en œuvre des clusters.

Dans la pratique cependant, nous avons observé une implication qualitative encore trop peu significative de l'ARS Ile-de-France au sein du cluster auquel le CHD Stell a participé. Une enveloppe de 5 000 euros a été offerte à chaque établissement afin de le remercier de son implication dans cette nouvelle démarche. Cela révèle l'affirmation d'un positionnement de l'ARS Ile-de-France plutôt en tant que « financeur » qu'en tant que partenaire.

L'analyse de la littérature ainsi que les entretiens réalisés ont permis de fournir une première réponse à la question posée dans le cadre de ce mémoire. La mise en

œuvre de clusters sociaux semble être une réponse appropriée aux attentes des établissements en termes d'accompagnement des changements organisationnels et sociaux au cœur desquels ils se trouvent. L'objet de la deuxième partie de ce mémoire est de confronter la littérature à l'expérience de la participation à la première vague des clusters QVT vécue par le centre hospitalier départemental Stell dans le courant des années 2016 et 2017.

* *

*

PARTIE II : L'impact organisationnel et social de la participation à un cluster QVT : L'exemple du CHD Stell

Cette deuxième partie s'attachera à analyser l'impact organisationnel et social de la participation à un cluster QVT sur le CHD Stell. La partie II.1 permettra d'abord d'analyser la conception de la démarche dans un établissement à forte orientation gériatrique, et de réaliser un diagnostic en terme de qualité de vie au travail. Ce diagnostic concernera l'établissement dans son ensemble et plus particulièrement le service dans lequel sera mis en place un espace de discussion. Il s'agira dans la partie II.2 de décrire la démarche mise en place dans ce contexte. La partie II.3 s'attachera enfin à donner les premiers enseignements de la démarche mise en œuvre.

Titre II. 1 : Analyse des enjeux de l'établissement et de son environnement

Cette partie a pour but de décrire l'établissement participant au cluster et d'en analyser les principaux enjeux (1). Nous verrons que la démarche de qualité de vie au travail du CHD Stell est volontariste mais peu formalisée (2). Une analyse approfondie des conditions de travail en SSR gériatrique permettra d'identifier les besoins, et de saisir la portée de l'opportunité d'amélioration de la conduite du changement dans ce service, ayant récemment vécu une réorganisation (3).

II. 1. 1 : Un établissement à forte orientation gériatrique

Le Centre Hospitalier Départemental Stell (CHD) se situe à Rueil-Malmaison, dans le département des Hauts-de-Seine, en région parisienne, caractérisé par une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans supérieure à la proportion régionale. L'établissement possède trois sites : celui de l'hôpital, celui de l'Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Jules Parent », ainsi qu'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Le CDH Stell est un établissement public de santé ayant une capacité de 253 lits et places dont 78 places d'EHPAD. Il est spécialisé en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en gériatrie. Il propose une offre hospitalière se déployant en cinq services : Unité de gériatrie aigue, médecine générale, SSR gériatrique et neuro-gériatrique, SSR Cardio-vasculaire et SSR Neuro-Orthopédique. L'EHPAD héberge 78 résidents répartis dans 72 chambres individuelles et 3 chambres doubles. Il ne possède pas d'unité Alzheimer dédiée. L'ensemble des lits est habilité à l'aide sociale depuis le 1er janvier 2011. Un projet de reconstruction de l'EHPAD sur le site de l'hôpital est en cours. Les travaux devraient commencer en début d'année 2018.

Par ailleurs, le CHD Stell a signé en 2016 une convention l'inscrivant dans la filière gériatrique comprenant sept autres établissements (Hôpital Foch, Centre de gérontologie des Abondances, CHU Ambroise Paré, CH des Quatre Villes, clinique gérontopsychiatrique de Rochebrune, clinique du Mont Valérien, clinique du Pont de Sèvres). Par ailleurs, le CHD Stell est en groupement de coopération sanitaire (GCS) avec l'Hôpital Foch et a développé une convention avec l'unité de soins palliatifs de Notre Dame Du Lac. Il appartient enfin au GHT 92 avec quatre autres établissements (La fondation Roguet, le Centre Gérontologique Les Abondances, Le CH des Quatre Villes, et le Centre Hospitalier Rives de Seine).

L'analyse des données du contrôle de gestion du CHD, ainsi que de la documentation interne de l'établissement (projet d'établissement, projet social, bilan social, rapport d'activité...) permet de mettre en lumière les principales caractéristiques de l'établissement :

- Un absentéisme peu élevé, surtout concentré sur les IDE. Le taux d'absentéisme est de 6,34% en 2016 pour le personnel soignants et de 8,55% pour les infirmiers (5,67% pour les aides-soignants et 4,68% pour le personnel soignants hors infirmiers et aides-soignants). Le taux de remplacement est de 71% dans les services de soins. Ces chiffres expliquent la volonté de la direction de travailler sur le présentéisme.
- Une très bonne santé financière depuis quelques années. L'année 2016 présente ainsi un budget de 22 millions d'euros et un résultat consolidé excédentaire de
- 323 304 euros.
- La présence d'un médecin du travail à 50% sur le site. Ce 0,5 ETP de médecin du travail est à souligner. Un travail de fond est notamment mené sur les aménagements de postes. L'infirmière de la médecine du travail interrogé a donné des ordres de grandeur concernant le nombre de demande d'aménagement de poste réalisé en 2016. Le plus souvent ces aménagements de poste sont liés à une restriction (type port de charge) : il y en a eu une dizaine en 2016. Environ une vingtaine d'agents au total bénéficient d'un aménagement de poste. Ces aménagements de poste sont favorisés par des rapports nombreux et faciles entre la médecine du travail, la direction des soins et la direction des ressources humaines, qui recherchent, avec les cadres et chefs de services, les solutions les plus adaptées aux difficultés rencontrées par les agents. Une poursuite de l'activité de la façon la plus adaptée possible est à chaque fois recherchée.
- Un plan d'actions sur les risques liés à la manutention et les troubles musculosquelettiques. Cette action est fondée sur le constat suivant : sur 62 aides-soignant.e.s et 52 IDE (infirmier.e.s diplômés d'Etat) en poste, seulement 19 et 9 agents ont respectivement été formés à la manutention dans les 3 dernières

années. Le ratio est similaire pour les formations sur les troubles du comportement.

- Un travail en cours sur le corps de métier infirmier, notamment face à de réelles difficultés de recrutement récemment. Cette dimension est prise en compte dans l'intérêt à travailler sur l'attractivité de l'établissement.
- Une réflexion sur la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Selon le représentant du personnel de la CFDT présent dans l'établissement depuis trente-sept ans, « *l'évolution n'est pas bonne. Il y a une baisse d'effectifs, les temps de transports sont longs en région parisienne. Je ne suis pas sûr que les 12h soit bien en terme de qualité de prise en charge. (...) Il y a des vacances en plus. (...) Les couples se séparent.* » Ce témoignage révèle l'intérêt de travailler sur la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle.

II. 1. 2 Une démarche de qualité de vie au travail volontariste, mais peu formalisée

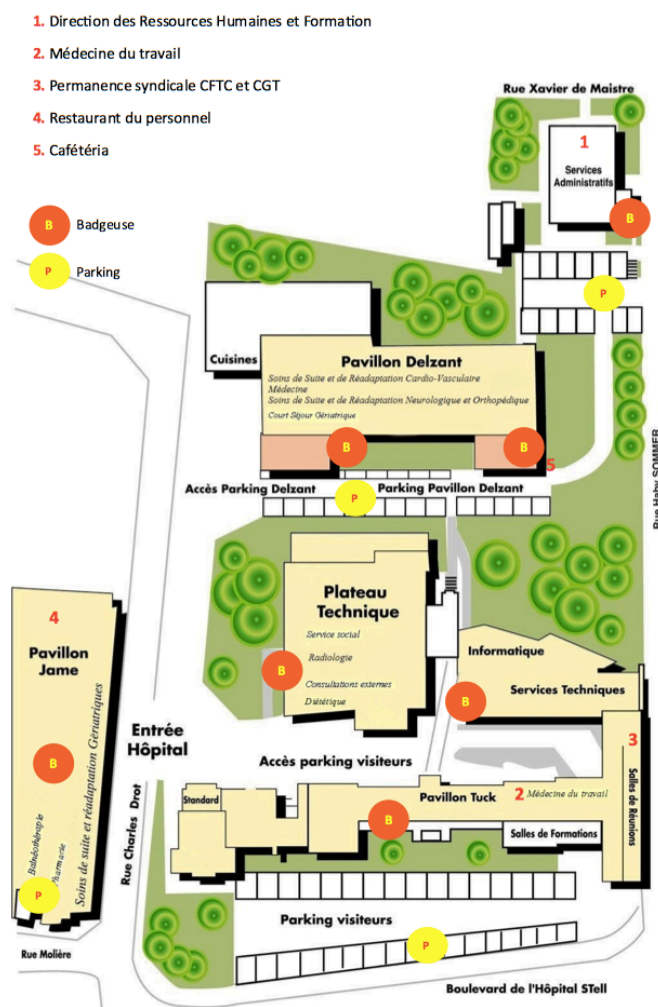
La démarche QVT de l'établissement a été initiée depuis environ cinq ans et marquée par l'arrivée d'une nouvelle directrice des ressources humaines. Ainsi, la direction a conduit chaque année des actions relevant de la QVT. Il s'agit par exemple d'un audit sur les risques psychosociaux réalisé en 2011-2012 et dont les préconisations ont été pour la plupart suivies (accompagner au changement, définir et communiquer sur la place des acteurs et personnels dans l'établissement, mettre en place des indicateurs de risques psychosociaux...), ou encore des événements comme la journée de prévention des risques professionnels. Elle a accueilli 53 participants, et proposé des stands très divers : hygiène des mains, Accident d'Exposition au Sang (AES), addictologie, simulateur de conduite, risques psychosociaux (travail de nuit, stress au travail...), bonnes postures et exercices pour les maux de dos. Une démarche est donc bien initiée de façon ponctuelle et selon les constats réalisés et les besoins identifiés au fil de l'eau.

Cet ensemble d'action révèle en effet qu'il n'existe pas, au sein du CHD Stell, de politique QVT globale et structurante. Il n'y a pas d'approche systémique de la question. C'est tout l'enjeu des prochaines années pour l'établissement, qui souhaite généraliser une démarche QVT à l'ensemble des services de l'hôpital. Comme le souligne la responsable qualité et gestion des risques, les actions sont nombreuses mais il n'existe pas « *une personne qui centralise* » et soit formée sur le sujet de la QVT. Une formation est envisagée par l'établissement dans les prochaines années (formation à la réalisation d'espaces de discussions). L'objectif est donc de définir une politique plus structurée, qui reposerait sur des principes d'actions (informer les agents, les former, les soutenir), déclinés en actions de nature diverses, dont l'impulsion viendrait de constats de terrain. Le point fort de l'établissement dans l'engagement de cette démarche est qu'il a déjà mis

en place la grande majorité des éléments de suivi (indicateurs) de la qualité de vie au travail. Cependant, l'outil de contrôle de gestion gagnerait à être mieux utilisé au sein du CHD, afin qu'il soit un réel outil à la prise de décision pour le directeur. Ce sera l'un des axes d'amélioration préconisé dans la dernière partie de ce mémoire.

II. 1. 3 : Description organisationnelle et matérielle du service de SSR gériatrique

Le service de SSR gériatrique est le service le plus conséquent de l'établissement en termes de lits. Il possède 38 lits de SSR gériatrique, 7 lits de SSR neuro-gériatrique et 7 places d'hospitalisation de jour. Le profil des patients de SSRG est varié, en particulier depuis l'ouverture des 7 lits neuro-gériatrique. Le service est localisé dans le « Pavillon Jame » sur deux étages d'un bâtiment où il est le seul service de soin présent. Ce



bâtiment est également situé de l'autre côté de la rue Charles Drot séparant l'hôpital en deux. Ce plan permet de se représenter plus aisément le positionnement du service au sein de l'établissement. Cette donnée architecturale n'est pas anodine. En effet, deux points sont à relever concernant la position du service au sein du CHD. Tout d'abord, le bâtiment dans lequel se trouve le service est représenté dans la pensée des soignants comme un bâtiment « isolé » et à l'écart des autres services en cas de besoin en terme de renfort. Par ailleurs, les deux étages sont historiquement considérés par les soignants comme accueillant des patients à la prise en charge

différente en terme de « lourdeur » de travail d'après un agent du service.

Le service compte 22 aides-soignants et 11 IDE se répartissant le travail sur des périodes de roulement identifiées. On compte en 2016 39,86 ETP rémunérés moyens de personnel non-médical en hospitalisation complète et 5,04 en hospitalisation de jour. Ce service présente par ailleurs la particularité de posséder une forte présence de personnel médical : 3,56 ETP rémunérés moyen en 2016 en hospitalisation complète et 1 en hospitalisation de jour. Le tableau ci-dessous décrit l'organisation du travail en

hospitalisation complète au sein du service. Le fait qu'il n'y ait qu'une seule infirmière la nuit sur les deux étages et depuis l'extension du service a été très mal ressenti par les soignants, qui ne se sentent pas en sécurité dans leur travail. A ce propos, le représentant du personnel CFTC tient un discours alarmant et similaire à celui des soignants : « *on choisit qui l'on doit sauver* ».

Equipe	Nb de semaines roulement	Horaires	Nb de personnes présentes par jour	Nb de pers abs programmées en même temps
IDE JOUR	8	7h-19h	3 en 12h	2
AS JOUR	15	6h45-14h50 13h55-21h15	<u>Semaine</u> : 6 matin / 4 soir <u>WE</u> : 4 matin / 3 soir + 1 agent en 8h-20h	3
IDE NUIT	3	19h-7h	1	1
AS NUIT	7	21h-7h	3	2

Par ailleurs, un point de vigilance a récemment été indiqué par la médecine du travail concernant la santé physique et psychologique du service de SSR gériatrique. En effet, une enquête concernant la manutention et le port de charge a été menée en mars 2016 par le médecin du travail de l'établissement et l'infirmière du travail. Cette enquête a été menée sur le SSR gériatrique face au constat de la situation inquiétante de certains soignants de ce service. Quinze aide-soignants et une infirmière ont participé à l'enquête. Les résultats révèlent tout d'abord que 11 soignants sur 15 présentent des « problèmes ostéo-articulaires » ou TMS allant jusqu'à des arrêts en accident du travail ou maladie. Ces arrêts représentent environ 147 jours chaque année depuis 2 ans. Par ailleurs 6 soignants sur 15 ont des ceintures de soutien lombaire. Enfin, 3 aides-soignants ont demandé à quitter le service de SSR gériatrique pour celui de SSR cardio-vasculaire où ces problèmes en termes de manutention sont moins importants en 2016. En 2017 également la mutation d'une aide-soignante a été réalisée. A ce propos, le commentaire du représentant du personnel CFTC est particulièrement frappant. Il indique que « *le SSRG a toujours été une équipe très très soudée. L'équipe bougeait très peu ; il n'y avait pas de désir de changer de service. Ils résolvaient leur problèmes en interne, on en entendait pas parler* ».

Enfin, l'analyse des dates des dernières formations des soignants présents est révélatrice d'un manque de formation systématique sur les gestes et postures.

Réponse à la question concernant la date de la dernière formation gestes et postures :

Source : Compte-rendu du CHSCT de juin 2016

	- de 40 ans	+ de 40 ans	Total
Ne se souvient pas	1	2	3
A l'école de formation		1	1
Il y a + de 10 ans		1	1
En 2013	2	1	3
En 2014	1		1
En 2015	1		1
En 2016		2	2

On constate que 8 agents sur 12 ayant répondu à cette question ont réalisé une formation « Gestes et postures » il y a 4 ans ou plus ou ne souviennent plus de la date, soit 2/3 des agents interrogés (cf cases jaunes). Ainsi, le calendrier des stages et formations en gestes et postures devrait être revu afin de permettre le remplacement des agents et donc une présence impérative des professionnels du service. Une démarche PRAP (Prévention des risques liés à l'activité physique) pourrait également être envisagée. En effet, il est ici nécessaire de rappeler que l'employeur a l'obligation « *d'éviter le recours à la manutention manuelle de charges par les travailleurs* » (article R4541-3 du code du travail. Par ailleurs, « *lorsque la manutention manuelle de charges ne peut être évitée, notamment en raison de la configuration des lieux où cette manutention est réalisée, l'employeur prend les mesures d'organisation appropriées ou met à la disposition des travailleurs les moyens adaptés, si nécessaire en combinant leurs effets, de façon à limiter l'effort physique et à réduire le risque encouru lors de cette opération* » (article R4541-4 du code du travail).

Enfin, l'ingénieur qualité a mis en lumière un nombre de plus en plus important de fiches d'événement indésirables concernant les familles et les usagers. En 2016, on en dénombrait 16. Selon les retours des professionnels du service de SSRG, les familles sont « *soit extrêmement présentes et parfois agressives, soit absentes* ». La gestion des patients est également difficile dans ce second cas car il n'existe alors pas de soutien psychologique en dehors de l'établissement.

L'analyse des enjeux actuels de l'établissement permet de comprendre le contexte dans lequel le cluster QVT a été intégré et déployé (II.2).

* *

Titre II. 2 : Le déploiement de la démarche expérimentale au sein du service de SSR Gériatrique

Le déploiement d'un espace de discussion a été réalisé au sein du service de SSR gériatrique, service se trouvant au cœur d'un besoin de santé publique (1). Le déploiement de la démarche expérimentale a été réalisé en quatre phases (2). Des points d'attention méthodologiques peuvent être soulevés par l'analyse de ce déploiement (3).

II. 2. 1. Un service au cœur d'un besoin de santé publique

Le service de SSR gériatrique, dont l'analyse organisationnelle et en terme de conditions de travail a été réalisée dans la partie précédente, s'est trouvé en 2016 au cœur d'un besoin de santé publique important identifié par l'ARS au sein du département des Hauts-de-Seine. En effet, au début de l'année 2016, 40 % seulement des patients présentant un risque d'AVC était pris en charge dans la filière neurologique globale. Ainsi, l'hôpital Foch qui détient une unité neurovasculaire (UNV) depuis 2007, ne disposaient pas suffisamment de lits d'aval post AVC et notamment de lits d'aval pour les personnes âgées. L'hôpital Foch est en outre le seul représentant hospitalier de la spécialité dans le département. Face au constat de ce besoin, le CHD Stell était alors tout à fait favorable à l'ouverture de nouveaux lits, d'autant plus que certains lits de SSRG avaient été fermés suite à la fermeture du service d'urgence, faute de moyens nécessaires, en 2012. Un argument supplémentaire en faveur de cette ouverture de nouveaux lits était également la spécialité du médecin chef de service du SSRG : à la fois gériatre et neurologue.

Cependant, les services de SSR du CHD Stell se trouvaient en sous dotation DAF, d'après les données de 2014. Le Directeur Général du CHD indique que « *le ministère considérait alors que l'établissement était 20% en dessous de la moyenne générale en terme de dotation ; cela correspondait assez bien à ce qu'il manquait en terme de moyen pour rouvrir les lits, soit environ 1,4 millions.* ». Cette sous-dotation a été masquée pendant des années, avant la mise en œuvre de la T2A, par une sur-dotation en médecine de court séjour. Ainsi, en 2016, le CHD Stell se dit favorable à l'ouverture des lits à condition que les moyens budgétaires nécessaires lui soient alloués, le risque étant de devoir renoncer au projet de reconstruction du plateau technique de réadaptation. In fine, l'ouverture de 7 lits de SSR neuro-gériatrique est auto-financée par des économies budgétaires. La totalité des frais de fonctionnement ont été autofinancés (environ 450 000-460 000 euros) : « *Ca pèse énormément sur notre budget mais on essaie de maintenir car on a l'impression que ça répond à un besoin de santé publique important* ». Le Directeur Général du CHD Stell indique que « *l'ARS a mis une forte pression sur Stell, considéré comme le partenaire historique de Foch. Les autres hôpitaux se sont dérobés du projet pour des raisons différentes.* ». Ces éléments de contexte vont dans le sens des arguments de la FHF sur la réforme de la tarification du SSR. Ainsi, la « dotation

modulable à l'activité » (DMA) devrait être actée par le PLFSS 2018. La FHF, dans un article d'Hospimedia⁴³, indique que « *jusqu'en 2017, le financement par dotation globale des établissements publics et au prix de journée pour les structures privées a très fortement pénalisé les projets de développement de l'offre publique au sein des territoires. Le gel des dotations et les mises en réserve prudentielles non restituées ont notamment paralysé et fragilisé les établissements publics* ».

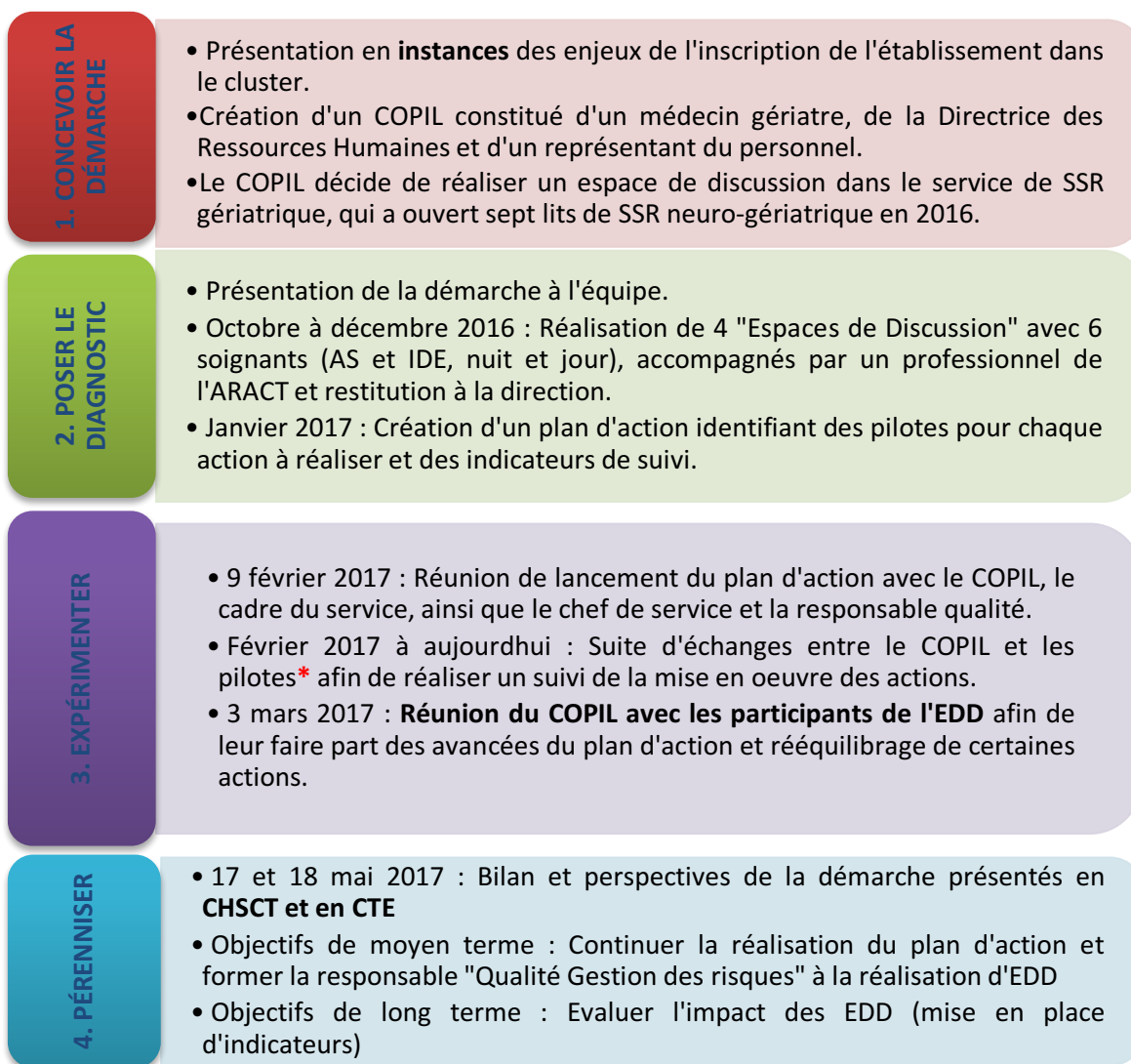
Un représentant du personnel CGT interrogé sur l'historique de l'ouverture des lits de SSR neuro-gériatrique indique que « *la Direction n'a jamais su quand ils allaient ouvrir. Cela a été imposé. Le chef de service en a informé l'équipe. Il y a eu le temps des travaux. Mais le projet n'a pas été amené comme il aurait dû l'être.* ». Ce témoignage est révélateur sur deux points : tout d'abord, il montre que l'ouverture de lit a été ressentie comme imposée par l'ARS auprès de l'hôpital et des soignants du service. Ensuite, il révèle également que la conduite du changement ne semble pas avoir assez associé l'équipe soignante.

Dans ce contexte, le choix de centrer l'expérimentation de l'EDD sur le service de SSR gériatrique est apparu évident. La conduite du changement dans ce service fait en effet intervenir des enjeux financiers, organisationnels et sociaux de taille. La partie II.2.2 détaille la démarche menée.

⁴³ HOSPIMEDIA, août 2017, « Finance : La FHF martèle sa volonté de poursuivre la réforme de la tarification des SSR », [consulté le 10.08.2017], disponible en ligne : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170803-bref-sanitaire-fhf-ssr-chsct-delit-d-entrave>

II. 2. 2. La démarche expérimentale appliquée au sein du CHD Stell

La démarche réalisée au sein du CHD Stell suit une méthodologie en quatre temps développée par l'ANACT. Ainsi, une démarche de qualité de vie au travail reposerait sur (1) La conception de la démarche, (2) la réalisation d'un diagnostic, (3) l'expérimentation et l'évaluation, (4) la pérennisation. Le schéma ci-dessous décrit l'application de ces différentes phases au sein du CHD Stell.



* Les pilotes sont les responsables identifiés pour la mise en œuvre des actions. Il s'agira par exemple concernant des travaux à réaliser, du responsable logistique de l'établissement.

II. 2. 3. Les points d'attention méthodologiques

Certains points du descriptif chronologique de la démarche réalisé dans la sous-sous-partie précédente méritent une attention particulière, soit qu'ils aient eu une incidence particulière sur le service, soit qu'ils constituent des points de vigilance à mettre en valeur.

La satisfaction du retour de la direction : Tout d'abord, les soignants ont exprimé leur satisfaction « *d'avoir un retour* » de la part de la direction sur les préconisations qu'ils avaient réalisées en EDD. En effet, le plan d'action a fait l'objet d'une présentation aux soignants ayant fait partie de l'EDD, en présence du cadre et du médecin chef de service. Cette présentation a été particulièrement appréciée, car elle expliquait les choix réalisés à partir des propositions d'action des agents. Le document en annexe 6 détaille l'ensemble des actions proposées par les agents suite à leur diagnostic, et met en parallèle le plan d'action décidé par la direction et les pilotes concernés par les différentes thématiques. L'aller-retour des discussions réalisées entre la direction, les responsables techniques et les soignants sont ainsi visibles dans ce document de travail. Le chef de projet ARACT animant les groupes de travail collectifs entre établissements indique que « *les professionnels sont souvent audités mais ont le sentiment de n'avoir aucun retour* ». Cependant, la démarche a mis en valeur la distorsion existante entre le « temps administratif » de mise en place du plan d'action et le « temps soignant », dans l'urgence du quotidien. Bien que satisfait de ce retour, les agents ont relevé la trop longue attente (deux mois) séparant leur présentation des conclusions de l'EDD à la direction et aux cadres (fin décembre 2016) et le retour qui leur a été fait début mars 2017 sur la mise en œuvre d'un plan d'action.

La pertinence du suivi en instance : Par ailleurs, le suivi de la démarche en instance est particulièrement pertinent. Il permet non seulement d'associer transversalement l'ensemble des pilotes d'action à la démarche, mais également de porter la QVT au niveau stratégique et institutionnel. Ce type de communication est également un moyen de valoriser les actions menées et amener à développer les retours d'expérience. En effet, le point d'étape sur le projet réalisé en CHSCT le 17 mai a donné lieu à des remerciements de la part des membres de l'équipe et d'un médecin du service de SSR gériatrique. On remarquera que la présentation du projet et de la participation au cluster en instance a été réalisée dès la phase de conception de la démarche, alors même que le COPIL n'avait pas encore assisté au premier regroupement à l'ARACT.

La récurrence du thème du manque de moyen : Le thème du manque de moyen est récurrent lors des communications sur la démarche. Selon le chef de projet HAS interrogé, il est « *une impasse qu'il faut surmonter. Cette réaction ne doit pas être une excuse pour taire le sujet de l'amélioration de la qualité du travail. (...) C'est bien pour sensibiliser les ARS qu'on les embarque.* ». L'intérêt de la QVT est en outre de permettre

de mettre en valeur des marges de manœuvre que l'on ne peut voir « d'en haut ». L'explication donnée par la DRH aux agents concernant le contexte de sous-dotation dans lequel se trouve l'établissement a été un levier d'apaisement, démontrant ainsi la force d'une communication directe entre la direction et les professionnels de terrain.

L'appropriation de la démarche par les soignants « en dehors de l'institution » : La démarche n'a pas été réellement intégrée par les soignants en tant que projet interne à l'établissement. En effet, les six agents ayant participé à l'EDD ne l'ont que peu évoqué. Selon la Direction des Soins, « *Elles se le sont appropriées en dehors de l'institution* ». Le lien n'est pas fait par les soignants entre les actions concrètes réalisées suite à l'EDD (travaux, achats, réunions de service...) et la réalisation des quatre EDD en tant que tels. A l'inverse, la démarche a été extrêmement bien intégrée par la cadre de santé du service, qui ne manque pas de relever les avancées en matière de travaux notamment réalisées grâce à la prise en compte des propositions d'actions des soignants dans le cadre de l'EDD.

Les différentes visions sur la pérennisation de l'EDD : Les avis sont contrastés concernant la pérennisation des espaces de discussion. En effet, si la DRH, l'ingénieur qualité et les représentants du personnel sont pour une pérennisation, la Direction des soins et la cadre supérieure de santé sont plus réservées sur le sujet. L'ingénieur qualité a été identifiée comme la mieux positionnée en interne afin d'assurer l'animation de futurs espace de discussion, du fait de sa relative proximité avec le terrain. La question de son positionnement est cependant à penser en amont afin que l'animation des EDD n'interfère pas dans la qualité de son travail en tant qu'ingénieur qualité. Un travail sur le binôme cadre / médecin chef de service est également à réaliser. En conclusion, la démarche aurait gagné à associer dès le début la direction des soins.

La partie II.3 a pour objectif de fournir un bilan qualitatif à 6 mois de la fin de l'expérimentation, complétant les enseignements en termes de méthodologie réalisés dans la partie II.2.

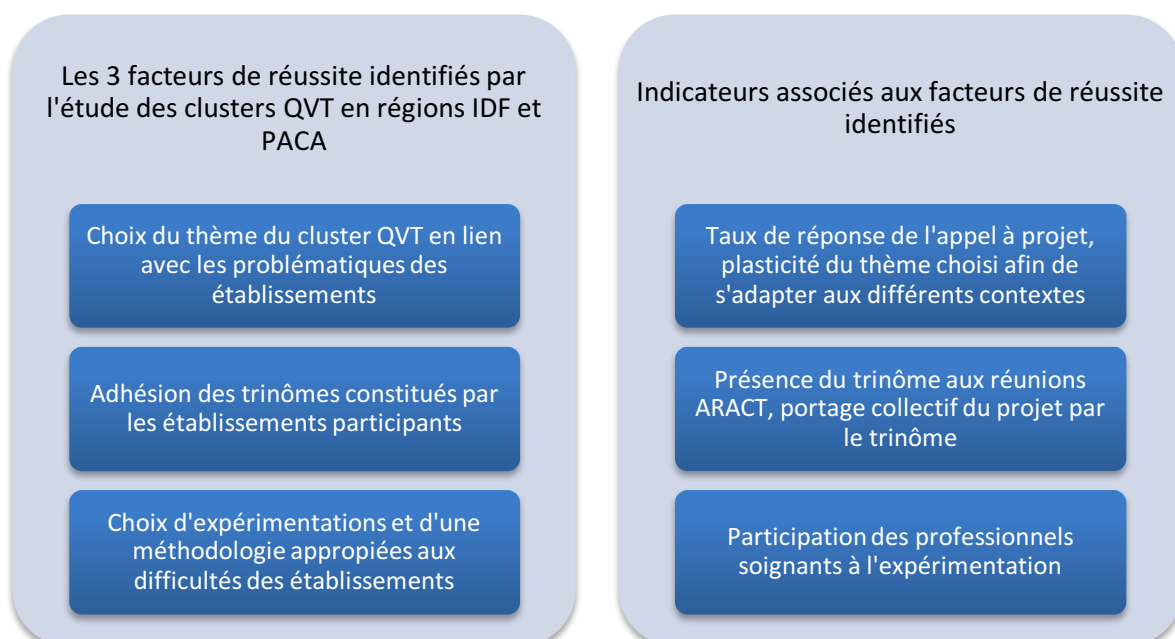
* *

Titre II. 3 : Premiers enseignements de la participation à un projet collectif expérimental

Cette partie réalisera un bilan de l'accompagnement externe par le biais du cluster (1), ainsi qu'un bilan interne des actions menées au sein de l'établissement (2).

II. 3. 1. Bilan de l'accompagnement externe par le biais du cluster

L'entrée dans un cluster peut être conditionnée par différents facteurs, variant d'un établissement à un autre, voire d'une région à l'autre. Dans le cas du cluster QVT d'Ile-de-France, face à un faible taux de réponse à l'appel à projet lancé par l'ARS et l'ARACT, des établissements ayant déjà travaillé avec l'ARACT ont été relancés. Au total, neuf établissements ont participé à ce cluster et aucun n'a abandonné l'expérience en cours de route. En région PACA en revanche, les établissements n'ont pas été particulièrement contactés afin de participer au cluster. Six établissements ont répondu à l'appel à projet, mais l'un d'entre eux a abandonné en cours de route : « *Il ne voyait pas l'intérêt de la démarche* » et « *n'avait pas réussi à assembler le trinôme* » d'après l'entretien réalisé avec un collègue de promotion participant au cluster de la région PACA. La « réussite » d'un cluster est liée à l'agrégation de l'accomplissement des différents objectifs fixés par chaque établissement y participant. Ces objectifs sont divers et varient en fonction du contexte dans lequel vient s'intégrer le cluster : amélioration du climat social, formalisation d'une démarche QVT, aide à la préparation de la certification, adhésion du personnel à un projet, apaisement d'un service suite à une réorganisation mal vécue par le personnel... La cheffe de projet ARACT interrogée indique notamment que « *la plupart du temps au démarrage, il y avait des enjeux de certification : soit les établissements avaient déjà produit des comptes QVT soit ils devaient le faire* ».



L'analyse comparative de l'expérience de la participation à un cluster en Ile-de-France et en PACA nous a permis d'identifier trois principaux facteurs de réussite d'un cluster dans une région (ci-dessus) : le choix du thème du cluster en lien avec les

problématiques des établissements, l'adhésion des trinômes constitués par les établissements, et enfin d'expérimentations et d'une méthodologie appropriée aux difficultés rencontrées par les établissements. Pour chacun de ces facteurs de réussites, des indicateurs permettent de juger de la complétude du facteur au sein d'un cluster. Dans le cas du CHD Stell, le tableau ci-après permet d'évaluer l'appréciation du cluster, en fonction des indicateurs définis.

Indicateurs	Application au CHD Stell
Réponse à l'appel à projet	Une candidature a été envoyée suite à une relance de l'ARACT, avec laquelle le CHD Stell avait travaillé auparavant dans le cadre des CLACT. Selon la cheffe de projet ARACT interrogée « <i>c'est l'antériorité de nos pratiques qui ont fait que les établissements se sont engagés</i> ». Ainsi, le cluster ne semble adapté qu'aux établissements dont la démarche de QVT est a minima esquissée.
Plasticité du thème choisi afin de s'adapter aux différents contextes	Le thème choisi par l'ARACT et l'ARS d'Ile-de-France a été celui de la conduite du changement. Dans le contexte actuel, ce thème présentait l'avantage de s'adapter à de nombreux contextes, dont celui du CHD Stell. L'établissement a dans un premier temps souhaité travailler sur le présentéisme, mais s'est ensuite concentré sur la problématique apparaissant dans le service de SSR gériatrique.
Présence du trinôme aux réunions ARACT	Le trinôme était constitué de la DRH, d'un représentant du personnel et d'un médecin gériatre du service. Témoignage de la représentante syndicale du trinôme : « <i>Le trinôme nous a permis d'apprendre à connaître la direction autrement. Si on y a participé (au cluster), c'est dû au dynamisme de la direction</i> ». Le trinôme a particulièrement apprécié pouvoir communiquer avec les autres établissements au sein d'un environnement bienveillant. Il a notamment été évoqué dans le cadre des réunions du cluster une possible mutualisation des psychologues du travail afin de mener des EDD.
Portage collectif du projet par le trinôme	L'expérimentation menée dans le cadre du cluster a été portée par les trois membres du comité QVT, ce qui a permis une adhésion du personnel soignants.
Participation des professionnels soignants à l'expérimentation	Le personnel soignant ne s'est pas tout de suite mobilisé sur le sujet. Ainsi, le portage du projet par le médecin du service et un représentant syndical a permis une meilleure acceptation et finalement la constitution d'un groupe de 6 volontaires pour participer à l'EDD. Ces 6 personnes sont celles qui étaient les plus touchées par le changement opéré au sein de leur service. La représentante du personnel CGT souligne qu'« <i>ils se sont complètement impliqués</i> ». Trois d'entres elles ont cependant changé de service suite à l'EDD. Ces changements de

	service, réfléchis depuis plusieurs mois par les soignants en question, révèlent au niveau individuel une certaine prise de conscience de leurs souffrances et donc un avancement dans leur situation. Elles révèlent cependant également que l'établissement n'a pas su trouver les moyens d'améliorer suffisamment leurs conditions de travail dans ce service.
--	---

Le choix de l'expérimentation a été réalisé compte tenu d'une politique de QVT considérée comme assez avancée dans l'établissement. Cependant, la présentation des différents projets suivis par les autres établissements est un vivier de ressources innovantes à mettre en place selon les besoins contextuels. Ainsi, les différentes expérimentations menées au sein du cluster QVT d'Ile-de-France étaient les suivantes :

- **L'espace de discussion simple** : Cette expérimentation a été choisie par le CHD Stell. Elle consiste à réunir un groupe de soignants afin de discuter de leur travail et des empêchements au travail de qualité qu'ils relèvent dans l'exercice quotidien de leur métier. Des propositions d'action sont réalisées. Les points positifs sont également mis en valeur.
- **L'espace de discussion accompagné d'un « Safari photo »** : Cette expérimentation consiste à réaliser en amont de l'espace de discussion une collecte de photos révélant des moments jugés importants par les soignants dans leur travail. Ces photos sont choisies car elles révèlent des conflits de valeur ou des pratiques qui fonctionnent.
- **Le « Vis mon Travail »** : Cette expérimentation consiste à faire découvrir pendant une demi-journée le quotidien d'un professionnel à un autre, et vice-versa. Il est particulièrement intéressant de réaliser des couples de métier qui rencontrent des difficultés à travailler ensemble.

Dans la région PACA en comparaison, l'établissement dont nous avons eu le retour a réalisé un « **Flash info** » dans le cadre d'un projet de construction d'une Unité d'hébergement Renforcée (UHR). L'indicateur de participation des professionnels au projet est particulièrement révélateur dans ce cas de la réussite de cette méthode de communication dans le contexte décrit. En effet, le nombre de participants aux trois « Flash info » réalisés a été croissant : 12 personnes la première fois, 21 la deuxième, pour atteindre 24 personnes lors du dernier « Flash info ».

Afin d'offrir une analyse complète de l'expérimentation réalisée, ce bilan de l'accompagnement réalisé dans le cadre du cluster est complété par un bilan interne des actions menées dans l'établissement.

II. 3. 2. Bilan interne des actions menées dans l'établissement

- **La mise en œuvre d'actions**

Le projet poursuit aujourd'hui 7 principaux objectifs définis par le COPIL QVT en réunion suite aux propositions ayant émergé de l'EDD. Ces objectifs impliquent des actions très diverses :

1. Améliorer les conditions de travail : Les actions définies concernant l'amélioration des conditions de travail peuvent prendre la forme de travaux ou d'achats.
2. Améliorer la prise en charge globale des patients : A titre d'exemple, un travail d'actualisation des procédures concernant la lingerie a été réalisé.
3. Améliorer la collaboration entre les professionnels : Le COPIL souhaite organiser un « Vis mon travail » au sein de l'établissement. Cette expérience est prévue pour le mois de novembre 2017.
4. Améliorer la communication interne et institutionnelle : Les EDD seront formalisés avec mise à disposition des moyens matériels et humains nécessaires. Une formation spécifique d'animation d'EDD devrait être prévu au prochain plan de formation pour l'ingénieur qualité.
5. Améliorer le partage d'expérience au sein de l'équipe : L'idée retenue est d'organiser des réunions de service où l'ordre du jour serait fixé par les agents. La première réunion a eu lieu en juillet 2017.
6. Améliorer les relations avec les familles : L'intervention d'une psychologue sera systématisée.
7. Améliorer la gestion du parcours des patients : Un focus sur le traçage a été défini ainsi que la sensibilisation autour d'alertes à donner à la Direction des soins.

Ces actions sont définies plus précisément dans le document de travail « plan d'action QVT » en annexe 6.

- **Les apports de la démarche**

Les espaces de discussion sont des lieux permettant aux professionnels de travailler sur les empêchements à la qualité du travail. Ces espaces ont permis aux agents de questionner leurs pratiques, de se responsabiliser : c'est un facteur dynamisant pour les équipes. Par ailleurs, les clusters ont souligné l'importance de la mise en cohérence des divers projets menés par l'établissement. La QVT est une approche fédératrice, qui permet, par le dialogue et la réflexion de faire émerger des pistes d'améliorations transversales afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et leur accompagnement. Cependant, l'intégration de cette démarche dans le système existant est un travail de longue haleine. La démarche mise en œuvre peut également amener à une réflexion concernant le positionnement des représentants syndicaux et

l'amélioration du dialogue social. Cependant, les représentants syndicaux ont une réelle attente sur un projet de plus grande envergure

Par ailleurs, c'est une philosophie du droit à l'erreur qui est également prônée par la mise en œuvre de cluster. Selon Julien Cusin⁴⁴ « *c'est souvent dans les secteurs d'activité dits « à haute fiabilité » comme le nucléaire, l'aéronotique ou les milieux hospitaliers* » que le principe du droit à l'erreur est mis en pratique. Le but est d'« *instaurer un climat de confiance entre le manager et les collaborateurs* ». Le droit à l'erreur serait même un vecteur d'amélioration de la qualité du travail. C'est l'idée développée par le conférencier Eduardo Briceno⁴⁵. Il explique que les personnes les plus efficaces dans leur travail sont les personnes qui alternent régulièrement entre la zone d'apprentissage et la zone de performance. La zone d'apprentissage contient les activités qui nous permettent de nous améliorer. Les erreurs y sont donc attendues. En revanche, quand nous nous trouvons dans notre zone de performance, notre objectif est de faire le mieux possible des activités que nous maîtrisons déjà. Les erreurs doivent y être rares. Ces deux zones font partie de l'environnement professionnel. Selon Eduardo Briceno, la raison pour laquelle certaines personnes ne s'améliorent pas est que nous avons tendance à passer la majorité de notre temps dans la zone de performance, répétant les types d'organisations que nous connaissons et les actions que nous savons déjà faire. Dans le cadre de l'expérience mise en œuvre, nous pouvons considérer que les réunions à l'ARACT sont un lieu d'apprentissage pour les managers, et les EDD le sont pour les soignants. Enfin, la mise en œuvre de la démarche est une aide à la prise de décision pour les directeurs. Elle permet de faire gagner de la légitimité aux demandes du terrain, sur lesquels les directeurs peuvent alors s'appuyer afin d'arbitrer de manière plus juste.

- **Les limites de la mise en œuvre**

L'évaluation de la démarche est la principale limite identifiée dans la mise en œuvre. Des questionnaires de satisfaction ont été distribués aux six participants à l'EDD 6 mois après la fin de l'expérimentation. Le taux de réponse n'a pas permis d'exploiter les données récoltées. Ainsi, l'évaluation de l'expérimentation aurait gagné à être réalisée sous la forme de l'évaluation embarquée. Cette méthode d'évaluation vise à désigner « *un mode de réflexion dont la temporalité est imbriquée à celle de l'action et où les évaluateurs sont intégrés au projet (technique, organisationnel, social...)* ». Ainsi, l'évaluation est réalisée en temps réel, dans une perspective d'apprentissage et non de contrôle (1^{ère} caractéristique de l'évaluation embarquée) ; elle n'est pas réalisée par des acteurs extérieurs au projet (2^{ème} caractéristique) et ses indicateurs sont donc élaborés avec les acteurs du terrain qui sont également chargés de les récolter (3^{ème} caractéristique).

⁴⁴ GROUPE UP, 2016, *Focus Qualité de vie au travail : Vers un nouvel équilibre*

⁴⁵ TED x Manhattan Beach, BRICENO E., novembre 2016, « Comment devenir meilleur dans ce qui nous importe »

Dans le cadre de l'expérimentation réalisée, le manque de définition d'indicateurs est également une limite identifiée en matière d'évaluation et de suivi des actions. Cet enseignement est commun à l'ensemble de la première vague de cluster QVT en France selon le chef de projet QVT de la HAS interrogé. Quels sont les indicateurs les plus révélateurs afin d'objectiver l'amélioration de la QVT ? L'absentéisme ou le turn-over peuvent être révélateurs. Cependant ils ne doivent pas être les seuls indicateurs mesurant une démarche QVT. Ils doivent se coupler à des indicateurs de perception, de fonctionnement et de santé au travail. L'évaluation nécessiterait enfin la mise en parallèle de l'évaluation embarquée au questionnaire de satisfaction des usagers du service. Il pourrait également être envisagé d'insérer un représentant des usagers afin de participer à l'évaluation embarquée.

La deuxième partie de ce mémoire s'est attachée à fournir la description la plus pertinente possible de l'expérimentation menée au sein du CHD Stell et d'en poser les principaux enseignements. Ainsi, pour répondre aux questions posées dans l'introduction, l'accompagnement fourni par le cluster semble avoir favorisé la transversalité des échanges et des actions autour du changement organisationnel vécu par les professionnels et les patients du service de SSR gériatrique. Cependant, ce mémoire affirme que le cluster est un tremplin à la mise en œuvre d'une politique de QVT et qu'il ne se suffit donc pas à lui-même. La troisième partie a donc pour objectif de détailler les actions non mises en œuvre dans le cadre du cluster mais nécessaires à la bonne conduite d'une politique QVT. Si ces actions ne sont pas développées en tant que telles par le biais d'un cluster, le dispositif est néanmoins bien un tremplin permettant de les esquisser.

* *

*

PARTIE III : Propositions pour une politique de qualité de vie au travail globale, améliorant la qualité de l'accompagnement et la performance de l'établissement

Cette partie a pour ambition de développer un ensemble de 7 propositions d'actions permettant de mettre en œuvre une politique de qualité de vie au travail globale, améliorant la qualité de l'accompagnement et la performance de l'établissement. Ces propositions sont classées en trois axes permettant de s'emparer de ce sujet en tant que Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social :

- (1) Le premier détaille la bonne utilisation des outils participatifs par le Directeur, comme moteur de la démarche de participation inhérente à une politique de QVT ;
- (2) Le deuxième axe propose des actions concernant le changement de culture managériale induit par une politique de QVT ;
- (3) Le troisième axe, enfin, décrit l'articulation des outils de suivi et d'objectivation qu'un Directeur doit développer dans le cadre d'une politique QVT.

Titre III. 1 : Les outils d'une démarche participative, moteur d'une politique de qualité de vie au travail globale

La démarche de participation est inhérente à la mise en œuvre d'une politique de QVT globale. La participation des professionnels est rendue possible par l'utilisation d'outils participatifs, dont les EDD font partie (1). En prenant l'exemple de l'EDD, deux modalités d'utilisations de ces outils sont développées : la première est celle d'un EDD à vocation pérenne, et réalisé à fréquence régulière (2). La deuxième est celle d'un EDD réalisé dans des contextes de changements organisationnels (3).

1. 1 Proposition n° 1 : Choisir un type d'outil participatif selon le contexte et les objectifs définis

L'espace de discussion est un des outils pouvant être utilisés afin de favoriser la participation de l'ensemble des professionnels à la politique de qualité de vie au travail. Cependant, le Directeur peut également choisir de mettre en place d'autre type d'outils. Il peut s'agir par exemple de développer une « plateforme de collaboration participative », comme l'a fait le CHRU de Lille afin de cibler les attentes et les besoins de l'ensemble de ces cadres⁴⁶. Cette initiative a remporté en 2016 le premier prix de l'innovation RH.

⁴⁶ HOSPIMEDIA, septembre 2017, Interview de Philippe CHARPENTIER, DRH du CHRU de Lille et Valérie MULLER, Directrice associée du Groupe Arthur Hunt, [consulté le 10.09.2017]

Ce mémoire détaillera un outil en particulier de participation : l'espace de discussion. Cinq types d'EDD peuvent être mis en œuvre⁴⁷. Connaître cette typologie permet aux dirigeants d'adapter leur conduite en fonction des objectifs recherchés. Les éléments d'ingénierie des différents types d'espaces de discussion sont détaillés dans l'annexe 5 (sujet, fréquence et durée observées, acteurs concernés, animateur, modalités d'animation, produits de sortie possibles). Nous en fournissons ci-dessous les principales caractéristiques :

- *Objectif n°1 : La régulation collective*

Ce groupe a vocation à discuter du résultat du travail et de ses conditions de réalisation. Les acteurs concernés sont l'encadrement et les collectifs d'une même unité. L'idée est de faciliter la prise de décision concernant l'ajustement de nouveaux processus ou actions. Cet EDD s'apparente aux « réunions de service » préconisées dans le plan d'action QVT du CHD Stell afin de faciliter la communication au sein du service de SSR gériatrique. Ces réunions sont cadencées par un ordre du jour élaboré par les soignants.

- *Objectif n°2 : La concertation sociale (groupe paritaire)*

Ce groupe a vocation à discuter des conditions de travail et de la QVT. Il peut être réalisé en lien avec des négociations ou une restructuration. Les acteurs concernés sont les représentants de la direction et du personnel, ainsi que des experts éventuel de type préventeurs.

- *Objectif n°3 : La concertation sociale (groupe d'expression)*

Ce groupe a vocation à discuter du vécu au travail (difficultés et ressources), des questions organisationnelles et des décisions stratégiques, ainsi que des propositions d'amélioration. Il concerne les agents d'une même unité de travail ou d'un même métier. L'EDD mis en place au sein du CHD Stell s'apparente à ce type d'espace.

- *Objectif n°4 : La résolution de problèmes*

Ce groupe a vocation à remonter aux causes d'une situation qui pose problème et à construire les liens existants avec ses conséquences et effets. Il a également pour but de trouver des solutions concertées et définir des plans d'actions. Les acteurs concernés sont un groupe de travail constitué de salariés, managers et experts si éventuellement concernés. Les « IDM » mis en place au sein de l'établissement Y s'apparentent à ce type d'EDD.

- *Objectif n°5 : La professionnalisation*

Ce groupe a vocation à faire évoluer et à enrichir les pratiques professionnelles. Il concerne un groupe métier (soit des managers, soit des salariés) et permet un partage de pratiques en s'appuyant sur des techniques de co-développement.

⁴⁷ PELLETIER J., 2017, *Agir sur la Qualité de vie au travail*, Eyrolles, 136 p.

L'outil choisi, il reste néanmoins à savoir à quelle fréquence l'utiliser, pour quel projet et dans quelles conditions financières et architecturales. Face à ces questions, l'enjeu de la pérennisation prend toute sa place. Est-il nécessaire de pérenniser un outil de ce type ? Deux modalités d'utilisations sont développées dans ce mémoire : la première est celle d'un EDD à vocation pérenne, et réalisé à fréquence régulière (III.1.2). La deuxième est celle d'un EDD réalisé dans des contextes de changements organisationnels (III.1.3).

III. 1. 2. Retour d'expérience sur un EDD à échéances régulières

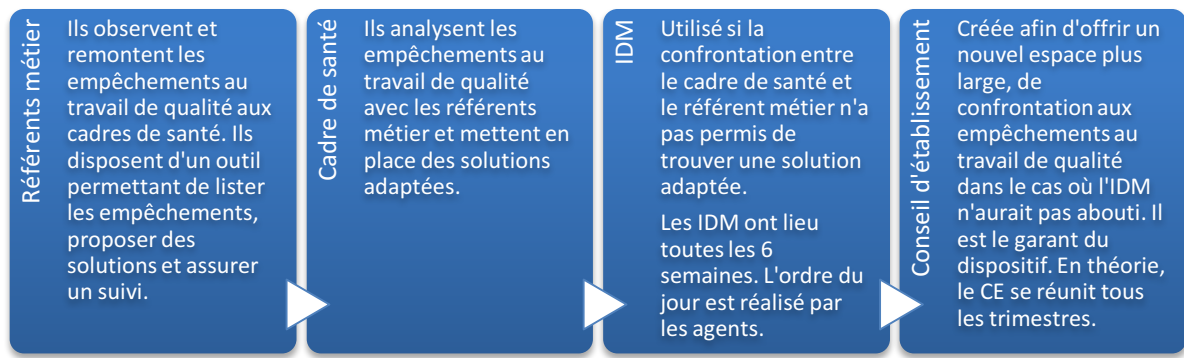
Avec l'aide de l'équipe du psychologue du travail Yves CLOT, cet établissement a mis en œuvre depuis un an un dispositif innovant appelé « Instance de dialogue sur le métier » ou « IDM ». Alimenté par la pensée de ce dernier, les IDM ont pour but de « lever les empêchements au travail de qualité » en mettant en discussion les « conflits de critères ». Cette partie s'attachera à réaliser un retour d'expérience.

- **Description de l'expérimentation**

Les IDM sont des instances de dialogue composées de deux référents élus parmi les référents désigné auparavant des métiers d'aide-soignant (AS), aide médico-psychologique (AMP) et agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), ainsi que du responsable technique des travaux et services économiques, du Directeur des ressources humaines, d'un représentant du personnel et de l'équipe du Centre National des Arts et Métiers (CNAM) auquel Yves Clot appartient. L'ordre du jour des IDM est communiqué par les « référents métiers » aux directeurs et responsables au moins une semaine avant l'instance.

Dans le cas où l'IDM n'est pas suffisant pour permettre de résoudre un problème identifié, les discussions sont portées au niveau d'un « Conseil d'établissement » (CE). Cette instance est composée de deux représentants du personnel, des cadres de proximité de chaque unité, des deux directeurs de pôle, du chef d'établissement, du DRH, ainsi que d'Yves Clot et de la psychologue du travail faisant partie de son équipe. Le CE est le garant du dispositif sur les sujets les plus controversés.

Ces différentes instances ne font donc pas doublon avec les instances de l'établissement, mais elles se complètent. Les instances de l'établissement valident en effet les propositions et expérimentations réalisées dans le cadre des IDM et CE selon les sujets concernés. Par exemple, une reconfiguration de l'organisation du travail sera soumise pour avis au CTE.



- **Contexte**

L'établissement possède un pôle gériatrique et un pôle handicap. Les IDM ont été tout d'abord mis en place dans une première phase pilote sur un des EHPAD en 2016. Le choix de cet EHPAD n'est pas anodin, puisqu'il avait auparavant souffert d'un management qualifié de maltraitant. Une enquête de l'ARS avait été réalisée en 2012 sur le sujet. Cette enquête a été suivie de la mise en œuvre d'un CLACT RPS. La mise en œuvre des IDM se place donc dans la continuité d'une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail engagée suite au constat d'un personnel en souffrance.

- **Financement**

Dans le cas de cet établissement, l'équipe d'Yves Clot, composée de lui-même et de deux collaborateurs, a été financée sur le plan de formation de l'établissement. Ainsi, cette démarche a nécessité un investissement majeur, et une priorisation des formations sur quelques années. Ce financement doit être validé par la déléguée régionale de l'ANFH, ainsi qu'aux différentes instances. Le recours à une équipe extérieure offre ainsi un coaching aux quatre « référents métier », ainsi qu'aux cadres de santé. Ils participent également à l'animation des IDM.

- **Points de vigilance et enseignements**

&Le directeur qui a accepté de nous permettre de réaliser ce retour d'expérience met en garde sur la difficulté d'anticipation dans une démarche ascendante. Il est donc crucial d'être réactif et attentif aux signes avant-coureurs d'un désaccord ou d'un renoncement au projet de certains participants afin de pouvoir en prendre la mesure dans les temps. Par ailleurs, la pratique a montré que les « référents métiers » s'emparent réellement des sujets traités et peuvent aller jusqu'à faire valoir leur position en instances. Ces positions peuvent être différentes de celle des représentants syndicaux. Ainsi, redonner la parole aux professionnels de terrain redistribue les rôles entre représentants syndicaux et « référents métiers », interrogeant ainsi l'évolution du positionnement des représentants syndicaux.

Cette démarche a mis en lumière la réciprocité des exigences entre la direction et les agents sur le terrain. Il s'agit pour le Directeur de questionner son positionnement et de « *désapprendre* » certaines de ces anciennes certitudes, d'accepter enfin de « *coller au concret du terrain* ». Le Directeur doit ainsi porter la démarche. Deux conséquences découlent de ce changement de culture managériale : Tout d'abord, les agents

reprennent la parole et redonnent ainsi du sens à leur travail. Ensuite, et par voie de conséquence, le processus de décision de la direction devient co-construit et nourri par la réalité du terrain. Plutôt que d'être dans une logique de « *conception/consultation/décision finale* », on « *ramène les controverses au plus près du terrain* ». Aujourd'hui, l'établissement en question a terminé sa phase test d'un an, mené avec l'équipe d'Yves Clot. Un travail de réflexion est en cours concernant les conditions de pérennisation de la démarche, aujourd'hui portée par les « référents métiers ».

III. 1. 3. Un EDD ponctuel pour la conduite du changement : le parti pris de l'ARACT Ile-de-France

La méthode de l'EDD peut également être déployée de manière ponctuelle pour les projets de transformation et de conduite du changement. A titre d'exemple, il serait pertinent de réaliser un EDD afin de préparer la reconstruction de l'EHPAD Jules Parent sur le site de l'hôpital Stell (réorganisation des soins et de l'accompagnement, utilisation des nouveaux services PASA – pôle d'activité et de soins adaptés - et UVA - Unité de vie Alzheimer -...). Le rapport Lachmann indiquait qu'il « *Il est démontré que 75% des organisations n'atteignent pas les résultats espérés à la suite d'un changement* ». Ainsi, comme le souligne le chef de projet de l'ARACT, « *l'idée est d'articuler l'EDD avec la conduite du changement car c'est surtout là dessus que l'on est mauvais, surtout en France. Mais attention, il faut le faire sur des projets où l'on est capable de faire des modifications.* »

Le risque identifié est que les professionnels se lassent de l'EDD. Pour éviter cet aspect, l'EDD pourrait traiter de thèmes variables. Ainsi, le CHU de Dijon a travaillé pendant un an sur le thème de la reconnaissance et envisage de changer de thématique par la suite. Ont été mises en place des actions qui peuvent paraître anecdotiques au premier abord (ex : panneaux sol mouillé remplacés par « respectez notre travail », couleur de blouse changée pour les agents de la logistique...) « *85% des actions ne coûtent quasiment rien* » selon le responsable RH. L'indicateur retenu a été l'absentéisme. En un an, l'absentéisme a réduit de 0,7%. Un autre indicateur exprimé a été le « *foisonnement d'idées exprimées par les agents* ». Ainsi, « *travailler sur la reconnaissance a un impact souvent sous-estimé sur la performance économique* », est-il convaincu. Les actions et propositions qui en sont ressorties nourrissent le projet social de manière transversale.

Les modalités de mise en œuvre d'une démarche participative tels que proposées dans la partie III.1 sont aux prémices d'un nécessaire changement de culture managériale (III.2).

* *

Titre III. 2 : Une démarche aux prémices d'un nécessaire changement de culture managériale

La démarche de QVT est aux prémices d'un changement de culture managériale, qui peut être réalisée par le biais de trois principales actions : renforcer le diagnostic des conditions de travail (1), affirmer le positionnement de l'encadrement de proximité (2) et fixer le cadre des exigences réciproques dans le projet d'établissement et le projet de service (3).

III. 2. 1. Proposition d'action n°2 : Renforcer le diagnostic des conditions de travail

- Rappel des constats de départ : Cette proposition d'action est fondée sur un outil mis en œuvre sur le terrain d'étude : il s'agit du baromètre social.
- Proposition d'action : Le baromètre social s'adresse à l'ensemble des salariés, y compris la direction. Dans le cadre du cluster QVT mis en place en région PACA, il a été réalisé un « questionnaire QVT + ». Ces deux outils sont très similaires. Selon le directeur ayant analysé les réponses à ce questionnaire, l'intérêt de cet outil résiderait dans le constat des différences d'attentes en terme de QVT selon chaque groupe de personnel (Direction, médecin et soignants par exemple). Un modèle de baromètre social type est à disposition en annexe 7.
- Objectifs de l'action : Le baromètre social, qui peut être mis en place en avec l'ANFH, est indispensable à la réalisation d'une démarche liant l'organisation du travail, la vie des salariés, et la performance collective de l'établissement de santé. Les résultats de ce type d'enquête doivent permettre la déclinaison d'actions au plus proche de la réalité du terrain afin d'accompagner le changement au sein d'un établissement.
- Condition de faisabilité : Concernant la diffusion des questionnaires, il est conseillé de permettre un accès à un remplissage en ligne, ainsi qu'une distribution papier par le biais des bulletins de paie. Ainsi, la distribution n'est pas réalisée par un responsable hiérarchique (le cadre). Deux principaux points de vigilance ont été restitués lors d'une séance du cluster QVT concernant la mise en œuvre d'un baromètre social. Sur sa fréquence tout d'abord, 1 baromètre tous les deux ans semble être la bonne fréquence de diffusion et d'analyse à adopter. Concernant la formulation des questions, il est plus pertinent de se placer dans la situation du répondant. Exemple : « *J'ai eu une définition claire de mon travail ainsi que des moyens dont je disposerai pour le réaliser : tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord, ne sais pas* ». Enfin, l'analyse des baromètres doit être suivie d'actions, sans quoi le taux de participation diminuerait d'année en année.
- Indicateurs de suivi de l'action : La réalisation du baromètre social doit être réalisée par le service des ressources humaines. Les indicateurs nécessaires à suivre sont le taux de participation et le pourcentage de remplissage des questionnaires.

III. 2. 2. Proposition d'action n°3 : Fluidifier les échanges entre les équipes de terrain et la direction, par le biais des cadres de proximité et des médecins

- Rappel des constats de départ : L'ébauche de démarche réalisée au sein du CHD Stell par le biais du cluster QVT met en lumière la nécessaire réciprocité des exigences entre les managers et les professionnels de terrain. Ces exigences réciproques apparaissent clairement dans la théorie de l'agent développée par Michael JENSEN et William MECKLING en 1976, empruntée au monde économique. Appliquée dans le secteur de l'hôpital, elle est révélatrice des relations entre les agents et les managers dans un contexte de tensions financières. La théorie de l'agent désigne la relation entre le « principal » et « l'agent ». Le « principal » est le commanditaire d'une action. L'« agent » est son exécutant. Dans une relation d'asymétrie d'information, « *cette relation suppose une confiance réciproque entre le détenteur des moyens de production et celui qui détient la connaissance pour agir. Elle garantit pour chaque agent des bénéfices individuels et collectifs (rémunération, promotion professionnelle, satisfaction des usagers)* »⁴⁸. Dans le secteur sanitaire, social et médico-social, le principal est le directeur ou le manager qui recrute le professionnel (agent), détenteur de connaissances et d'expériences. Si l'agent soupçonne le principal de ne pas révéler toutes les informations utiles pour sa mission, le principal émet lui des doutes sur les intentions de l'agent. Ainsi, il apparaît qu'un management de qualité repose sur une confiance réciproque. Ce mémoire soutient que cette confiance peut être renforcée par la satisfaction d'exigences réciproques entre le principal et l'agent, c'est-à-dire entre les managers et les professionnels de terrain.
- Proposition d'action : La fluidification des échanges entre la direction et les équipes de terrain passe par le biais d'acteurs spécifiques qu'il est nécessaire de former à la communication, au management et à la conduite de projet. L'action s'adresse à deux principaux types d'acteurs : d'une part les cadres en tant qu'interlocuteurs privilégiés entre les équipes de terrain et la Direction ; d'autre part les médecins, qui ont un impact fort sur l'organisation du travail et en termes de reconnaissance pour le personnel. Renforcer le positionnement des cadres et médecins peut nécessiter l'intervention de préventeurs, de psychologue du travail ou encore de coach. Catégorie de personnel en développement, les préventeurs sont également des personnes clés pouvant être mobilisés. Leur rôle est notamment d'assurer un lien

⁴⁸ JOSEPH V., 2015, *Le contrôle de gestion dans les établissements sociaux et médico-sociaux : un outil de performance au service de l'utilisateur et des professionnels*, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 67 p

entre la Direction et le terrain. Enfin, le CHSCT et le CTE devront être associés aux démarches.

- Objectifs de l'action : L'objectif principal est de sensibiliser les cadres de proximité et les médecins du service au signalement des situations de difficulté individuelles ou collectives et de les former à la conduite du changement dans le cadre de la reconfiguration d'un service.
- Conditions de faisabilité de l'action : Cette action doit être portée par la Direction et pourra prendre la forme de formation extérieures ou en interne. Au CHD Stell par exemple, les « mardis de la formation » sont des formations internes organisées à l'initiative de la Direction des Soins et favorisant le partage d'expérience. Le thème de la conduite du changement pourrait y être abordé.
- Indicateurs de suivi de l'action : Le plan de formation d'un établissement permet de suivre le nombre de formation au management réalisé et la cible identifiée pour ces formations.

III. 2. 3. Proposition d'action n°4 : Fixer le cadre des exigences réciproques dans le projet d'établissement et le projet de service

- Rappel des constats de départ : Le projet social 2013-2019 du CHD Stell, validé par le CTE et le CHSCT, a été réalisé de manière concertée par le biais de réunions, et sous le contrôle d'un comité de pilotage. Le projet social est composé de cinq grands thèmes : la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (1), la politique de l'emploi et des carrières (2), la politique de formation (3), les conditions de travail (4), le dialogue social (5). Dans chacune de ces parties transparaît la notion de qualité de vie au travail. Cependant, certains services, dont celui de SSR gériatrique, n'ont pas élaboré de projet de service, ou de manière unilatérale (rédaction par le chef de service). Or, comme le souligne l'article de Franck Cochoy, Jean-Pierre Garel et Gilbert de Terssac « *Paradoxalement, ce qui compte c'est moins l'écrit que ce qui se noue autour de l'écrit* »⁴⁹.
- Proposition d'action : La qualité de vie au travail doit être inscrite « *au centre des priorités stratégiques de chaque établissement* ». C'est l'objet d'un des axes de la stratégie nationale QVT. Ainsi, l'action proposée est de systématiquement inscrire au projet d'établissement, dans la partie relative au projet social, un volet consacré à la QVT des professionnels. La méthode utilisée afin de réaliser le projet d'établissement et le projet de service doit être participative. L'action doit être portée par le ou la DRH

⁴⁹ COCHOY F., GAREL JP, DE TERSSAC G., 1998, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue Française de Sociologie*, In HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, p. 27

en ce qui concerne le projet d'établissement, et par le cadre et le chef de service concernant le projet de service.

- Objectif de l'action : L'objectif est de faire de l'élaboration du projet social et/ou du projet de service un moment important en terme de concertation et de dialogue social. Fixer le cadre des exigences réciproques dans le projet d'établissement et de service est également un moyen de revaloriser le travail des professionnels avec les personnes âgées et de prévenir le risque de perte de sens du travail.
- Conditions de faisabilité : Un maximum de professionnel doit être associé à la réflexion autour de ces documents. Si les conditions le permettent, les usagers devraient également participer à la réalisation du projet d'établissement et/ou de service et de sa composante en termes de qualité de vie au travail.
- Indicateurs de suivi de l'action : Une vigilance particulière doit être conservée quant au suivi des objectifs concernant la QVT inscrits au projet social. Ces objectifs, à la fois qualitatifs et quantitatifs, doivent être créés par les professionnels eux-mêmes en fonction de l'action réalisée. La création d'un PAPRIPACT peut faciliter ce suivi (III.3.2 : proposition d'action n°5).

Souvent considéré comme le volet pauvre des démarches de qualité de vie au travail, l'utilisation des outils de suivi et d'objectivation doit être renforcée afin de piloter la politique en œuvre. C'est l'objet des préconisations de la partie III.3.

* *

Titre III. 3 : De la bonne utilisation des outils de suivi et d'objectivation pour conduire une démarche QVT intégrée

Pour être pilotée au mieux, une démarche QVT doit être appuyée par des outils de suivi et d'objectivation, tels que le contrôle de gestion (1) et le PAPRIPACT (2). Ces outils doivent également prendre toute leur place à l'heure des GHT (3).

III. 3. 1. Proposition d'action n°5 : Renforcer l'utilisation du contrôle de gestion au service de l'accompagnement des usagers

- Rappel des constats de départ : Un contrôle de gestion efficient est indispensable à la bonne mise en œuvre de la qualité de vie au travail. Il s'avère être un outil indispensable de participation et de communication au service de l'accompagnement des usagers. Au CHD Stell, le contrôle de gestion est assuré pour la partie sociale par une gestionnaire des ressources humaines. L'autre partie est assurée par l'assistante de l'attachée aux finances. Cette séparation des tâches ne permet pas d'avoir une vision systémique, d'autant plus que la communication entre la gestionnaire des

ressources humaine et l'assistante aux finance n'est pas assurée de façon optimale (pas de point hebdomadaire prévu, pas de mise en parallèle des données...). Par ailleurs, l'analyse de ces données gagnerait à être systématiquement fournie aux directeurs de façon hebdomadaire. Les principaux enjeux émanant de ces constats sont la fiabilité des données ainsi que la communication à fréquence régulière aux directeurs.

Proposition d'action : La proposition d'action est d'utiliser le contrôle de gestion afin de suivre et d'analyser l'évolution d'une démarche QVT. Dans une démarche telle que l'EDD, le contrôle de gestion peut être utilisé par les agents pour vérifier les données pouvant l'être et objectiver certains ressentis. Par exemple, dans le cadre de l'expérimentation du CHD Stell, les agents ont pu faire remonter le besoin en perches de perfusion. Le besoin était peu précis, et il a fallu mettre autour de la table les soignants, la cadre et le médecin chef de service pour arriver à la conclusion que l'on en avait finalement pas besoin car une commande avait déjà été passée. Par ailleurs, dans le cadre d'une « évaluation embarquée » les indicateurs spécifiquement choisis en fonction de l'action peuvent être mis en relation avec des indicateurs plus globaux (ex : absentéisme...). La mise en relation de ces indicateurs offrira une analyse plus précise de la situation et permettra de mettre en valeur l'impact des actions sur des indicateurs précis. Le contrôle de gestion s'adapte ainsi aux échelons d'intervention. Chaque service et chaque acteur doit être sensibilisé à l'intérêt personnel qu'il peut en tirer dans l'exercice de son métier, afin d'améliorer la qualité de son travail.

- Objectifs de l'action : Nous avons identifié trois principaux objectifs à l'utilisation du contrôle de gestion dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique QVT. Tout d'abord, le contrôle de gestion est un outil nécessaire dans la **maîtrise des actions, leurs évolutions et leur évaluation**. En fonction des résultats d'une action, le contrôle de gestion permet une meilleure répartition des ressources. Il intervient ainsi dans les différentes phases du management selon la roue de Demming « Plan , Do, Check, Act » dans lequel la participation des agents et leur parole apparaît également. Ensuite, travailler sur la QVT permet également de **réduire les coûts cachés** qui sont révélés par un contrôle de gestion efficace. Un coût caché comporte deux caractéristiques : il est phénoménologique et il est associé à la performance de l'établissement. Il peut être défini comme « *n'ayant pas d'existence dans le système d'information de l'entreprise* »⁵⁰. Par ailleurs, un coût caché est provoqué par un élément connu, comme par exemple la file d'attente au bureau des entrées. Elle n'apparaît ni dans les écritures comptables ni dans les tableaux de bord directement, mais les charges engendrées par ce coût y sont diluées. Certains coûts ne sont pas

⁵⁰ PENDARIES M., 2017, Cours « Contrôle de gestion, Organisation et Performance », p.12, disponible sur internet : <http://michel.pendaries.pagesperso-orange.fr/CdG%20U3%20sect3%20Organisation%20et%20Performance.pdf>

compris dans les coûts visibles, mais sont liées à un manque à gagner. D'autres coûts peuvent apparaître. Il s'agit par exemple du recours à des acteurs extérieurs afin de réaliser un audit RPS dans le cadre d'un service au contexte social extrêmement dégradé. Enfin, le troisième objectif est communicationnel : le contrôle de gestion est un **outil de communication ascendante et descendante** et de participation qui fait partie intégrante d'une démarche de qualité de vie au travail. Le contrôle de gestion doit assurer la circulation des informations, afin d'améliorer la qualité de communication entre les acteurs internes. C'est un outil de reporting : il permet de rapporter des informations sur sa performance à la hiérarchie. C'est également un outil descendant de communication et d'appui à la décision. Souvent réalisé par le contrôleur de gestion seulement, l'analyse de tableaux de bord est une aide à la décision qui peut avoir des répercussions sur l'ensemble de l'établissement.

- Condition de faisabilité : Le contrôle de gestion est un outil quantitatif de prévention et de performance qui doit cependant être complémentaire à la mise en place d'une démarche qualitative ascendante. Tout comme les EDD, cet outil sert à la prise de décision du Directeur. L'embauche d'un contrôleur de gestion est un investissement humain nécessaire afin de renforcer la conduite stratégique de l'établissement. Dans le contexte de réformes hospitalières décrit en première partie, le contrôle de gestion doit être vigilant à ne pas se centrer sur la mesure du « cure » plus facilement mesurable que le « care », le travail relationnel, afin de prendre en compte la totalité des tâches faisant la qualité du travail soignant.
- Indicateurs de suivi de l'action : Le renforcement de l'outil du contrôle de gestion pourra être mesuré par la régularité de production de tableaux de bord à la demande des Directeurs (hebdomadaire afin de réaliser un suivi fin des actions mises en œuvre).

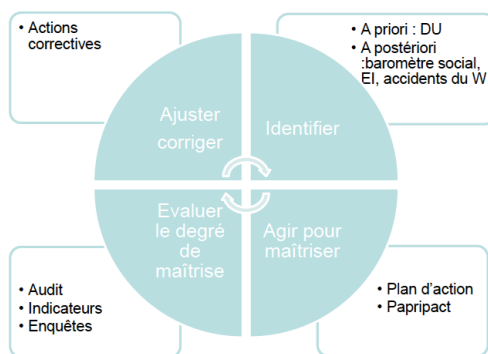
III. 3. 2. Proposition d'action n°6 : Créer un PAPRIPACT, outil de planification global indispensable au suivi financier et du Directeur

- Rappel des constats de départ : Le PAPRIPACT n'est aujourd'hui pas généralisé au sein du CHD Stell. L'absence de ce document est constatée dans de nombreux autres établissements du cluster. Elle révèle un niveau de développement intermédiaire dans la transversalité des actions menées en matière d'amélioration des conditions de travail.
- Proposition d'action : L'action proposée est la réalisation d'un PAPRIPACT. « *Le PAPRIPACT est un programme d'action établi annuellement à partir des analyses des risques professionnels et des informations du bilan social sur les accidents du*

travail. »⁵¹ Il implique des actions de réductions des risques, de prévention des risques et de suppression des risques. Pour chaque action sont exprimées les conditions d'exécution et l'estimation de son coût (formation, rédaction de protocole, achat de matériel, surveillance médicale...). Le PAPRIPACT est porté par le directeur ou la directrice des ressources humaines. Cependant l'ensemble des actions doit être suivi par les pilotes concernés. Ces actions ont un impact sur les conditions de travail de l'ensemble du personnel selon différents axes de travail (développer une culture santé et sécurité au travail, prévenir et réduire les risques d'incidents et d'accidents du travail etc.).

- Objectif de l'action : Les objectifs d'un PAPRIPACT sont nombreux : suivre dans le temps les propositions d'actions issues des actions du CHSCT, renforcer la GPMC en développant les compétences de manière ciblée, améliorer l'accueil des nouveaux arrivants, prévenir les TMS, prévenir le risques psychosociologique lié à la prise en charge de patients, ou encore améliorer l'hygiène, la santé, la sécurité et les conditions de travail etc.
- Conditions de faisabilité : Le PAPRIPACT est élaboré dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité définie par le schéma ci-dessous. Les pré-requis facilitant la mise en œuvre d'un tel document sont donc la réalisation du DU, du

La démarche qualité appliquée à la prévention des risques professionnels et à la QVT



baromètre social, d'un recueil des évènements indésirables et accidents du travail... Il est nécessaire que le PAPRIPACT soit en cohérence avec le document unique et le projet social. Le PAPRIPACT est un document permettant de centraliser les actions diverses issues du

projet d'établissement, décidées par le CHSCT, résultant du DU et de son plan de prévention, du rapport de la médecine du travail ou encore toute démarche de prévention d'AT/MP. Il indique également les éléments financiers de ces actions venant du plan de formation et du plan d'équipement ou d'investissement. Le PAPRIPACT est ainsi à la base du rapport annuel réalisé.

- Indicateurs de suivi de l'action : La bonne utilisation d'un PAPRIPACT se mesure à sa co-construction. En effet, le document doit être à disposition de tous les pilotes en charge

⁵¹ GILLETTE K., 2017, Cours filière DESSMS « Conditions de vie au travail, qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels », Rennes : EHESP, p.40

d'actions, qui doivent s'en servir comme feuille de route de leurs actions et mettre l'outil à jour au fur et à mesure de leur avancement.

III. 3. 3. Proposition d'action n°7 : Anticiper l'application de la démarche QVT à l'heure des GHT et des groupements de coopérations par la mise en place de « communautés stratégiques » ou de « cluster QVT » à l'échelle de la coopération

- Rappel des constats de départ : La mise en place des GHT par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, ainsi que le développement des groupements de coopération, peuvent laisser craindre une évolution ascendante des RPS. En 2016, on constate⁵² des difficultés de communication auprès des équipes et un manque de visibilité à l'échelle de l'institution ; à l'échelle des directions, un déficit de communication et de reconnaissance du travail réalisé ; à l'échelle individuelle enfin, une surcharge de travail lié aux réorganisations et une augmentation de la fatigue, liée aux temps de transport. Ainsi, la cheffe de projet QVT de la HAS indique : *« Plus ont agrège, plus les gens qui sont à la tête sont loin du terrain, plus cela devient de plus en plus indispensable de porter cette question (celle de la QVT) à cette échelle là »*. Le CHD Stell est intégré au sein du GHT des Hauts-de-Seine, qui intègre cinq établissements, allant de 253 à 601 lits et places. L'établissement support du GHT est le Centre Hospitalier des Quatre Villes, dont la capacité d'accueil est de 601 lits et places. Depuis la mise en œuvre du GHT, diverses problématiques sont abordées. A titre d'exemple, le déplacement des agents dans le cadre de la mutualisation de la fonction achat est un enjeu d'actualité.
- Proposition d'action : L'anticipation de la démarche QVT dans le cadre d'un GHT peut être réalisée en s'inspirant de l'expérience des « communautés stratégiques » nées au Japon face à la nécessaire adaptation rapide des organisations du secteur de la téléphonie. Des chercheurs de l'université de Sherbrooke ont ensuite accompagné et évalué la mise en place de cette démarche au sein de coopérations interhospitalières. *« Une communauté stratégique est une structure temporaire de collaboration inter organisationnelle, composée de professionnels et cadres de premiers niveaux, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer, à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail inter établissements.*

⁵² LIMOGES P., MARCHANDET S., SIDOROK M., et al., « Les enjeux de la qualité de vie au travail dans un contexte contraint : Extrait de la synthèse des rencontres RH de la santé 2016 », *Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé*, 2017, pp.26-30

»⁵³ Cette définition révèle plusieurs caractéristiques de la communauté stratégique, que l'on retrouve dans les clusters QVT : l'omniprésence de l'expérimentation, le caractère éphémère, inter-établissement, et pluriprofessionnel de la communauté, ainsi que l'approche par « *ceux qui assurent le service* »⁵⁴. Les communautés stratégiques ont fait leurs preuves dans les établissements prenant en charge des patients atteints de cancer, non seulement en termes d'amélioration de la capacité des structures à s'adapter au changement, mais également en termes d'amélioration de l'organisation, du travail en équipe et de la satisfaction des usagers et des agents. En l'espèce, le travail mené a porté sur le parcours des patients, ce qui a conduit la communauté à travailler sur la stabilité des équipes. Ces dernières ont fait le choix de conserver les nouvelles organisations de travail.

- Objectif de l'action : La mise en place de « communautés stratégiques » ou de « cluster QVT » à l'échelle d'un GHT répond à plusieurs objectifs. D'abord, elle permettra une adaptation plus facile aux changements. Ensuite, elle favorisera des réorganisations engendrant des gains en termes de qualité des soins et d'efficience.
- Conditions de faisabilité : La mise en œuvre d'une démarche QVT au niveau d'un GHT nécessite de suivre ce dossier en comité de directeurs du GHT. Par ailleurs, dans le cas de transferts de professionnels, il est indispensable de renforcer les dispositifs de concertation, d'information et d'accompagnement⁵⁵. Ainsi, le livret d'accueil doit être mis à jour et des dépliants expliquant les premiers pas dans l'établissement d'accueil doivent être réalisés. Des réunions conjointes DRH/Direction des soins doivent être menées à fréquence régulière dans chaque établissement du GHT. Des permanences RH sur le site concerné par la réorganisation doivent être assurées de façon hebdomadaire. Enfin, des réunions de tous les cadres doivent être assurées par la direction générale. Ainsi, le changement doit être pensé globalement. La synthèse des rencontres RH de la santé préconisaient en 2016, de créer « un pôle QVT central, s'appuyant sur un comité scientifique définissant les axes prioritaires pour le GHT en matière de qualité de vie au travail ». Il est également conseillé, afin d'accompagner les équipes au changement de créer des conventions avec des laboratoires de recherche spécialisés dans cette thématique. Garder un contact avec le terrain dans les services est également un point de vigilance à conserver pour les Directeurs afin de maintenir un lien de proximité avec les équipes. Des déplacements

⁵³ FONDATION CANADIENNE POUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ, 2013, *La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration inter-organisationnelle*, Ottawa : FCASS in HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

⁵⁴ *ibid.*

⁵⁵ Synthèses des rencontres RH développe l'exemple du transfert de 800 professionnels d'un établissement vers deux autres, dans le cadre d'un GHT psychiatrique.

sont donc à prévoir. Il est enfin nécessaire de maintenir certains services de proximité, et notamment les services de santé au travail.

- Indicateurs de suivi de l'action : Le contrôle de gestion et le PAPRIPACT devront prévoir un suivi de projets à l'échelle des coopérations.

Les propositions d'actions de la troisième partie de ce mémoire ont vocation à permettre le développement d'une politique de qualité de vie au travail déjà impulsée par la participation à un cluster QVT. Ainsi, le cluster se révèle bien être un tremplin vers une politique de qualité de vie au travail globale et systémique, dont l'objectif à terme serait de se développer à l'échelle des GHT.

* * *

*

Conclusion

En introduction, nous demandions dans quelle mesure la participation à un cluster QVT répond aux attentes des établissements en termes d'accompagnement aux changements organisationnels et sociaux. Fil rouge de ce mémoire, cette question nous a permis d'interroger tout d'abord la notion de risques psychosociaux, et d'en comprendre leur relative remise en cause. Si la mesure de l'exposition aux RPS est indispensable, il apparaît aujourd'hui nécessaire de l'articuler avec une politique de QVT au sein d'un établissement. Par ailleurs, la stratégie nationale d'amélioration de la QVT des professionnels de santé à laquelle se rattachent les clusters, intervient dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques et de mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), impliquant des réorganisations sur le terrain. Ainsi, les clusters apparaissent comme un moyen d'accompagner le changement en recentrant les établissements sur le cœur de leur activité : la qualité des soins et de l'accompagnement des usagers. La reconduction de la démarche en 2017 est révélatrice du succès de la première vague de *cluster QVT*.

Les hypothèses soulevées par le sujet de la QVT ont été travaillées dans le corps de ce mémoire. (1) Nous notons d'abord que le lien entre QVT et performance, bien que sous-tendu par des modèles ayant fait leurs preuves (hôpitaux magnétiques), mérite néanmoins d'être approfondi et confronté au contexte français. (2) Nous avons par ailleurs pu confirmer, par le biais de l'expérience menée et des retours d'expérience réalisés, qu'adopter une logique « bottom-up » et un management participatif améliore non seulement le dialogue social mais enrichi également la prise de décision des managers et favorise de façon déterminante la conduite du changement. (3) Le travail mené a permis de formaliser et de confirmer l'adéquation d'une méthode expérimentale au contexte hospitalier et médico-social. La notion d'expérimentation, au cœur de la démarche de cluster, permet l'impulsion d'une dynamique innovante dans les établissements de santé et médico-sociaux. (4) Enfin, dans le contexte de mise en œuvre des GHT, ce mémoire a proposé un modèle de projection d'une démarche de QVT élargie à l'échelle d'un territoire. L'implication de plus en plus grande de partenaires extérieurs liés à la recherche semble être particulièrement pertinente dans cette perspective.

Enfin, le présent mémoire a décrit les éléments à prendre en considération par un Directeur pour mettre en œuvre une politique de QVT. Transversale et au cœur des enjeux de coopération entre professionnels, le développement d'une telle politique intègre une dimension stratégique et managériale intrinsèque au métier de Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors., disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704&dateTexte=20080116>

Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, Circulaire DHOS/P1 n° 2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique qui intègre l'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail applicable aux entreprises privées

LOI n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022436528&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, CONVENTIONS COLLECTIVES, Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013

Protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la FP du 22 octobre 2013

Circulaire du 20 mars 2014 sur la mise en œuvre d'un plan national d'action pour la prévention des RPS dans les trois fonctions publiques

Instruction du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la FPH de l'accord cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les 3 FP.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, décembre 2016, « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail », disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf

Ouvrages

BARTOLI A., 2005, *Le management des organisations publiques*, Paris : Dunod

BELORGEY N., 2010, *L'Hopital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris : La Découverte, 330 p.

BRILLET F., SAUVIAT I., SOUFFLET E., 2017, *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*, Dunod, 195 p.

CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris : La Découverte, 192 p.

CLOT Y., GOLLAC M., 2014, *Le travail peut-il devenir supportable ?*, Paris: Armand Colin

DAVIS L.E., CHERNS A.B., 1975, *The Quality of Working Life, Volume 1*, New-York : The Free Press, 450 p.

PELLETIER J., 2017, *Agir sur la Qualité de vie au travail*, Eyrolles, 136 p.

Articles de périodiques

ABORD DE CHATILLON E., DESMARAIS C., 2012, « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? », *Management international* 163, pp.10-24

ABORD DE CHATILLON E., RICHARD D., 2015, « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion* 2015/4 (N° 249), p. 53-71

ANACT, ARACT, mars 2017, « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », *Travail et changement*, n°366

BRUNELLE Y., 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, n° 1, pp. 39-48.

COCHOY F., GAREL JP, DE TERSSAC G., 1998, « Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000 », *Revue Française de Sociologie*, In HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, p. 27

LIMOGES P., MARCHANDET S., SIDOROK M., et al., « Les enjeux de la qualité de vie au travail dans un contexte contraint : Extrait de la synthèse des rencontres RH de la santé 2016 », *Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé*, 2017, pp.26-30

KRAMER M, SCHMALENBERG C., 2002, *Staff nurses identity essentials of magnetism, Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses. Washington : American nurses publishing, pp. 25-59 p.* in HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

Rapports

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICAUX SOCIAUX, 2008, « Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre », disponible sur internet : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=128

AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL,
HAUTE

HAUTE AUTORITE DE SANTE, ANACT, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé », disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2057632/fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-dans-les-etablissements-de-sante

HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 54 p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », disponible sur internet : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>

INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE, 2017, *Dossier risques psychosociaux*, disponible sur internet : www.inrs.fr/risques/psychosociaux.html

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., MOLEUX M., 2010, *Rapport sur le Bien-être et l'efficacité au travail*, 19 p.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2010, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, 223 p., disponible sur internet : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Thèses et mémoires

CHABRILLAT V., 2015, L'impact des politiques managériales sur l'absentéisme : L'exemple du centre hospitalier de Billom, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 58 p.

JOSEPH V., 2015, Le contrôle de gestion dans les établissements sociaux et médico-sociaux : un outil de performance au service de l'utilisateur et des professionnels, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 67 p.

SAY R., 2015, La prévention des risques psychosociaux levier organisationnel au service de l'amélioration de la qualité de vie au travail, Mémoire professionnel : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 64 p.

Conférences et cours

GILLETTE K., 2017, Cours filière DESSMS « Conditions de vie au travail, qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels », Rennes : EHESP

PENDARIES M., 2017, Cours « Contrôle de gestion, Organisation et Performance », p.12, disponible sur internet : <http://michel.pendaries.pagesperso-orange.fr/CdG%20U3%20sect3%20Organisation%20et%20Performance.pdf>

Sites internet

HOSPIMEDIA, Septembre 2017, Interview de PHILIPPE CHARPENTIER, DRH DU CHRU DE LILLE ET VALÉRIE MULLER, DIRECTRICE ASSOCIÉE DU GROUPE ARTHUR HUNT, [consulté le 10.09.2017], disponible sur internet : http://abonnes.hospimedia.fr/interviews/20170908-philippe-charpentier-drh-du-nous-souhaitons-renouveler-cette?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

HOSPIMEDIA, septembre 2017, « La démarche des clusters ouvre de nouveaux rapports au travail », [consulté le 12.09.2017], disponible en ligne : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170912-qualite-la-demarche-des-clusters-ouvre-de-nouveaux>

HOSPIMEDIA, août 2017, « Finance : La FHF martèle sa volonté de poursuivre la réforme de la tarification des SSR », [consulté le 10.08.2017], disponible en ligne : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170803-bref-sanitaire-fhf-ssr-chsct-delit-d-entrave>

HOSPIMEDIA, mai 2017, « Le déploiement de la stratégie de la qualité de vie au travail s'accélère avec la fin du quinquennat », [consulté le 14.06.2017], disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170502-politique-de-sante-le-deploiement-de-la-strategie>

GROUPE UP, 2016, *Focus Qualité de vie au travail : Vers un nouvel équilibre*, disponible en ligne : <http://up-france.fr/actualite-politique-rh/focus-qualite-de-vie-au-travail-vers-un-nouvel-equilibre/>

Vidéos et émissions radios

FRANCE CULTURE, VAN REETH A., janvier 2017, *Les chemins de la philosophie*, « Les Méditations métaphysiques de Descartes (2/4), Qui suis-je ? », disponible sur internet : <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/les-meditations-metaphysiques-de-descartes-24-qui-suis-je>

TEDxManhattanBeach, BRICENO E., novembre 2016, « Comment devenir meilleur dans ce qui nous importe »

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Récapitulatif des propositions d'actions
- **Annexe 2** : Guide d'entretiens internes
- **Annexe 3** : Guide d'entretiens externes
- **Annexe 4** : Fiches signalétiques des entretiens réalisés
- **Annexe 5** : Eléments d'ingénierie des différents types d'espaces de discussion
- **Annexe 6** : Plan d'action QVT réalisé suite à l'EDD (document anonymisé)
- **Annexe 7** : Modèle de baromètre social
- **Annexe 8** : Observation participante et entretiens lors d'une visite du service de SSRG (Objectif : mesurer l'impact du plan d'action QVT)

Annexe 1 : Récapitulatif des propositions d'actions

- **Proposition n° 1** : Choisir un type d'outil participatif selon le contexte et les objectifs définis
- **Proposition d'action n°2** : Renforcer le diagnostic des conditions de travail
- **Proposition d'action n°3** : Fluidifier les échanges entre les équipes de terrain et la direction, par le biais des cadres de proximité et des médecins
- **Proposition d'action n°4** : Fixer le cadre des exigences réciproques dans le projet d'établissement et le projet de service
- **Proposition d'action n°5** : Renforcer l'utilisation du contrôle de gestion au service de l'accompagnement des usagers
- **Proposition d'action n°6** : Créer un PAPRIPACT, outil de planification global indispensable au suivi financier et du Directeur
- **Proposition d'action n°7** : Anticiper l'application de la démarche QVT à l'heure des GHT et des groupements de coopérations par la mise en place de « communautés stratégiques » ou de « cluster QVT » à l'échelle de la coopération

Annexe 2 : Guide d'entretiens internes

Présentation de la démarche :

Dans le cadre de mon travail de mémoire, je souhaite analyser l'expérience de l'espace de discussion dans le service de SSRG et étudier si la mise en oeuvre de cet espace a eu un impact sur la qualité de vie au travail des agents. Par ailleurs, j'interrogerai également dans mon mémoire les opportunités ouvertes par la participation de l'établissement à un *cluster social*. J'ai sollicité plusieurs personnes pour un entretien. Je tiens à souligner que l'entretien est confidentiel, je vous garantis que les propos seront anonymisés.

Le temps estimé de l'entretien est d'environ 1h et j'aimerais aborder 4 grandes thématiques : votre perception de la QVT, le contexte particulier de l'établissement, les actions engagées et votre point de vue sur les EDD.

LA QVT

- Quelle est votre conception de la qualité de vie au travail en quelques mots ?
- Depuis quand on parle de QVT dans votre travail ?
- Quel était le contexte dans lequel l'établissement a participé au cluster ?

L'ETABLISSEMENT

- Quelles sont les principales problématiques rencontrées dans l'établissement ?
- Comment percevez-vous le climat social de l'établissement ?
- Estimez-vous que les espaces de concertation sont suffisants ?
- Comment les transmissions ou les staffs pourraient être améliorés ?
- Quelles ont été auparavant les politiques menées en matière de QVT dans l'établissement ?
- Quelles sont les personnes avec qui vous travaillez le plus souvent ?

DIAGNOSTIC / ACTIONS / EVALUATION

- Quelle est la méthode de diagnostic en terme de qualité de vie au travail ?
- Pouvez vous lister et décrire l'ensemble des activités que vous réalisez et qui s'apparentent à de la qualité de vie au travail ?
- Pouvez vous décrire la méthode de gestion de ces outils à l'heure actuelle ?
 - Qui abonde les documents ?
 - Qui réalise un suivi des documents ?
 - Quelle évaluation ?
- Pouvez vous décrire la méthode d'évaluation de la démarche ?

LE TERRAIN : EDD dans le service de SSRG (cadre : cluster QVT)

- Comment expliquer les difficultés rencontrées en SSRG ?
 - Quels sont les retours des agents ? IDE ? AS ? Cadre de santé ? Autre ?
- Que pensez vous de la démarche de mise en place d'espaces de discussion ?
 - Qui était à l'origine de cette démarche ?
 - A-t-elle été bien reçue au début ? Y avait-il beaucoup de volontaires ?
- Diriez vous que la vision de la politique de ressources humaines a changé depuis la mise en place de l'EDD ?

- Constatez vous un effet positif dans le service ? Lequel ? (ex : Co-construction de sens, Espace de reconnaissance des acteurs les uns les autres, Espace de construction de l'autorité du manager)
- Avez-vous ressenti un changement dans la perception / l'importance accordée à la notion de qualité de vie au travail chez les professionnels ? S'agit il d'un changement positif/négatif ? En quoi ? Pour qui ?
- Quelles sont les conséquences en terme de qualité de soin et de performance de ces EDD (performance des RH, organisationnelle) ? (Avez vous entendu parler des Hôpitaux magnétiques ?)
- Que pensez-vous de l'idée de généraliser les EDD sur l'hôpital ? Quels sont les obstacles selon vous à cette généralisation ? Quels sont les leviers ?

Annexe 3 : Guide d'entretiens externes

Présentation de la démarche :

Dans le cadre de mon travail de mémoire, je souhaite analyser l'expérience de l'espace de discussion dans le service de SSRG et étudier si la mise en œuvre de cet espace a eu un impact sur la qualité de vie au travail des agents. Par ailleurs, j'interrogerai également dans mon mémoire les opportunités ouvertes par la participation de l'établissement à un *cluster social*.

J'ai sollicité plusieurs personnes pour un entretien. Je tiens à souligner que l'entretien est confidentiel, je vous garantis que les propos seront anonymisés.

Le temps estimé de l'entretien est d'environ 1h et j'aimerais aborder 3 grandes thématiques : votre perception de la QVT, le contexte particulier des établissements français, la mise en œuvre d'une démarche de QVT.

LA QVT

- Quelle est votre conception de la qualité de vie au travail en quelques mots ?
- Depuis quand on parle de QVT dans votre travail et non plus seulement de risques au travail ? Pourquoi ?
- Depuis quand l'ANAP/HAS/ARACT accompagne les établissements concernant la QVT ? Pourquoi ? Comment ? Quels constats ? Quelle évolution depuis les premières expériences ?

LES ETABLISSEMENTS

- Quelles sont les principales problématiques rencontrées dans les établissements publics français ?
- Estimez-vous que les espaces de concertation de type EDD sont suffisants à améliorer le bien-être dans les établissements ?
- Quel semble être l'avancement des établissements en terme de QVT ? (Toujours une appréciation seulement par les risques ou également par la QVT ?)
- Quel serait la meilleure méthode d'évaluation d'une démarche globale de QVT ?

MISE EN ŒUVRE DEMARCHE QVT

- Quelle est la méthode de diagnostic généralement utilisée en termes de qualité de vie au travail ? (consultant, audit, bilan social...)
- Pouvez vous lister et décrire l'ensemble des activités actuellement réalisées dans des établissements et qui s'apparentent à de la qualité de vie au travail ?
- Quelles sont les conséquences en termes de qualité de soin et de performance de ces EDD (performance des RH, organisationnelle) ?
- Quels sont les types de démarches globales de QVT mis en place sur le territoire national ? Pensez vous que l'on puisse suivre l'exemple des Hôpitaux magnétiques en France ?
- Que pensez-vous de l'idée de généraliser les EDD sur l'hôpital ?
- Quels sont les obstacles et leviers selon vous au développement de la QVT dans les établissements ?

Annexe 4 : Fiches signalétiques des entretiens réalisés

Fiches signalétiques classées par ordre chronologique
<p>Entretien n°1 Fonction : Ingénieur hospitalier Genre : Féminin Date de l'entretien : 20 juin 2017 Durée de l'entretien : 1h30 Lieu de l'entretien : Bureau du professionnel Enregistré (oui/non) : Oui</p>
<p>Entretien n°2 Fonction : Chef de projet ANAP Genre : Féminin Date de l'entretien : 21 juin 2017 Durée de l'entretien : 1h Lieu de l'entretien : Entretien téléphonique Enregistré (oui/non) : Non</p>
<p>Entretien n°3 (2 personnes) Fonctions : Directrice des Soins et cadre supérieure de santé Genre : Féminins Date de l'entretien : 21 juin 2017 Durée de l'entretien : 1h Lieu de l'entretien : Bureau de la cadre supérieure de santé Enregistré (oui/non) : Non</p>
<p>Entretien n°4 Fonction : Représentant du personnel n°1 Genre : Masculin Date de l'entretien : 22 juin 2017 Durée de l'entretien : 50 minutes Lieu de l'entretien : Bureau de l'élève-directrice Enregistré (oui/non) : Non</p>
<p>Entretien n°5 (2 personnes) Fonction : Ex-DRH et DRH actuelle du CHD Stell (Membre du COPIL QVT) Genre : Féminins</p>

<p>Date de l'entretien : 23 juin 2017</p> <p>Durée de l'entretien : 1h30</p> <p>Lieu de l'entretien : Bureau de la DRH</p> <p>Enregistré (oui/non) : Oui</p>
<p>Entretien n°6</p> <p>Fonction : Représentant du personnel n°2 et membre du COPIL QVT</p> <p>Genre : Féminin</p> <p>Date de l'entretien : 26 juin 2017</p> <p>Durée de l'entretien : 1h</p> <p>Lieu de l'entretien : Bureau de l'élève-directrice</p> <p>Enregistré (oui/non) : Non</p>
<p>Entretien n°7</p> <p>Fonction : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social d'un autre département</p> <p>Genre : Masculin</p> <p>Date de l'entretien : 27 et 28 juin 2017</p> <p>Durée de l'entretien : 2 entretiens d'environ 1h chacun</p> <p>Lieu de l'entretien : Entretiens téléphoniques</p> <p>Enregistré (oui/non) : Oui</p>
<p>Entretien n°8</p> <p>Fonction : Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social d'un autre département</p> <p>Genre : Masculin</p> <p>Date de l'entretien : 27 et 28 juin 2017</p> <p>Durée de l'entretien : 2 entretiens d'environ 1h chacun</p> <p>Lieu de l'entretien : Entretiens téléphoniques</p> <p>Enregistré (oui/non) : Oui</p>
<p>Entretien n°9</p> <p>Fonction : Chef de projet ARACT Ile-De-France</p> <p>Genre : Féminin</p> <p>Date de l'entretien : 29 juin 2017</p> <p>Durée de l'entretien : 1h</p> <p>Lieu de l'entretien : Entretien téléphonique</p> <p>Enregistré (oui/non) : Oui</p>
<p>Entretien n°10</p> <p>Fonction : Elève-Directeur dans un établissement participant au cluster QVT en région PACA</p> <p>Genre : Masculin</p>

Date de l'entretien : 13 juillet 2017
Durée de l'entretien : 35 minutes
Lieu de l'entretien : EHESP, cafétéria
Enregistré (oui/non) : Non

Entretien n°11

Fonction : Chef de projet à la HAS
Genre : Féminin
Date de l'entretien : 21 juillet 2017
Durée de l'entretien : Environ 2h
Lieu de l'entretien : Café parisien
Enregistré (oui/non) : Oui

Annexe 5 : Eléments d'ingénierie des différents types d'espaces de discussion

1 Médecin du travail, préventeurs, responsable qualité, RRH...

	Régulation collective	Concertation sociale (groupe paritaire)	Concertation sociale (groupe d'expression)	Résolution de problème	Professionnalisation
De quoi parle-t-on ?	Du résultat du travail et de ses conditions de réalisation (contraintes, ressources, besoin de régulation)	Des conditions de travail et la QVT En lien ou pas avec des négociations, expérimentations et de leur évaluation, des ajustements à proposer	Du vécu au travail, de ce qui pose problème, de ce qui fait ressource, des questions sur l'organisation et les décisions stratégiques, des propositions d'amélioration	Remonter aux causes d'une situation problème et faire les liens avec conséquences et effets Trouver des solutions concertées et définir des plans d'actions	Vocation à faire évoluer, enrichir les pratiques professionnelles
Fréquence et durée observées	Régulière et adaptée à l'activité des unités de travail Fréquence : 2 fois/mois. Durée : 1 à 3 heures	Fréquence : 1 à 2 /trimestre Durée : 1 à 3 heures	Fréquence : 2 à 3 fois / an Durée : 1 à 2 heures	Définies par le projet concerné et des délais de mise en œuvre	Fréquence : 1 fois/ trimestre Durée : 3 à 4 heures minimum
Acteurs concernés	L'encadrement et les collectifs d'une même unité	Représentants direction et personnel + experts éventuels du type préventeurs	Salariés d'une même unité de travail /ou métier	Groupe de travail constitué de salariés, managers et des experts éventuellement concernés ¹	Un groupe métier (soit des managers, soit des salariés)

(...)

Les éléments d'ingénierie de différents types d'espace de discussion

Animateur	Le manager de proximité	Un tiers externe ou responsable QVT si existant	Un salarié référent métier préalablement formé (élu ou non)	Chef de projet	Un tiers intervenant/expert métier
Modalités d'animation	Partir du travail réel, faciliter l'expression de chacun, s'appuyer sur des outils spécifiques et /ou outils de gestion	À partir de l'ordre du jour, doit être concerté et participatif	À partir de l'expression spontanée des salariés, peuvent être guidées par thématiques préidentifiées dans l'ordre du jour	Mode participatif centré sur des situations de travail concrètes	Partage de pratiques, de cas, de retours d'expérience S'appuient sur des techniques de codéveloppement
Produits de sortie possibles	Compte rendu non systématique Doit prévaloir la prise de décision/action sur ajustement des processus de travail, émergence de nouvelles façons de faire	Livrables d'un observatoire. Par exemple : ...	Compte rendu systématique intégrant : synthèse des échanges, besoins, questions, et propositions d'actions	Plan d'action ; nouveaux processus ; document unique...	Émergence de nouvelles pratiques et consolidation des compétences Évolution des référentiels métiers/fiche de poste

Annexe 6 : Plan d'action QVT réalisé suite à l'EDD (document anonymisé)

DOCUMENT DE TRAVAIL

Légende :
Réalisé
Programmé
A définir

A/ Données issues de la restitution de l'Espace De Discussion ARACT		B/ Propositions d'actions émanant du travail préparatoire		C/ Rencontres avec les pilotes		D/ Plan d'actions
Objectifs	Analyse de la situation par le groupe de soignants	Actions proposées par le groupe	Conclusions des 2 réunions de lancement (réunion cadre/médecin/représentant du personnel/responsable qualité/DRH/DS et réunion soignants/cadres/médecins/DRH)	Pilotes	Calendrier des rencontres	Bilan et modalités de mise en œuvre et de suivi
1. Améliorer les conditions de travail	Rails neufs en panne	Travaux, réparations et maintenance	Dysfonctionnement des rails réglé mais prévoir maintenance avec société ARJO (référéncée UGAP)	Responsable services logistiques	Rencontres DRH, élève-directrice, responsable service logistique le 8 mars et 19 avril 2017	<u>Action de pérennisation réalisée</u> : La maintenance est comprise dans le marché et a lieu 1 fois par an. <u>Suivi régulier des services techniques</u> : Au 08/03/2017, un rail dysfonctionnant a été mentionné aux services techniques (chambre 205 pour un problème de batterie) : Le SAV a été prévenu le 08/03. Il est intervenu quelques jours après.
	Fauteuils abîmés dans les chambres		Vérifier l'inscription de 5 nouveaux fauteuils confort au plan d'investissement 2017 (et à prévoir aux suivants pour renouvellement)	Responsable economat	Validé avec responsable economat	1) Faire le tour des autres services pour harmoniser le parc (médecine + UGA) car cela faciliterait l'entretien. 2) Prévoir un modèle test à valider avec cadre ==> La commande sera passée dès réception du devis 3) Les services techniques ont identifié 1 espace de stockage dans la zone d'entrepôt au sous-sol du parking Jame (côté sortie de véhicule). ==> Définir le nombre de fauteuils à stocker.
	Baignoire inadaptée	Envisager recrutement psychomotricienne pour utilisation de la baignoire thérapeutique avec 1 soignant	DRH DS	Actions de moyen terme	A définir	
	Baisse de la sécurité car bracelet anti-fugue ne permet pas de localiser la personne	Renforcer la sécurité des patients	Renforcer le dispositif anti-fugue : 1) Demande d'installation de porte avec ouverture interrupteur 2) Système de badge pour ouverture des ascenseurs à envisager	Responsable services logistiques	Rencontres DRH, élève-directrice, responsable service logistique le 8 mars et 19 avril 2017	<u>Action prévue fin avril-début mai 2017</u> : Echanges entre cadre et services logistiques afin de valider les axes suivants : - l'installation d'un lecteur de badge sur la porte du fond - l'affectation des 8 bracelets anti-fugue existants à des lits (pour favoriser la localisation des patients lors d'un incident)

	<p>. Revêtement du sol du nouveau couloir apporte contrainte physique dans déplacements des chariots et fauteuils roulants</p> <p>. Luminosité très forte dans les chambres le soir (en neuro)</p> <p>. Réveil des patients car gêne auditive due à l'ouverture des portes.</p> <p>. Ascenseurs souvent en panne</p> <p>. 30-45 minutes en moyenne aujourd'hui pour atteindre une température de l'eau convenable le matin (problème existant depuis plusieurs années)</p> <p>. Syphon d'évacuation de la nouvelle douche bouché régulièrement et entraîne inondations de certaines chambres + réquisition de personnel + travail supplémentaire de ménage</p> <p>. Volets difficiles à remonter</p>	Travaux, réparations et maintenance	<p>Présenter au responsable services logistiques les besoins en travaux ou autres points techniques.</p> <p>- Définir ce qui a déjà été fait,</p> <p>- Définir ce qui est en cours,</p> <p>- Définir les actions à mettre en place.</p>	Responsable services logistiques	<p>Rencontres DRH, élève-directrice, responsable service logistique le 8 mars et 19 avril 2017</p>	<p>Actions prévues en 2017 :</p> <p>- Réalisé en mars : Une démonstration a été réalisée par les services techniques sur l'utilisation des variateurs de lumière.</p> <p>- Réalisé en mars : L'eau atteint aujourd'hui une température convenable en 5 à 8 minutes (au lieu de 30 à 35 minutes). Remarque : Délai plus long au 2ème étage.</p> <p>Suite du plan d'action : le remplacement de l'échangeur thermique courant mai.</p> <p>- Réalisé en avril : 3 propositions ont été faites par les services techniques pour faciliter l'ouverture des portes : (1) Ponçage de la peinture (2) Installation d'un verrou plus moderne (3) Installation d'une crémone pompier à prévoir pour 50 portes en investissement. La 3ème solution est la plus sécurisante.</p> <p>- Sem 24 avril : Des tests sur 2 chariots de type différents vont être réalisés avec des roulettes de la marque "Tente" (caroline, linge, et/ou médicaments) afin d'observer si les déplacements sont plus faciles à réaliser avec ce type de roulettes.</p> <p>- Sem du 24 avril : Joints d'étanchéité à placer sous les portes des 3 salles de bain communes et de 2 douches (HDJ et NO)</p> <p>- Mai : Il y a possibilité de rénover le monte-malade à l'identique de Delzan. Une réunion des utilisateurs du monte malade de Jame sera prévue afin de savoir si l'immobilisation de la cabine durant les travaux (3 semaines et 1/2 avec des travaux de 6h à 20h) est possible en terme de fonctionnement du service (procédure dégradée à prévoir). Le début des travaux pourrait être envisagé en octobre 2017.</p> <p>==> Une réunion a été décidée en septembre par le DG en CTE du 27/06/2017 afin de définir la période et les modalités de mise en oeuvre.</p> <p>Action prévue en 2018 : La motorisation des volets ne pourra être inscrite qu'au plan d'investissement 2018. Auparavant, le nombre de volets manuels au pavillon JAME sera défini.</p> <p>Préconisations :</p> <p>- Tester ce qui facilite le déplacement des fauteuils roulants : les fauteuils avec chambres à air ou avec des roues pleines (en attente de retour d'expérience de l'équipe).</p>
2. Améliorer la prise en charge globale des patients	<p>Le protocole de lavage du linge pour les patients sans famille n'est pas clair (normalement il s'agit d'un lavage à titre gratuit)</p>	Définir des règles claires pour le lavage du linge des patients sans famille	<p>Décisions prises suite aux 2 réunions de lancement :</p> <p>1) Affichage dans les chambres et encart dans le livret d'accueil précisant que l'hôpital ne lave pas le linge et que s'ils le souhaitent, les familles et proches peuvent demander à le faire faire en échange d'un engagement de paiement.</p> <p>2) Relance de la campagne de communication sur le vestiaire social et appel aux dons</p> <p>3) Evaluer la possibilité de facturation automatique du linge sale (Benchmark)</p>	<p>Lingère responsable économat</p> <p>Communication</p>	<p>Rencontre le 19 avril 2017 :</p> <p>- Médecin gériatre</p> <p>- DRH</p> <p>- Elève-directrice</p> <p>- Communication</p> <p>- Légère</p> <p>- Responsable économat</p> <p>- Cadre de santé SSRG</p>	<p>I. Concernant l'action de relance du vestiaire social :</p> <p>1) Réaliser un appel aux dons par le canal de Stell Net, d'un affichage au self et d'un mail au personnel possédant une adresse (priorité : tennis, pantouffles, jogging)</p> <p>2) Réaliser un panneau de signalisation identifiant le vestiaire social</p> <p>3) Proposition pour la suite : Réaliser un bilan des vêtements reçu et cibler les besoins restants</p> <p>II. Concernant les actions de communication :</p> <p>1) Réaliser une affiche de sensibilisation sur le linge des patients et les modalités de prise en charge contre engagement de paiement. A afficher dans chaque chambre.</p> <p>--> Fait : Le document déjà existant (en PJ) intitulé "Fiche d'information à destination des services et patients" a été actualisé</p> <p>--> Action : Assurer l'affichage du document dans les chambres</p> <p>2) Intégrer un encart à la prochaine édition du livret d'accueil</p> <p>--> Proposition : reprendre les grandes lignes de la fiche d'information.</p> <p>3) Communiquer sur la chaîne télévision</p> <p>4) Transmettre l'ensemble des informations aux équipes soignantes (faire valider la procédure, puis la faire passer etc)</p> <p>--> Fait : La procédure actualisée en concertation avec la lingère (en PJ) a été relue par l'ingénieur qualité (vérificateur), signée et validée par le responsable économat (approbateur).</p> <p>--> Action : Assurer la transmission de la procédure aux équipes.</p>
	<p>Personnel en difficulté face à des patients aux troubles cognitifs : Augmentation de la lourdeur des patients, patients qui ne comprennent pas la vocation du service, manque d'effectif de nuit...</p>	/	<p>Mettre en place une politique de valorisation des métiers du grand âge notamment par la formation et la communication sur le projet de service pour mettre en valeur sa spécificité et ses objectifs pour les années à venir (profil des patients, anticipation de la sortie, détail du volet soin et accompagnement...)</p>	<p>Médecin Communication DRH</p>	<p>RDV à programmer</p>	<p>A définir</p>

	Personnel conscient du bénéfice social de la prise de repas en commun. Cependant : Pas assez de temps pour faire manger les patients (troubles de la déglutition) + constat d'une dénutrition de certains patients + recours à l'achat de compléments alimentaires	Travail sur modalités de prise de repas en commun ou non	Pistes d'actions à discuter et valider : 1) Intervention de la diététicienne en staff pour rappel sur la nutrition (et notamment sur les compléments alimentaires) 2) Proposition en réunion soignants : réaliser 2 services le soir (18h et 18h30)	Dieteticienne Responsable économat	Rencontre le 19 avril 2017 : - médecin gériatre - DRH - Elève directrice - responsable achat logistique - cadre SSRG - Diététicienne SSRG	Action prévue en 2017 : 1) Avril : Poursuivre la réalisation de rappels en staff par les diététiciennes sur la nutrition 2) Action : Evaluer avec Restaliance et Sodexo la possibilité de réalisation de 2 services le soir (18h et 18h30) afin de permettre un meilleur accompagnement des patients.
3. Améliorer la collaboration entre les professionnels	. Moins de temps pour analyser les besoins des patients, et les accompagner à leur rythme, diminution du temps relationnel avec les patients et familles . 1 personne pour le ménage du 2ème (mais augmentation du nb de lit à 30) . Pause déjeuner difficile à prendre . Difficulté à travailler sur 2 étages...	1) Soutien des brancardiers dans les transferts (mise au fauteuil) 2) Collaboration des médecins dans l'attribution des chambres 3) Maintien du soutien entre AS et IDE (planning et marge de manoeuvre dans répartition des tâches) 5) Développer le dialogue dans l'équipe	Préparer la mise en place d'un "Vis mon Travail" (en juin lors de la semaine de la qualité de vie au travail?) Exemple de couple de métier : ergo/AS, brancardier/AS, IDE/AMA ...	Ingénieur qualité	Rencontre ARACT du 25/04/2017	Formation agent évoquée lors de la rencontre ARACT du 25/04/2017
4. Améliorer la communication interne et institutionnelle	. Sentiment de manque de reconnaissance . Remarque sur la situation géographique du pavillon JAME ne facilitant pas la communication (sentiment d'être délaissé)	1) Travail sur la reconnaissance hiérarchique 2) Travail sur la communication institutionnelle	Particularité de la prise en charge en gériatrie à reconnaître : Actions à mettre en place se recouper avec les actions de valorisation des métiers du grand âge et d'amélioration de la collaboration entre les agents (formation, projet de service, "Vis mon travail").	DS Cadre	Se référer aux actions antérieures	
5. Améliorer le partage d'expérience au sein de l'équipe	/	Mise en place de réunions pluridisciplinaires hors staff au sein de l'équipe pour parler du travail	1) Action réalisée : Depuis janvier 2017, changement de l'organisation des bureaux : salle de soin à côté du bureau des médecins et du staff 2) Mettre en place des réunions de service avec ODJ fixés par les agents	Médecins et cadre du service	Pas de RDV à Programmer	Action réalisée : Depuis janvier 2017, changement de l'organisation des bureaux : salle de soin à côté du bureau des médecins et du staff Actions à réaliser en juin : 1ère réunion à planifier en juin par médecins et cadre du service
6. Améliorer les relations avec les familles	Difficultés rencontrées avec les familles (familles plus agressives et exigeantes) et personnel qui interrompt les soins pour satisfaire les familles	1) Travailler sur le processus d'analyse de la plainte (le traitement actuel met la pression sur les équipes et la cadre de santé) 2) Mise en place d'une procédure de protection et soutien en cas d'agression verbale et physique des soignants par les familles	1) Actions à mettre en place se recouper avec la mise en place de réunions pluridisciplinaires hors staff (réunion de service). 2) Réaliser une fiche récapitulative de la procédure à suivre en cas d'agressivité d'un proche Rappels : - Alerter la Direction des Soins dès qu'il y a connaissance de difficultés (mail) - Formation "Gestion de l'agressivité et de la violence du patient et de son entourage" 27-28 juin 2017 (12 places)	DRH DS Equipe	RDV à programmer	En cours de rédaction : Fiche récapitulative de la procédure à suivre en cas d'agressivité d'un proche
7. Améliorer la gestion du parcours des patients	Des feuilles trajectoires parfois incomplètes, quelques patients n'ont pas été bien orientés (épuisement familial), temps perdu lors de l'accueil d'un arrivant dans un état différent de celui attendu, incompréhension du patient et de la famille, sentiment de perte de temps de l'équipe...	/	1) Action réalisée : Le protocole en place face à la survenue d'une situation de décalage entre Via Trajectoire et la réalité est d'alerter le Dr Nasr par écrit. 2) Rappel : Rappeler à l'équipe que cette alerte permet de tracer ces situations.	Médecins et cadre du service	Rappels	Actions à réaliser : Rappels

Annexe 7 : Modèle de baromètre social

Source : Trame issus du baromètre social de l'hôpital Le Vésinet

BAROMETRE SOCIAL DE (mois) (année)

Merci de l'attention que vous voudrez bien porter à cette enquête. Elle est destinée à recueillir des éléments pour évaluer l'effet des actions mises en place dans le domaine des ressources humaines. Elle contribuera également à l'orientation des axes du projet social pour l'avenir. Vous pouvez rendre votre bulletin (1 par personne) **au cadre de votre unité** (services de soins) **ou au responsable hiérarchique avant le 15 Octobre 2014**. Par avance merci de votre efficace contribution. Nous ne manquerons pas de vous communiquer les résultats de cette enquête par voie d'affichage et au sein des instances (CME, CHSCT, CTE, conseil de Surveillance, CSIRMT)

► **Je travaille dans un secteur** (cocher la case correspondant à votre secteur d'activité) :

- Administratif (*Finances / Patientèle, Ressources Humaines, Achats / Logistiques, Qualité, Secrétariats*)
- Soignant et éducatif (*MPR, SMC, SPN, SLD, PMT rééducation, service social*)
- Médico-technique (*Pharmacie, Radiologie*)
- Technique / Logistique (*Cuisine, salubrité, loge, magasin, garage, services techniques, service informatique*)

► **Je suis** (cocher la case correspondant à votre catégorie professionnelle) :

- Médecin, sage femme
- Cadre ou responsable de service
- Infirmier(e)
- Agent de bionettoyage des services hospitaliers
- Masseur kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, etc.
- Autres

► Age (cocher la case correspondant à votre tranche d'âge)	20/30 ans	31 / 40 ans	41 / 50 ans	51/ 60 ans	Plus de 60 ans
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Ancienneté dans l'établissement (cocher la case correspondant à votre ancienneté)	Moins de 2 ans	De 2 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 20 ans	Plus de 20 ans
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Intégration (cocher en fonction de votre avis)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je connais les objectifs de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le règlement à respecter au sien de l'hôpital est clair et explicite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accueil lors de mon arrivée dans le service était préparé (présentation du service, des collègues)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'ai eu une définition claire de mon travail ainsi que des moyens dont je disposerai pour le réaliser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Rapports d'équipes (cocher en fonction de votre avis)					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai l'impression de pouvoir compter sur les autres en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est simple de contacter un collaborateur d'un service autre que le mien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai plaisir à travailler et échanger avec mes collègues de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le travail en équipe avec d'autres services est efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Satisfaction au travail (cocher en fonction de votre avis)					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je sais clairement ce qu'on attend de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai le sentiment de pouvoir m'exprimer librement dans mon service (dans le respect de la vie des autres et en étant constructif dans la critique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai la possibilité de prendre des initiatives dans le cadre de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis stressé(e) par les objectifs qui me sont fixés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai un véritable intérêt pour les missions qui me sont proposées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression d'exploiter mon potentiel au sein de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis informé régulièrement par l'encadrement (direction, cadres) des décisions et résultats concernant l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Amélioration des compétences (cocher en fonction de votre avis)					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Je suis informé sur les différentes formations auxquelles je peux avoir accès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je peux solliciter des formations qui m'intéressent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les formations dispensées sont de qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
► Encadrement (cocher en fonction de votre avis)					
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai le sentiment d'être reconnu dans mon travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sais quelle doit être ma contribution aux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

objectifs de mon service					
Les moyens d'évaluer mon travail me sont clairement présentés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je bénéficie d'un entretien annuel d'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je reçois régulièrement des informations en retour sur le travail que j'effectue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon supérieur hiérarchique attache de l'importance à mon opinion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le cadre de mon travail, j'ai l'impression d'avoir le droit à l'erreur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai le sentiment d'être autonome à mon poste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Gestion du temps (cocher en fonction de votre avis)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
Mes demandes de congés et de RTT peuvent être respectées (dans le respect des contraintes propres à l'établissement et à mon service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les tâches quotidiennes sont planifiées en fonction d'un planning précis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Conditions de travail (cocher en fonction de votre avis)	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Je ne sais pas
J'ai la possibilité de manger selon mon rythme lors du déjeuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au self les plats sont variés et équilibrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'établissement se soucie de la propreté et de l'hygiène dans les différents lieux de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les moyens mis à disposition pour réaliser le travail sont adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis informé(e) qu'une adaptation des horaires est possible pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je considère que les thèmes amélioration des conditions de travail et de l'environnement au travail sont correctement pris en compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon travail permet de respecter mon équilibre vie privée / vie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

► Sur une échelle de 1 (pas satisfait) à 10 (très satisfait) pouvez-vous indiquer votre niveau de satisfaction global au travail

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Annexe 8 : Observation participante et entretiens lors d'une visite du service de SSRG
(Objectif : mesurer l'impact du plan d'actions QVT)

- **Date et heure** : Mardi 23 mai 2017
- **Durée de la visite** : 2h30
- **Lieu** : Service de SSR gériatrique
- **Contexte et rôle** : Ce compte rendu à été réalisé dans le cadre d'une visite avec la responsable qualité et gestion des risques, afin de préparer l'actualisation du DUERP dans ce service. Ce compte rendu mêle les résultats de l'observation et d'entretiens « à chaud » avec les professionnels rencontrés. La questions posée aux professionnels était : « Rencontrez-vous des empêchements / des difficultés dans votre travail dont vous souhaitez nous faire part ? »
- **Observations générales** : Cette visite m'a permis d'analyser et repérer les décalages entre les discours que les acteurs tiennent sur leurs pratiques et la réalité observable de ces pratiques.

Mon support d'observation a été le tableau ci-après. Il récapitule les principales idées ressortant des entretiens réalisés dans le cadre de cette visite, thème par thème, ainsi que les conclusions que j'en ai tiré dans le cadre de mon évaluation de la démarche.

Thèmes abordés lors des entretiens	AS et 1 IDE en SSRG	IDE en HdJ	Orthophoniste	Cadre de service	Secrétaires	Ergothérapeute
<i>Système d'information</i>	Le logiciel est très lent. Le passage au dossier informatisé en janvier 2017 est vécu comme une contrainte. Le logiciel est laborieux à remplir pour les constantes, il faut sans arrêt faire des validations partielles. On perd du temps sur le relationnel. La wifi n'est pas assez puissante, on ne capte pas sur les charriots.		Quand mon binôme diététicien n'est pas là, un mi-temps n'est pas suffisant. Je suis à 90% en SSRG (HC et HdJ) et en court séjour. Ce sont 2 façons différentes de travailler. Le travail de communication des info est très lourds. Par ex, pour le risques de fausse route. Ce serait bien d'avoir un point d'alerte dans le dossier du patient.			
<i>Organisation du travail</i>	Il y a une AS en moins le weekend et les jours fériés alors que le travail est aussi important.	La secrétaire et le cadre « agissent tout de suite » : la clim mobile est installée quand il fait chaud.		Si il y a ouverture de lits supplémentaires, j'aurais besoin d'un bras droit		
<i>Management de proximité et communication</i>			Il fait trop chaud dans mon bureau. J'ai commandé un frigo pour mettre les aliments avec lesquels je travaille. Je ne sais pas si ça a été commandé ou pas. On m'a dit de voir avec le cadre des paramédicaux, puis à la cadre du service. La communication est difficile avec les soignants et les médecins.			
<i>Conditions matérielles</i>	Il fait très chaud l'après midi, on doit baisser les volets très tôt (vers midi). On met les patients au lit vers 18h. Les tabourets dans la salle de soins sont glissants.	J'aimerais qu'on nous installe un petit frigo et un micro onde pour le repas du personnel.			Besoin d'un porte dossier, d'un fauteuil adapté, d'un réagencement du matériel.	Besoin en fauteuils roulants neufs, matelas à air remonté au cadre paramédical.

Conclusions fondée sur l'observation participante et les entretiens réalisés

AS et 1 IDE en SSRG	IDE en HdJ	Orthophoniste	Cadre de service	Secrétaires	Ergothérapeute
<p>1. Liens entre la qualité des soins (mise au lit, relationnel avec les patients) et les conditions matérielles (chaleur, lenteur du logiciel).</p> <p>2. Manque de moyens humains identifiés, notamment le weekend et les jours fériés</p>	<p>3. Appréciation positive de la réactivité du cadre du service.</p> <p>→ Révèle d'autant plus le fossé entre le « temps institutionnel » et l'urgence du terrain</p>	<p>4. Communication à renforcer entre le cadre de proximité paramédical et ses agents</p> <p>5. Utilisation du logiciel à travailler pour réduire le temps de communication de certaines informations importantes sur le patient.</p> <p>6. Hypothèse fondée sur l'entretien : Manque de connaissance par les soignants du métier d'ergothérapeute ?</p>	<p>7. Dans le cadre de la possible ouverture de lits supplémentaires : besoin d'un renfort en encadrement (ex : IDE référente).</p> <p>8. La cadre de santé s'est approprié la démarche QVT : elle sait quels thèmes y ont été abordés, quelles questions sont en cours de résolution et elle le communique aux agents qui évoquent les sujets (ex : travaux pour volets électriques, commande de fauteuils confort, essai pour roues de chariot différentes...)</p>	<p>9. Les secrétaires ne travaillent pas dans des conditions matérielles optimales.</p>	<p>10. La cuisine thérapeutique est mal entretenue et semble avoir été utilisée par des agents à des fins personnelles (bouteilles de vin ouvertes, pas de plat témoins dans le congélateur...)</p>

MELQUIOND

Claire

Décembre 2017

DESSMS
Promotion 2016-2017

**Le cluster QVT, tremplin vers une politique de qualité de vie au travail
L'exemple du Centre Hospitalier Départemental Stell (92)**

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Résumé :

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) des professionnels de santé « Prendre soin de ceux qui nous soignent » intervient dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques et de mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les enjeux financiers et stratégiques pèsent sur le personnel par les réorganisations qu'ils impliquent. Ainsi, il est apparu nécessaire d'accompagner le changement en recentrant les établissements sur le cœur de leur activité : la qualité des soins et de l'accompagnement des usagers.

Ainsi, douze *clusters* QVT ont été mis en œuvre depuis janvier 2016 par la DGOS, l'ANACT et la HAS, en lien avec les ARACT et les ARS des territoires. La démarche est participative, collective et paritaire. Elle est fondée sur l'échange et l'expérimentation. Sa reconduction en 2017 est révélatrice du succès de la première vague de *cluster* QVT.

Le présent mémoire décrit les éléments à prendre en considération par un Directeur pour mettre en œuvre une politique de qualité de vie au travail au sein d'un établissement. La participation des établissements à un *cluster* QVT s'avère être un tremplin à cette réalisation à différents niveaux. Ces aspects sont détaillés par le biais de l'exemple de la participation du Centre Hospitalier Départemental Stell au *cluster* QVT d'Ile-de-France.

Mots clés :

Cluster – Qualité de vie au travail – Risques psychosociaux – Santé au Travail – Accompagnement au changement – ANACT – Innovation – Expérimentation – Espace de discussion – Participation – Management – Evaluation embarquée – Qualité des soins – Performance – SSR

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.