



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

**La qualité de vie au travail à la lumière
de trois projets**

***Stratégie nationale, projet social du
Centre hospitalier de Brive et projet
« votre métier, notre hôpital »***

Denis ROME

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement Madame Sandrine Berger, maîtresse de stage présente, rassurante et stimulante. Mettre en confiance un élève directeur est le meilleur des premiers pas pour l'aider à faire aboutir ses projets.

Je remercie également Monsieur Vincent Delivet, Directeur Général du Centre Hospitalier de Brive, pour le chef d'établissement passionné, ouvert et formateur qu'il est. Faire confiance à un élève directeur d'hôpital est le meilleur des seconds pas pour le guider dans la mise en œuvre de ses projets.

J'ajoute un grand merci à Monsieur Christian Monzaube, DRH du Centre Hospitalier de Brive qui, outre son soutien comme encadrant de mémoire, m'a fait découvrir les ressources humaines de manières multiples, tant formelles qu'informelles.

Je salue, sans les nommer ici, tous les agents rencontrés au cours de ce stage et dans le cadre du projet « votre métier, notre hôpital ». Je pense ici aux membres de l'équipe de direction, à mes collègues de la DALI (direction des achats, de la logistique et des infrastructures) aux cadres de l'établissement, aux organisations syndicales et aux personnels qui se sont investis sous différentes formes dans ce projet.

Merci enfin à Faustine qui, la première, m'a apporté son aide sur le projet « votre métier, notre hôpital », contribuant à sa transformation d'idée personnelle en projet collectif. Les réussites individuelles se font généralement à plusieurs.

Sommaire

Introduction	1
1 Historique et prémices des trois projets	11
1.1 La QVT, dernière avatar d'une longue tradition	11
1.1.1 Une histoire longue aux ramifications sans cesse grandissantes	11
1.1.2 Une traduction locale historiquement importante	14
1.1.3 Le projet VMNH, une histoire très courte	16
1.2 De la stratégie nationale au projet de terrain	17
1.3 Premières analyses	18
1.3.1 La circulation des idées et mots	18
1.3.2 L'importance d'accepter de se lancer dans un projet	19
1.3.3 Les premiers écueils à éviter	20
2 La mise en œuvre d'un projet, une succession de phases toutes nécessaires et compliquée	21
2.1 Une phase de préparation des projets	21
2.1.1 Une phase stimulante mais risquée	21
2.1.2 La phase de préparation de la stratégie nationale	21
2.1.3 La phase de préparation du projet social	23
2.1.4 La phase de préparation du projet VMNH	24
2.2 Une phase de présentation et de communication	24
2.2.1 Une phase qui intègre de nouveaux acteurs	24
2.2.2 La phase de communication de la stratégie nationale	25
2.2.3 La phase de présentation du projet social	26
2.2.4 La phase de présentation du projet VMNH	27
2.3 Une phase de mise en place et de démarrage	28
2.3.1 Une phase intermédiaire	28
2.3.2 La phase de démarrage de la stratégie nationale	29
2.3.3 La phase de mise en place du projet social	30
2.3.4 La phase de mise en place du projet VMNH	31
2.4 Une phase de mise en œuvre et/ou d'expérimentation	32
2.4.1 Stratégie nationale et projet sociale : une mise en œuvre à venir	32
2.4.2 Le démarrage du projet VMNH	33
2.5 Mettre en œuvre un projet : un double apprentissage	34
2.5.1 L'hôpital, un lieu particulier pour une conduite de projet	34
2.5.2 Mener un projet est un apprentissage accéléré du rôle de manager	36

3	Savoir tirer le bilan d'un projet	39
3.1	Faire un bilan.....	39
3.1.1	Un bilan se prépare dès le début de la mise en œuvre	39
3.1.2	Un bilan implique de regarder en arrière	41
3.1.3	Un bilan prépare toujours la phase suivante	42
3.2	Un premier bilan du projet VMNH	43
3.2.1	Bilan de la mise en œuvre	43
3.2.2	Situation à la fin du stage	45
3.2.3	Une expérience formatrice pour l'élève directeur	46
3.3	Une vision de la QVT et de l'hôpital	47
3.3.1	Une vision qui sous-tendait le projet VMNH dès l'origine	47
3.3.2	Une vision à la fois confirmée, nuancée et enrichie	47
	Conclusion	49
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	53

Liste des sigles utilisés

AS	Aide-soignante
ASQH	Agent des services hospitaliers qualifiés
ANACT	Agence Nationale des Conditions de Travail
ARS	Agence Régionale de Santé
CFDT	Confédération Française Démocratique du Travail
CFTC	Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGT	Confédération Générale du Travail
CHB	Centre Hospitalier de Brive
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CME	Commission médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DRH	Directeur des ressources humaines
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FO	Force Ouvrière
FPH	Fonction publique hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MASS	Ministère des affaires sociales et de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RH	Ressources humaines
RPS	Risques psycho-sociaux
TMNH	Ton métier, Notre hôpital
TMS	Troubles musculosquelettiques
VMNH	Votre Métier, Notre Hôpital

Introduction

1. Contexte

« *Prendre soin de ceux qui nous soignent* ». Le slogan, issu de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, est un bijou de communication¹. Relativement court, il frappe surtout l'esprit parce qu'il joue sur le mot soin, sans doute le mot qui rassemble le plus les acteurs du monde de la santé, et qu'il renvoie à ces professionnels aimés des Français : les soignants². Ce slogan a été dévoilé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (MASS)³ à la fin de l'année 2016, après une période marquée dans le monde de la santé par plusieurs suicides de soignants et de médecins qui ont largement occupé les médias. Ces événements dramatiques ont mis en exergue un mal-être relativement prégnant dans le monde de la santé et notamment dans les hôpitaux.

S'il est malaisé de comparer les périodes et de déceler ce qui relève plus de la montée en puissance d'une problématique que de la prise de conscience collective qui en est faite, il est indéniable que le sujet du mal-être soignant est devenu une thématique majeure. Plus globalement, c'est le ressenti de l'ensemble des personnels intervenant dans les établissements de santé qui fait désormais l'objet d'une prise en compte nouvelle. Cet élargissement de la focale est présent dans la stratégie nationale puisqu'il est écrit que « *son premier volet concernera plus particulièrement les professionnels [...] exerçant en établissements de santé et médico-sociaux* »⁴. Il sous-tend la vision de l'hôpital portée par l'élève-directeur et se retrouve dans le projet « *Votre métier, notre hôpital* » (VMNH) qui sera présenté dans ce mémoire. Cette vision, presque nécessaire pour un agent administratif, est simplement de considérer que l'hôpital est constitué d'une extrême diversité de métiers et que tous ces métiers concourent in fine à produire du soin. Ainsi, le slogan « *prendre soin de ceux qui nous soignent* », peut se lire ainsi pour un directeur d'hôpital : « *prendre soin des professionnels de l'hôpital* ».

« *La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁵. Cette définition célèbre de la santé portée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1946, nous ramène toujours à une notion fondamentale : le bien-être. Or, la recherche du bien-être, tant individuelle que collective, passe par la mise en œuvre ou la protection de conditions de vie susceptibles de permettre d'atteindre ce bien-être. Ainsi, lorsque le ministère parle de « *prendre soin* », il en arrive logiquement à une notion de qualité de vie, notion qui

¹ Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : *Prendre soin de ceux qui nous soignent*, 5 décembre 2016, MASS

² Ifop pour France Soir - Le classement des métiers préférés des Français - Janvier 2011

³ Nous retenons la dénomination du ministère au moment du lancement de la stratégie. Depuis, le 17 mai 2017, cette thématique est portée par le Ministère des Solidarités et de la Santé

⁴ Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : *Prendre soin de ceux qui nous soignent*, 5 décembre 2016, MASS

⁵ Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé du 22 juillet 1946

fonde la stratégie nationale lancée en décembre 2016 et intitulée « *Stratégie nationale d'amélioration de la **qualité de vie au travail*** ». Dès l'introduction est en effet annoncé que « *développer la qualité de vie au travail, c'est donc **améliorer le quotidien des personnes*** ».

Cependant, si la santé nous amène à la notion de qualité de vie au travail (QVT), celle-ci ne se résume pas en revanche, dans le discours porté par le ministère, à un unique objectif de bien-être pour les professionnels. Elle vise, dans le même temps et via cette amélioration de la qualité de vie, une amélioration de la qualité des soins et, pour aller plus loin, à une efficacité du service public de la santé. On peut ici remarquer que les définitions de la QVT qui peuvent exister, diffèrent d'ailleurs largement selon les acteurs qui les portent.

L'OMS définit ainsi la QVT comme étant « ***la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement*** »⁶. Cette définition est largement centrée sur l'individu et sur sa propre santé, sans assigner aucun objectif a priori à la QVT.

Au contraire, la définition de la QVT avancée par le ministère est toute autre : « ***la notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public. L'amélioration de la qualité de vie au travail est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu, organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services*** »⁷. Cette définition, si elle n'exclut pas l'individu, le met à égalité avec un collectif. De plus, elle assigne deux objectifs majeurs à toute démarche de QVT, « *la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public* ». Or, elle ne pose pas le postulat que ces deux objectifs aillent nécessairement et obligatoirement de pair, puisqu'elle affirme qu'il s'agit de les « *concilier* ».

C'est cette définition que nous aurons à l'esprit tout au long de ce mémoire car elle est celle qui, selon nous, s'impose au manager public qu'est le directeur d'hôpital. En effet, la QVT est devenu un élément central du discours managérial à tous les niveaux et dans toutes les sphères. Cette réalité se retrouve largement dans le monde de la santé et notamment au sein de la fonction publique hospitalière avec la stratégie ministérielle lancée en décembre 2016.

⁶ <http://www.who.int/fr/>

⁷ Projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique, 12 janvier 2015, MASS

Or, le ministère met en avant une définition large de la position d'encadrement puisqu'elle englobe « *tout agent qui prescrit, organise et évalue le travail d'un ou plusieurs collaborateurs, ou qui coordonne les agents formant une entité de travail et soutient une équipe de travail* »⁸. Définition d'autant plus large que le texte se poursuit en assignant une responsabilité à l'encadrement « *en termes de pilotage, de soutien technique et de **responsabilité sociale*** et qu'il est considéré ainsi que « *à ce titre, {le cadre} intègre la **qualité de vie au travail** des équipes qu'il encadre **dans ses objectifs*** ».

Le directeur d'hôpital doit donc, s'il accepte cette responsabilité qui lui est assignée, comprendre ce qu'est la QVT pour au minimum la prendre en compte dans son management et, mieux encore, la développer pour ses collaborateurs, les agents de l'hôpital (et lui-même).

C'est justement cette volonté d'accepter cette responsabilité, au cours d'un stage dont l'objectif est de rentrer petit à petit dans ce rôle de manager public, qui fut la porte d'entrée à l'appréhension de la problématique de la QVT par l'élève directeur. Cette porte d'entrée a été franchie avec sous le bras un projet, intitulé alors « *ton métier, notre hôpital* » (TMNH), dont les objectifs peuvent se ramener à ceux décrits par le ministère : améliorer les conditions de travail des professionnels et renforcer l'efficacité du service public hospitalier.

2. Problématique

L'objet de ce mémoire est donc d'abord et avant tout de présenter ce projet professionnel et sa mise en œuvre, initiative portée par l'élève directeur tout au long de ce stage. Cependant, le projet VMNH ne peut s'appréhender que dans un contexte global de mise en œuvre de politiques d'amélioration de la qualité de vie au travail. Aussi, ce projet sera décrit à la lumière de deux échelles différentes et deux projets auxquels il peut se relier :

- l'échelle nationale avec la stratégie nationale QVT développée par le MASS ;
- l'échelle d'un établissement, celui du CHB et la rédaction d'un nouveau projet social menée dans le cadre du futur projet établissement.

L'échelle nationale nous intéresse à deux titres. D'abord parce qu'elle véhicule ou met en avant des notions, et qu'elle produit des prises de positions d'acteurs. Ensuite, parce qu'elle se fixe comme objectif « *de valoriser, de partager et de généraliser les bonnes pratiques (et) de susciter de nouvelles initiatives* »⁹. A travers ce mémoire, il y a donc une volonté de partager avec des professionnels du secteur ce qui est, si ce n'est une bonne pratique, au moins une initiative.

⁸ Projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique, 12 janvier 2015, MASS

⁹ *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : Prendre soin de ceux qui nous soignent*, 5 décembre 2016, MASS

L'échelle établissement présente à son tour un double intérêt. Le premier est qu'elle permet de mettre en contexte l'environnement dans lequel s'est développé le projet VMNH, d'autant qu'il s'est appuyé sur ce moment particulier de l'établissement qu'est la rédaction d'un nouveau projet établissement. Le second intérêt est que ce projet a rapidement eu l'optique d'intégrer ce projet social et donc de le nourrir d'une expérience et d'un outil supplémentaire concret.

Il y a donc, plus ou moins directement et intensément, des liens et des apports entre le projet VMNH et le projet social comme la stratégie nationale, et vice versa.

Décrire et comparer ces trois projets, c'est tenter de broser les convergences et les divergences, notamment concernant la temporalité, les acteurs concernés et les attendus fixés. C'est aussi se demander comment un projet de terrain se nourrit des niveaux supérieurs (échelle établissement, échelle nationale) mais aussi comment et s'il peut, à son tour, les nourrir. En parallèle, présenter une initiative professionnelle induit de faire un retour critique sur le projet, avec autant d'objectivité que faire se peut, tant dans sa conduite que sur les résultats produits.

Nous nous attacherons donc à revenir sur les racines et les prémisses de la QVT (I.1), qui se sont traduites autant dans la stratégie nationale que dans l'initiative VMNH (I.2), dont nous tirerons des premiers éléments de conclusion sur le mode projet (I.3).

Dans un second temps, nous décrirons ces projets à travers différentes phases : la préparation (II.1), la communication (II.2), la mise en place (II.3) et la mise en œuvre à proprement parler (II.4). Sur l'ensemble de ce cycle de vie, nous donnerons quelques éléments d'analyse sur l'apprentissage que représente le mode projet (II.5).

Enfin, nous soulignerons l'importance que revêt un bilan dans le cadre d'un projet (III.1), avant de tirer un premier bilan de l'initiative VMNH (III.2) et des conclusions d'étape que l'élève directeur a pu tirer de cette expérience quant à la notion de QVT (III.3).

3. Présentation des projets

Le terme de projet recoupe de multiples définitions. Le dictionnaire Larousse en recense cinq, dont deux peuvent être retenues ici :

- « *un but que l'on se propose d'atteindre* » ;
- « *une idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes* ».

Dans le monde professionnel, le terme de projet désigne de nombreuses réalités assez éloignées les unes des autres. Dans le cadre de notre mémoire, nous parlerons de projet pour résumer sous un même terme des actions qui, sur un spectre assez large, vont de la définition d'une **vision à long terme** à la

mise en œuvre d'un **ensemble finalisé d'activités et d'actions**. Nous utiliserons donc la notion de projet autant pour parler de la stratégie nationale du ministère, que pour désigner le projet social du CHB ou le projet VMNH. Afin de faciliter la lecture et la comparaison, nous appliquerons (parfois abusivement) certaines notions relatives au mode projet pour chacun de ces trois éléments. Par exemple, nous pourrions parler de chef de projet lorsque nous écrivons sur la ministre de la santé et la stratégie nationale qu'elle porte.

Le terme projet a été retenu car il se différencie du terme de processus. Ainsi, contrairement à un processus, un projet peut se reconnaître par son caractère non répétitif, sa finalité dans le temps et l'absence plus ou moins importante d'expériences antérieures. Ces trois caractéristiques, à des degrés divers, s'appliquent aux trois projets que nous étudierons dans ce mémoire.

De même, nous parlerons de mode projet et de cycle projet. Classiquement, le cycle d'un projet est résumé par le sigle 3C – cadrer, conclure, conduire – qui découpe le projet en trois phases : préparatoire, réalisation et fin de projet. Beaucoup d'auteurs ajoutent une quatrième phase, en amont, généralement qualifiée d'opportunité. Ce découpage est parfaitement opérant lorsqu'il s'agit d'une production livrable telle que la réalisation d'un bâtiment.

Pour les projets qui nous intéressent, ce découpage est moins intuitif mais reste une grille de lecture valable. Nous n'analyserons pas en profondeur l'opportunité de ces projets, mais la première partie sur l'historique correspondra à ce qu'on appelle dans le monde de l'entreprise la définition du besoin. La seconde partie reprendra les deux grandes phases dites préparatoire et de réalisation, avec un redécoupage pour chacune :

- préparatoire → préparation / présentation
- réalisation → mise en place / mise en œuvre

Enfin, la phase dite de fin de projet, se retrouvera dans notre troisième partie à travers l'analyse du bilan de projet.

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (stratégie nationale QVT) a été lancée le 5 décembre 2016. Ce lancement s'est fait lors d'un grand discours prononcé par Marisol Touraine, alors ministre des affaires sociales et de la santé, devant un parterre constitué de directeurs d'administrations centrales, de directeurs généraux d'agences régionales de santé (ARS), de représentants des ordres, des organisations syndicales et des fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP).

C'est donc face au monde de la santé dans son ensemble, que la ministre a présenté la stratégie résumée par le slogan « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* ». Cette stratégie a été présentée

comme une réponse au « *malaise qui s'est exprimé ces derniers mois* »¹⁰. Outre cet élément d'actualité, la ministre a mis en avant les transformations profondes que connaissent par cœur les professionnels et établissements de santé : « *la population vieillit et les pathologies changent. Les durées de séjours diminuent, l'ambulatoire se développe, les exigences de qualité et de sécurité des soins s'accroissent sans cesse, l'exercice professionnel se transforme*¹¹ ». Ces évolutions se font dans un contexte économique contraint, dans une société qui connaît la « *montée des incivilités (et de) la menace terroriste* » et où « *les patients demandent toujours plus : plus d'informations, plus d'accompagnement, plus d'écoute* ».

Face à ces difficultés, l'objectif posé par la stratégie est au minimum de permettre aux professionnels de « *disposer de conditions d'exercice qui [...] permettent de travailler sereinement et correctement* ». Pour ce faire, la priorisation des objectifs politiques du ministère est revue afin de « *faire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé une priorité politique, portée au plus haut niveau* ».

Lors du lancement le 5 décembre 2016, le premier volet de cette stratégie a été décliné. Il concerne les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux. Ce volet comporte dix engagements résumés en trois axes :

- identifier la qualité de vie au travail comme un objectif à part entière de notre système de santé ;
- améliorer concrètement l'environnement et les conditions de travail de chaque professionnel de santé ;
- prévenir les risques psychosociaux et mieux accompagner les personnels dans le changement.

Dans un second discours, en date du 17 mars 2017, madame la ministre a présenté le second volet de cette stratégie, « *consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire [...] qui représentent 95% des libéraux* ». De même que pour le premier volet, trois axes prioritaires ont été retenus par le ministère qui, assez largement, se recoupent avec les trois axes précédents :

- faire de l'amélioration des conditions d'exercice en ambulatoire un objectif essentiel de notre système de santé ;
- assurer la sécurité des soignants exerçant en ambulatoire ;
- améliorer la détection des risques psychosociaux et l'accompagnement des professionnels.

Le projet social au CH Brive

Le CHB est un établissement public de santé qui compte environ 605 lits d'hospitalisation complète et 110 places d'hospitalisation de jour. Il réalise plus de 70 000 entrées par an dont plus de 50 000 venues

¹⁰ Intervention de Marisol Touraine, *Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail*, Lundi 5 décembre 2016

¹¹ Ibid

en hospitalisations de jour et un peu plus de 165 000 consultations. Le secteur MCO enregistre environ 61 000 séjours (900 naissances dans sa maternité de type II en 2015) et on compte globalement plus de 188 000 journées d'hospitalisation complète. L'établissement emploie environ 1810 ETPR dont 1687.5 ETPR pour le personnel non médical et 121.8 ETPR pour le personnel médical (hors internes et faisant fonction)¹².

Dans chaque établissement public de santé, un projet d'établissement doit être rédigé. Prévue par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, cette obligation réglementaire a été modifiée pour la dernière fois par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Aux termes de celle-ci, « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. (...) Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme* »¹³.

C'est la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui a rendu obligatoire l'inclusion d'un volet consacré à la politique sociale. Depuis lors, tout projet d'établissement comporte en son sein un projet social qui « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme* »¹⁴.

Le CHB possède actuellement un projet d'établissement couvrant la période 2013 - 2017. Comme le prévoit la réglementation, la période maximale de cinq ans arrivant à son terme, il doit être rédigé un nouveau projet d'établissement. L'année 2017 (et même 2016) est donc celle de la rédaction du projet 2018 – 2022 qui, comme le précédent et comme le prévoit la loi, contiendra un volet social.

Le projet « votre métier, notre hôpital » (projet VMNH)

Le projet VMNH est une initiative individuelle pensée par l'élève directeur et présentée puis validée à son équipe direction au début de son stage de professionnalisation.

¹² Bilan social, Centre Hospitalier de Brive (2015)

¹³ Article L6143-2 du Code de la santé publique

¹⁴ Article L6143-2-1 du Code de la santé publique

Ce projet se veut un outil à disposition de l'ensemble des agents de l'établissement pour leur permettre de découvrir, sur la base du volontariat, d'autres métiers et/ou service de leur hôpital. La création de cet outil repose sur la conviction que l'ouverture vers les autres et vers leur travail participe d'un plus grand respect entre les agents et d'un plus grand intérêt pour l'outil de travail commun qu'est l'hôpital. Il fait le postulat optimiste que ce respect et cet intérêt renforcés pourraient être en mesure d'améliorer le bien-être au travail des agents.

Plusieurs définitions, que nous utiliserons au cours de ce mémoire, doivent être explicitées :

- agent visiteur : désigne les agents qui, après inscription au projet, ont effectué une journée partagée dans un service accueillant ;
- service accueillant : désigne le service au sein duquel est accueilli un agent visiteur lors d'une journée partagée pour découvrir le service et/ou les métiers qui le composent ;
- journée partagée : désigne les heures au cours desquelles l'agent visiteur se trouve au sein du service accueillant.

Au sein du projet lui-même, un élément mérite d'être présenté à part entière : le livret des métiers du CHB. Ce livret, prévu dès l'origine du projet, avait pour objectif de présenter l'ensemble des métiers présents au sein de l'établissement. Le principe de départ était très simple : pour que les agents puissent partir à la découverte des métiers de l'hôpital, encore fallait-il qu'ils les connaissent. En outre, ce livret, beaucoup plus accessible que la participation au projet lui-même, a une visée pédagogique avouée. L'idée est que, même sans participer au projet, l'on présente et l'on valorise auprès d'un maximum d'agents, même très succinctement, l'ensemble des métiers qui concourent à faire vivre l'établissement et, in fine, à produire du soin.

Ce livret, à l'origine outil essentiel de communication sur le projet VMNH, est devenu un projet presque à part entière. Tout au long de ce mémoire, il apparaîtra donc autant comme un appendice au cœur du projet qu'un corps à part entière avec son cycle de vie propre.

Méthodologie et limites de la recherche

Ce mémoire porte essentiellement sur une initiative portée par l'élève directeur et dont, étant l'initiateur puis le chef de projet, il connaît en profondeur l'ensemble des éléments. Si cette connaissance du projet est un atout pour le décrire et l'analyser, il y a en contrepartie, un risque de manque de scientificité puisqu'il s'agit essentiellement d'un retour d'expérience et de ressentis personnels. De même, le bilan qui sera fait du projet ne pourra pas se prévaloir d'une objectivité complète, objectif inatteignable lorsque l'on traite d'un objet dont on est soi-même partie prenante.

Sur le projet social du CHB, le mémoire s'appuie sur différents documents internes ainsi que sur des réunions auxquelles a participé l'élève directeur et de travaux qu'il a mené à la demande de son chef d'établissement.

Sur la stratégie nationale d'amélioration de la QVT, les travaux se nourrissent essentiellement de documents institutionnels et d'articles de presse. Le niveau de connaissance du dossier, notamment la face invisible de construction est donc presque inconnue, à l'inverse des deux autres projets. Le mémoire aurait sans nul doute gagné en intérêt si des rencontres et entretiens avaient pu être menés avec les acteurs ayant participé à la rédaction de cette stratégie nationale ou aux travaux d'agences tels que l'ANACT ou l'HAS.

Ce mémoire cherche à mettre en lumière les différences de temporalité. Il est indéniable que le temps du stage est ici une limite majeure au travail mené. En effet, le projet social décrit ici n'est pas encore rédigé définitivement et sa mise en œuvre n'a pas encore débutée. De la même manière, les effets du lancement de la stratégie nationale et les suites qui vont lui être données dans les années à venir ne peuvent pour l'instant qu'être supputés et en aucun cas étudiées. La comparaison entre les trois projets ne sera donc que partielle.

Cette limite permet de souligner l'objectif réel de ce mémoire : non pas décrire en profondeur trois projets mais analyser la mise en œuvre d'un projet mené par un élève directeur en le repositionnant dans un cadre plus large, que ce soit au niveau de son établissement ou au niveau national.

1 Historique et prémices des trois projets

Chacun des trois projets qui nous occupent dans ce mémoire, possède une histoire propre et des prémices aux ramifications plus ou moins longues. S'intéresser à ces histoires, c'est déjà commencer de présenter, d'expliquer voire d'analyser ces différents projets (1.1).

Mais, à travers chaque histoire prise séparément, il est aussi possible de repérer les premiers liens comme les premières différences (1.2). De plus, mettre en mots la genèse d'un projet professionnel doit aussi permettre de tirer de premiers enseignements, non pas sur le projet lui-même que sur le mode projet en général, dans une optique de futur directeur d'hôpital (1.3).

1.1 La QVT, dernière avatar d'une longue tradition

1.1.1 Une histoire longue aux ramifications sans cesse grandissantes

La QVT s'insère dans une histoire longue. L'objet du mémoire n'est pas de faire une analyse détaillée et exhaustive de cette histoire. Mais, pour comprendre ce que l'on désigne aujourd'hui à travers cette notion et les positions des différents acteurs sur le sujet, il faut broser à grands traits les racines de la QVT.

Lorsque l'on remonte le temps, on découvre combien l'amélioration des conditions de travail est consubstantielle du travail lui-même. Cette réalité de l'histoire, notamment de celle du monde du travail depuis l'ère industrielle, se retrouve dans le monde de la santé, au sein duquel se trouvent les hôpitaux.

La QVT, dans les établissements de santé comme ailleurs, s'inscrit ainsi dans une histoire large et ancienne qui est celle de toutes les luttes sociales et de toutes les avancées sociales. On pense ici à l'ensemble des textes sur la réduction du temps de travail, à la création des congés payés ou encore à la définition de salaires minimums. De même, cette histoire se raccroche à toute la mise en œuvre d'une protection des salariés face aux problématiques de santé et sécurité au travail. C'est ainsi que furent rendus obligatoires les comités d'hygiène et de sécurité en 1947, année de création de la médecine du travail, devenus après la loi du 23 décembre 1982, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Dans la fonction publique, la protection des salariés – des agents ou des fonctionnaires – s'est traduite par la création de statuts. Les professionnels des établissements publics de santé sont ainsi, dans leur grande majorité, protégés par le statut de la fonction publique hospitalière¹⁵ qui se rattache au statut plus général de la fonction publique¹⁶.

Jusque-là, il s'agit alors d'approcher le travail dans sa dimension collective et de répondre par des outils et par des normes à des problématiques ou à des demandes exprimées par les salariés ou la société.

¹⁵ [Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière](#)

¹⁶ [Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires \(loi Le Pors\)](#)

Dans les années 1960 et 1970, une approche plus individuelle et plus théorique va s'ajouter dans le domaine. Celle-ci s'inspire des travaux précurseurs d'Eric Trist, qui met en lumière les limites du taylorisme et qui défend l'idée que l'efficacité au travail est intimement liée à la QVT. Par la suite, plusieurs chercheurs mettent en évidence la large palette des besoins et des facteurs de motivation des salariés. On retrouve ici des auteurs tels qu'Abraham Maslow et sa fameuse pyramide des besoins, ou Frederick Irving Herzberg et sa théorie des besoins et des motivations.

Dans cette période, deux événements rapprochés montrent qu'un tournant théorique et pratique s'est opéré. En 1972, lors d'une conférence à New York, le terme de QVT est pour la première fois utilisé par un groupe de chercheurs qui tentent de la définir. Pour ce faire, ils retiennent quatre aspects : intégrité physique, intégrité psychique, développement du dialogue social et équilibre vie au travail et vie hors travail. Pour l'essentiel, ces quatre aspects embrassent presque complètement les définitions actuelles de la QVT. L'année suivante, en 1973, est créé l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT). Cet établissement public administratif, composé de délégations régionales (les ARACT) et rattaché au ministère du travail, a pour mission de conduire « *des actions visant à agir sur les éléments déterminants des conditions de travail, notamment l'organisation du travail et les relations professionnelles, en vue de leur amélioration* »¹⁷. Avec la création de cette agence, l'approche évolue : il s'agit désormais de mener une action proactive sur tout élément qui pourrait être en mesure d'améliorer les conditions de travail des salariés.

Il faut remarquer que le terme sémantique retenu est bien celui de conditions de travail et non de qualité de vie au travail. La distinction est importante car elle rappelle que l'amélioration des conditions de travail, dans l'esprit des politiques publiques, vise tout autant les salariés que l'entreprise. Ainsi l'objectif de l'ANACT est bien de « *concilier durablement qualité de vie au travail et performance économique* »¹⁸. On observe que dans cette acceptation, la QVT n'intègre pas la performance économique. Un glissement s'est donc opéré puisque, dans la définition du ministère (cf. Introduction), la QVT inclue la qualité du service rendu, équivalent administratif de la performance économique dans le secteur privé.

Depuis les années 1970, existe donc une volonté de travailler concrètement sur tous les éléments dont on considère qu'ils influent sur les conditions de travail et de vie des professionnels. Or, la nature et le nombre de ces éléments n'a fait, depuis lors, que croître. Sans détailler l'histoire de chacun de ces éléments, on peut remarquer que chaque période est marquée par la mise en avant d'une nouvelle thématique.

Il en fut ainsi de la lutte contre les discriminations en tout genre, qu'elles portent sur la couleur de peau, sur le handicap ou encore sur le sexe. Ce dernier point s'est traduit par une volonté d'aboutir à une égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Or, du fait des réalités sociétales, ceci a

¹⁷ Décret n° 2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

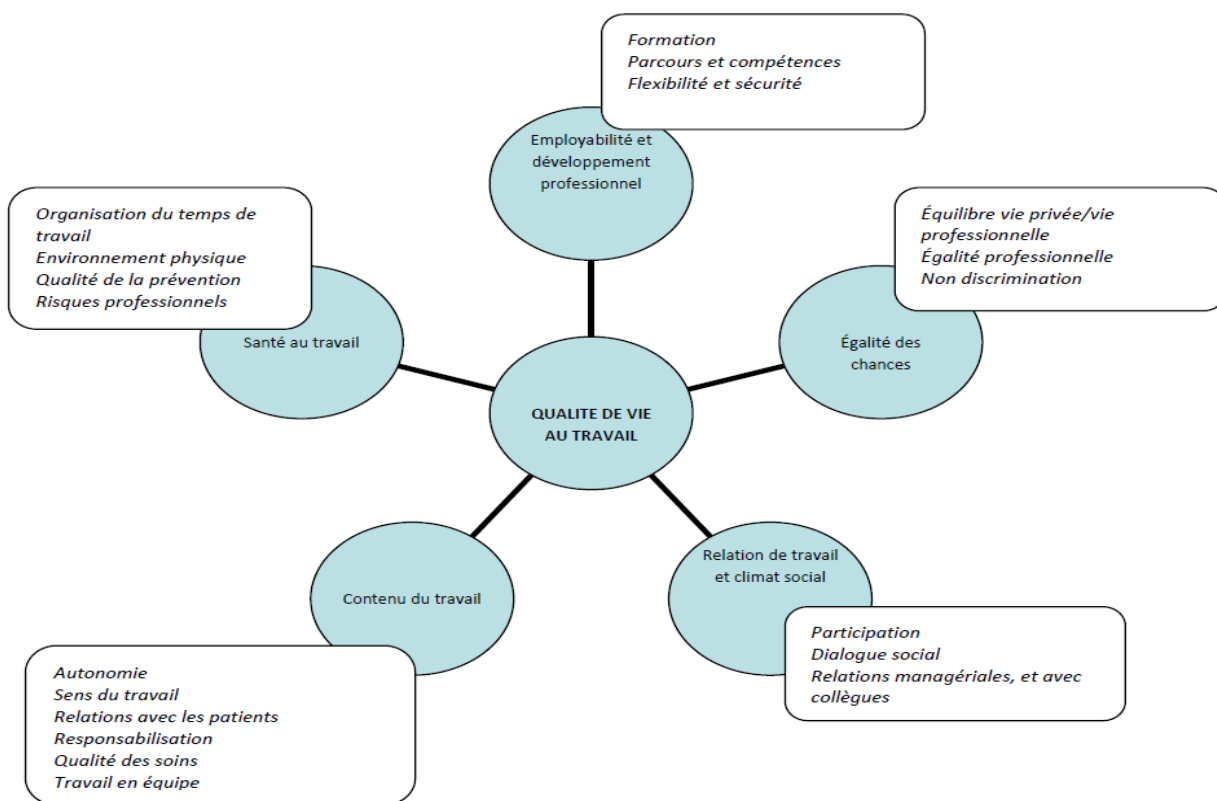
¹⁸ <https://www.anact.fr/lanact/qui-sommes-nous>

conduit à se pencher sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, ouvrant ainsi tout un nouveau champ d'action pour l'amélioration de la QVT.

L'environnement de travail fut à son tour un élément majeur du discours sur les conditions de travail. S'il a d'abord signifié une réflexion sur l'environnement physique du travailleur, un glissement s'est opéré et les années 2000 ont vu l'arrivée sur le devant de la scène d'une nouvelle problématique (comme objet d'action) et d'un nouveau concept : les risques psycho-sociaux (RPS). Notion largement discutée, elle désigne les « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* »¹⁹. En pointant l'ensemble des risques qui peuvent détériorer la santé, cette définition a élargi considérablement le champ de la QVT dont l'un des éléments est justement de prévenir les RPS.

La notion de QVT s'inscrit donc dans une histoire longue, faite de sédimentations multiples, ce qui lui donne ses caractéristiques actuelles, à savoir son caractère protéiforme et son environnement intellectuel très large.

Cet environnement, de par sa largeur, peut intégrer une infinité de thématiques et de notions. Dans le cadre de ce mémoire, nous reprendrons les thèmes retenus par l'ANACT dans le champ de la santé et que l'agence a résumés à travers cette fleur conceptuelle :



¹⁹ Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 11 avril 2011
 Denis ROME - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2017

Un élément apparaît dans cette fleur : la qualité des soins. Le lien QVT et qualité des soins mériterait de plus amples développements tant ce sujet est passionnant. Nous ne mentionnerons qu'une citation tirée de la HAS : « *de nombreuses études (...) suggèrent l'existence de liens complexes entre le climat organisationnel et/ou certains types de management et d'autres éléments tels que la satisfaction au travail ou la sécurité des soins* ²⁰ ». Ce lien de causalité devra se traduire dans des projets novateurs au sein des établissements de santé.

Outre l'intérêt de ce lien en lui-même, il faut souligner qu'il a conduit à l'entrée d'un acteur majeur du monde de la santé dans le domaine de la QVT : la HAS. Au début des années 2010, un important travail en collaboration avec l'ANACT a été mené.

Ce travail s'est traduit par l'intégration par la HAS de la QVT dans la certification des établissements de santé. Processus à part entière d'une démarche qualité, la QVT est l'un des vingt-et-un processus que doivent suivre chaque établissement de santé et pour lesquels ils doivent désigner un référent. Preuve de l'importance du sujet, la QVT est intégrée de manière systématique au périmètre de la visite des certificateurs²¹.

La HAS fait également le lien avec un autre nouveau thème de la version 2010 de son guide de certification : le développement durable. Selon la haute autorité, « *la promotion des démarches qualité de vie au travail est une composante* » du développement durable.

On comprend donc que, plus que la fleur de l'ANACT, la QVT ressemble à un rhizome dont il est difficile de savoir où s'arrêtent les racines.

1.1.2 Une traduction locale historiquement importante

Cette histoire longue au niveau national, se retrouve en miroir au niveau local. Comme l'on mentionnait plusieurs directeurs d'hôpital du CHB, les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) existent depuis les années 1970. Le CHB dispose actuellement d'un CLACT, dont la dernière version a été validée en 2015. Comme la majorité des CLACT élaborés dans les années 2010, il concerne essentiellement la prévention des TMS et des RPS²². On pourrait, à force de recherches, retracer des éléments concernant l'amélioration des conditions de travail depuis des décennies voire des siècles au CHB.

Cependant, nous nous limiterons à un retour sur les quinze dernières années. Cette période, que l'on peut faire débuter à l'hôpital de Brive en 2002 avec la rédaction du projet d'établissement 2003 – 2007,

²⁰ Guide de visite sur la qualité de vie au travail - A destination des experts-visiteurs, p.3

²¹ Guide de visite sur la qualité de vie au travail - A destination des experts-visiteurs, p.3

²² http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_Clact.pdf

correspond à l'évolution réglementaire ayant rendu obligatoire l'insertion d'un projet social au sein du projet d'établissement (cf. introduction).

Le projet d'établissement 2003 – 2007 comportait un projet social à part entière. La méthodologie de rédaction de celui-ci montre qu'il n'y a eu que peu d'évolution : pilotage par la direction, présentation aux instances, mise en place de groupe de travail autour des organisations syndicales et d'agents représentatifs, rédaction du projet, validation par les instances, présentation au personnel. Les organisations syndicales représentatives présentes à cette époque sont les mêmes que celles présentes aux élections professionnelles de 2014 : Confédération général du travail (CGT), Confédération française démocratique du travail (CFDT), Force ouvrière (FO), Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC).

Ce projet social était organisé autour de cinq thèmes, tels que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ou l'évaluation individuelle. Le thème n°2 s'intitule « L'amélioration des conditions de travail ». Il est écrit en préambule que « *l'amélioration des conditions de travail est un domaine particulièrement vaste touchant (...) la qualité de vie au travail* ». La notion est donc déjà présente. Parmi les cinq propositions, on trouve un point sur l'accueil des nouveaux arrivants. Ce sujet est encore à l'ordre du jour pour le projet social à venir.

Le projet social 2013 - 2017 était organisé lui-aussi autour de cinq thématiques. Les conditions de travail apparaissent cette fois-ci en premier point, sous l'intitulé « Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail ».

Ce dernier point est traité de manière succincte, avec moins d'une demi-page, dans la sous-rubrique « Poursuivre l'amélioration des conditions de travail ». La continuité est donc clairement mise en avant. On trouve d'ailleurs, parmi les quatre objectifs cibles, l'amélioration de « *l'intégration des nouveaux embauchés et leur formation initiale* ». Preuve de l'importance de ce sujet, on le retrouve dans la quatrième partie du projet social, intitulée « Valoriser l'établissement et le travail des professionnels » et dont la première sous-rubrique vise à « Accueillir et intégrer les nouveaux professionnels ». Ce thème, déjà présent dans le projet 2003 -2007, est encore l'une des priorités retenues pour le projet 2018 – 2022.

En revanche, la notion de QVT n'apparaît pas clairement dans ce projet social. En 2012, l'environnement intellectuel pousse encore à structurer les projets sociaux autour de la prévention des risques, la lutte contre les RPS, en mettant en avant le rôle du CHSCT et du DUERP. Pourtant, tous les thèmes visés dans ce projet social, que ce soit la prévention des risques ou l'intégration de personnel en situation de handicap, la GMPC ou le développement professionnel continu, entrent sans difficulté dans la fleur de l'ANACT qui les rassemble sous une notion unique : la QVT.

Il est intéressant de remarquer comment un thème peut évoluer dans le temps, que ce soit dans la sémantique utilisée, dans son niveau de priorisation ou encore dans les problèmes qu'ils pointent et les solutions qu'ils apportent. L'analyse des projets d'établissement montrent combien la QVT est en train

de prendre une place prépondérante dans le vocabulaire, autour d'une notion non pas nouvelle nouvelle mais qui élargit le champ de la problématique et donc la variété des réponses imaginables. Pour autant, on observe tout de même une grande continuité dans les thématiques des projets sociaux, continuité à laquelle ne déroge pas la thématique sur l'amélioration des conditions de travail.

On repère ici un premier élément de correspondance entre les différentes échelles. Sans tomber dans le sempiternel débat de la poule et de l'œuf, on peut observer que l'échelon national est généralement le promoteur de thématiques nouvelles ou de sémantique renouvelée. Sans doute, ces thématiques s'inspirent de sujets qui traversent plus largement la société ou le monde du travail, et/ou d'expérimentations réalisées à l'échelon local. Mais, quoi qu'il en soit, le fait qu'une thématique soit reprise ou développée au niveau national va influencer largement sur les discours et les actions au niveau local.

1.1.3 Le projet VMNH, une histoire très courte

Le 13 avril 2016 s'est tenu, à l'hôpital de Brive, une réunion comme il s'en tient tous les jours dans tous les hôpitaux. L'objet de cette réunion était de faire discuter des aides-soignantes (AS) et des agents qualifiés des services hospitaliers (ASQH) affectés au service du bio-nettoyage. Cette réunion se plaçait dans un contexte de réorganisation du service de bio-nettoyage avec une évolution du découpage des équipes d'ASQH. A travers cette réunion, en présence des cadres et de la directrice en charge de ce secteur, l'objectif était de discuter de l'organisation entre AS et ASQH suite au nouveau mode de fonctionnement du bio-nettoyage.

Au cours de cette réunion, plusieurs intervenants ont fait état de l'amélioration du travail entre équipes grâce aux discussions menées pour faire partager les deux corps de métiers. D'autres problématiques restaient existantes et pourraient être solutionnées, au moins pour partie, par une meilleure connaissance par chaque secteur, du travail et des contraintes de l'autre secteur.

Ce fut au cours de cette réunion, qu'est né l'embryon d'idée qui deviendra par la suite le projet VMNH. La réflexion partait du constat simple et bien connu de nombreux professionnels : le travail et l'organisation des tâches serait grandement facilité si chacun connaissait le fonctionnement et les contraintes de ceux qui interviennent en amont et en aval dans des processus communs.

Le point de départ du projet fut donc de penser et créer un outil qui permettrait à chaque agent de passer un temps donné à suivre un autre agent dont le métier implique qu'il intervienne sur une même chaîne de tâches. L'objectif était alors que, à travers cette (meilleure) connaissance des métiers en aval et en amont, chaque agent modifie dans la mesure du possible sa manière de réaliser certaines tâches afin de faciliter le travail à d'autres agents. Lorsque cela n'est pas possible, l'idée était alors que l'échange permette à chacun de prendre conscience des contraintes et injonctions subies par les autres

corps de métiers afin de limiter les a priori et les incompréhensions sur leurs modalités de travail ou sur leur efficacité.

En parallèle de cette réflexion, l'élève-directeur poursuivait son stage de découverte de l'hôpital. Rappelons que ce stage de découverte consiste à intégrer un service ou suivre un agent sur un temps court (1/2 journées à 3 jours). Au cours de ces immersions, de nombreux échanges avec des professionnels ont montré combien cette possibilité de découverte était à la fois une chance intellectuelle mais aussi une modalité inestimable de découverte du fonctionnement d'un hôpital et de ses processus. Plus encore, le plaisir généralement ressenti par les agents à présenter leur service et à expliquer leur métier, ont prouvé tout l'intérêt de ce stage de découverte.

Il est donc apparu peu à peu combien pourrait être intéressant un outil qui permette, non pas uniquement aux élèves directeurs ou à tout autre stagiaire, mais à l'ensemble des agents, de réaliser ces découvertes pour avoir une meilleure compréhension de l'hôpital.

A la fin du stage de découverte, les grandes lignes du projet étaient donc dessinées. A travers recherches et discussions, il sembla qu'un tel projet n'avait rien de neuf dans ses réflexions et dans ses principes. Plusieurs hôpitaux, comme d'autres administrations ou entreprises privées, avaient déjà mis en place de tels échanges.

Mais deux éléments semblaient relativement nouveaux en comparaison des expériences déjà existantes. Le premier élément était de réfléchir un outil à l'échelle de l'hôpital, alors que de nombreuses expériences s'étaient organisées au sein d'un service, d'un pôle ou à l'intersection de plusieurs métiers. Le second élément était de créer un projet dont l'un des axes serait de permettre des temps de découverte sans objectif direct en termes d'organisation du travail, mais avec la simple volonté d'offrir la possibilité de mieux connaître l'hôpital à ceux qui le font vivre quotidiennement.

Fin avril 2016, il restait donc à l'élève-directeur à mûrir et coucher sur papier son projet, afin de le présenter lors de son retour au CHB pour le second stage hospitalier.

1.2 De la stratégie nationale au projet de terrain

Si l'histoire est longue et les prémices toujours difficiles à cerner avec justesse, le lancement de la stratégie nationale est plus facile à circonscrire. Le 5 décembre 2016, date du discours de Madame Touraine, marque le point de départ officiel de cette stratégie nationale.

Ce lancement national va se télescoper avec des calendriers locaux mais va aussi influencer des positionnements au sein des établissements. Au CHB, l'année 2017 est celle de la rédaction du nouveau projet d'établissement 2018 – 2022. Dans ce cadre, en écho au discours national, le choix se confirme de mettre en avant la QVT et d'en faire le pivot du futur projet social. Nous le verrons par la suite (cf. partie 2), le calendrier local avait démarré avant même ce discours ministériel. Mais l'on peut imaginer que ce choix ne relève pas du hasard mais plutôt d'une anticipation, d'autant plus juste que la stratégie

nationale comportera comme cinquième engagement « *que chaque projet social d'établissement intègre systématiquement un volet dédié à la qualité de vie au travail* ».

Au CHB, les thèmes associés à la QVT ont été annoncés par le Directeur général en s'inspirant de travaux nationaux. Le lien entre les réflexions menées au niveau national et le travail mené localement dans les établissements est ici évident. En effet, lorsqu'un dossier sera remis à l'élève directeur pour qu'il réfléchisse à la mise en œuvre concrète d'une stratégie QVT dans l'établissement, ce dossier comportera des travaux de l'ANACT et articles de journaux sur la stratégie ministérielle.

Il y a donc bien une circulation entre les différentes échelles, ici de manière plutôt descendante. Sans faire une « *sociologie de l'action organisée* »²³, il ne s'agit pas ici de laisser penser qu'au niveau des établissements, les directives ministérielles sont suivies uniformément. Ainsi, parmi les thèmes proposés par l'ANACT et les engagements annoncés par le ministère, le chef d'établissement va reprendre ou prioriser ceux qui lui semblent les plus opportuns à travailler dans son hôpital.

Le projet mené par l'élève directeur s'inscrit indirectement dans ce calendrier. En effet, le calendrier du projet est d'abord et avant tout lié à la temporalité propre à la formation de directeur d'hôpital. Si, nous le montrerons, les discours nationaux et le projet d'établissement vont influencer sur le projet, le calendrier sera essentiellement organisé autour du stage de l'élève directeur, c'est-à-dire entre le 1^{er} janvier et le 31 août 2017.

1.3 Premières analyses

1.3.1 La circulation des idées et mots

Il existe une circulation des idées, des sémantiques. Ainsi, en toute honnêteté, il est peu probable que l'élève-directeur aurait utilisé la notion de QVT s'il avait présenté un tel projet quelques années auparavant. Il aurait mis en avant ce qu'il avait d'abord et avant tout en tête : une foi dans la curiosité, dans l'utilité de comprendre et de connaître son environnement, dans l'envie que chaque agent puisse s'imprégner de la diversité d'un hôpital et en tirer un sentiment de fierté voire d'identité. La QVT est donc un élément de langage qui, s'il n'est pas plaqué de manière artificielle et d'abord utilisé comme un argument ou comme une facilité pour se faire comprendre.

Preuve supplémentaire de l'influence des discours nationaux et de la littérature qui peut exister dans un domaine, le lien mis en avant entre QVT et qualité des soins (cf. annexe 13) dans le projet VMNH, a une filiation évidente avec le travail mené par la HAS. Ce lien permet en outre de mettre en avant un élément

²³ *L'acteur et le système*, Michel Crozier et Erhard Friedberg, Paris, Le Seuil, 1977

fondamental pour de nombreux agents et essayer ainsi de les « accrocher » et de trouver des relais et des soutiens.

En effet, un projet de terrain est d'autant plus facile à proposer qu'il s'appuie sur une thématique porteuse et qu'il entre en résonance avec une démarche plus globale. De la même manière, les établissements de santé mettent en avant des thèmes et des éléments de langages qu'ils savent chers à leur tutelle ou à leurs partenaires, lorsqu'ils souhaitent faire avancer un projet ou obtenir des financements.

Cependant, il faut être vigilant car, en se raccrochant à un thème, on embarque avec soi tous les a priori, les jeux d'acteurs et les luttes qu'ils impliquent. Nous le verrons, présenter un projet social ou le projet VMNH en le raccrochant à la QVT, induit automatiquement des discussions et débats qui ne vont pas porter uniquement sur les projets eux-mêmes mais, plus largement, sur ce qu'est ou devrait être la QVT.

1.3.2 L'importance d'accepter de se lancer dans un projet

Ce projet a permis à l'élève-directeur de tirer des leçons que beaucoup trouveront sans doute d'une banalité affligeante car marquées du sceau du bon sens et qui constituent le minimum requis pour un cadre.

Cependant, il n'est peut-être pas inintéressant de reconnaître ce que l'on a appris et de le partager, notamment pour les futurs collègues qui se trouveront dans des situations comparables.

Deux leçons essentielles ont été comprises avant même que le projet ne soit définitivement lancé, c'est-à-dire après la première présentation faite en réunion de direction.

La première de ces leçons confine à l'adage : il ne faut pas hésiter à se jeter à l'eau. Ce principe est vrai pour tout élève-directeur, mais on peut l'élargir aux directeurs en postes et même à l'ensemble des agents. Cette leçon doit aussi être replacée dans le contexte de la formation d'un élève-directeur. Découvrant un nouveau positionnement et/ou découvrant l'hôpital lui-même, il peut se sentir illégitime pour proposer des actions qui lui sembleraient améliorer le fonctionnement de cette complexe administration. En position de formation, il peut se limiter à une attitude passive d'apprentissage avec l'idée que son rôle évoluera dans le temps : apprendre aujourd'hui, entreprendre demain. Se lancer dans un projet, c'est d'abord accepter (pour soi-même comme pour les autres) que toute personne est légitime pour proposer une idée et qu'il s'agira ensuite de laisser le collectif et les personnes compétentes déterminer si la proposition mérite d'être retenue et la suite à lui donner. En ce sens, ce serait presque une faute de ne pas partager une idée pour un professionnel. Se lancer dans un projet, c'est ensuite reconnaître que la mise en action est une forme incontournable d'apprentissage, d'autant plus pour celle ou celui qui sera demain en position de direction.

La seconde leçon retenue est la suivante : au moment de se lancer, il faut présenter un projet à la fois ficelé et cohérent mais garder une certaine souplesse et accepter que des évolutions vont être

apportées par différents acteurs au fur et à mesure. Ce juste milieu est indéfinissable a priori puisqu'il dépend de la nature de chaque projet et des acteurs en présence. Mais il faut tout de même garder à l'esprit cette volonté d'équilibre entre d'un côté un projet trop corseté et qui ne peut plus respirer face aux réalités et, de l'autre, une idée floue dont on ne pressent pas une possible réalisation par manque de consistance.

1.3.3 Les premiers écueils à éviter

Ces deux premières leçons sont essentielles car elles doivent permettre d'éviter des écueils que peut tout connaître tout professionnel qui se lance dans un projet.

Le premier de ces écueils serait de tomber dans l'excès de sur-préparation des projets qui ne permettrait pas d'atteindre la phase de mise en œuvre. Il existe plusieurs solutions pour limiter ce risque. On peut se fixer une date limite pour présenter le projet, la difficulté étant alors de se tenir à ses propres règles. Une seconde solution, qui peut être complémentaire, est d'annoncer le projet afin de s'obliger à la présenter pour respecter l'annonce que l'on a soi-même faite.

Le second écueil à éviter est de ne pas accepter et ne pas avoir la modestie de comprendre que nous donnons naissance à un bébé. Or, si nous lui donnons naissance, avec le temps ce bébé va grandir et évoluer grâce aux rapports qu'il entretient avec son milieu et ses congénères. Ce projet ne peut pas (ne doit pas) être l'image exacte et originelle de son géniteur.

Plutôt qu'une statue de marbre, un David majestueux et imposant, un projet doit d'abord être une poterie faite de mélange d'idées dont la forme, qui se dessine, reste encore imprécise au moment où elle sort de l'atelier. A partir de cette forme brute, cet objet dont l'histoire ne fait que débiter, le travail de mise en œuvre va pouvoir se réaliser, phase par phase.

2 La mise en œuvre d'un projet, une succession de phases toutes nécessaires et compliquée

Tout projet est une succession de phases, plus ou moins faciles à découper théoriquement mais qui, dans la pratique, non contentes de se sédimenter, sont aussi l'objet de chevauchements, de boucles et de glissements.

Malgré ces limites, on peut essayer de décrire des projets à travers de grandes phases afin d'analyser leurs cheminements (cf. Introduction).

Le découpage retenu est le suivant : une phase de préparation des projets (2.1), à laquelle succède une phase de présentation et communication (2.2), puis une phase de mise en place (2.3), avant la mise en œuvre au sens strict (2.4). L'ensemble de cette mise en œuvre, au sens large, est extrêmement formatrice pour un futur directeur (2.5).

2.1 Une phase de préparation des projets

2.1.1 Une phase stimulante mais risquée

La phase de préparation est la plus stimulante intellectuellement car on se sent ingénieur social et que l'on crée. Ce travail, nous l'avons dit, est d'autant plus risqué qu'il est solitaire.

Pour ne pas tomber dans ce travers, plusieurs voies peuvent être empruntées. Il faut, une fois l'idée en tête, la partager. Il faut demander des regards extérieurs qui poseront sur le projet un œil neuf et qui ne manqueront pas de voir les imperfections et les manques. Partager le projet permet aussi de trouver des personnes qui participeront à sa préparation et ajouteront des éléments qui renforceront le projet. Il convient aussi de regarder ailleurs, afin de gagner du temps en ne réinventant pas l'existant, de s'inspirer de solutions déjà imaginées et d'anticiper des difficultés déjà rencontrées par d'autres.

Cette phase est essentielle non pas dans la réussite du projet, mais dans sa naissance même. Toute erreur lors de cette phase risque de peser tout au long du projet mais surtout de se traduire par un rejet dès le début de la phase suivante, c'est-à-dire la phase de communication et présentation.

2.1.2 La phase de préparation de la stratégie nationale

La stratégie nationale s'est construite dans l'environnement intellectuel du travail mené par la HAS et l'ANACT. Mais elle s'est d'abord voulue une réponse globale ou un nouveau souffle donné aux travaux menés de lutte contre les RPS et les TMS.

Cette stratégie nationale avait opté à l'origine pour une autre voie juridique et politique. La ministre de la santé a d'abord cherché la signature d'un accord-cadre par les organisations syndicales représentatives. Cette option avait été retenue au plus haut niveau politique, puisqu'elle avait fait l'objet d'une communication en conseil des ministres le 27 août 2014, dans le cadre plus global des négociations sociales.

La communication prévoyait en effet que « *s'agissant de la fonction publique, l'agenda social de la rentrée 2014 sera marqué par la conduite de deux négociations portant sur l'avenir de la fonction publique et la qualité de vie au travail* »²⁴. Sur le second point, les thématiques et l'objectif étaient fixés : « *la négociation sur la qualité de vie au travail [...] permettra d'aborder, dans un accord cadre, les questions relatives à l'organisation du travail, la mise en place de démarches participatives et collectives autour de projets de service et le développement de démarches locales d'amélioration des conditions de travail ainsi que de consacrer un droit d'expression des agents* »²⁵.

Le ministère de la décentralisation et de la fonction publique va donc engager à l'autonome 2014 la rédaction et à la négociation d'un accord-cadre sur la thématique de la QVT. Le 12 janvier 2015, après plusieurs mois de travail, un projet d'accord-cadre est présenté. Il est soumis à l'approbation des neuf organisations syndicales représentatives de la fonction publique. Dès le mois de février, la réussite de cet accord semble en suspens²⁶. Pour ce faire, l'accord-cadre doit réunir la signature d'organisations syndicales représentant au moins 50% des voix aux dernières élections professionnelles. Finalement, quatre organisations syndicales (CGT, FO, FSU et Solidaires), représentant 56% des voix, rejettent le projet. Mais, pour ces organisations syndicales, ce n'est pas tant « *par opposition au texte lui-même (que) pour des raisons liées au contexte social actuel* »²⁷.

Suite à l'échec de ce projet, mais au vu du consensus sur l'importance de cette thématique, le MASS va donc reprendre, pour son département ministériel, le flambeau. Ce choix peut s'expliquer autant par un contexte profond, les difficultés au sein du monde hospitalier, que par une actualité dramatique, les suicides de médecins et d'infirmiers en une des journaux à l'été 2016.

Le MASS va donc plancher sur une stratégie nationale. Ce moyen juridico-politique, à l'inverse d'un accord-cadre, ne nécessite pas de signature par les partenaires sociaux ce qui évitait de renouveler l'échec précédent. En revanche, il va reprendre des thématiques et des points discutés, négociés et amendés par et avec les représentants syndicales. Ainsi, le projet d'accord-cadre prévoyait, comme mesure n°8, de « *mettre en place, pour les agents en position d'encadrement, des parcours de formation, des échanges entre pairs et tout dispositif permettant de développer les compétences d'encadrement* ». La stratégie nationale prévoit elle, comme engagement n°9 de « *mieux accompagner*

²⁴ <http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-08-27/les-negociations-sociales-du-second-semester>

²⁵ Ibid.

²⁶ <http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20150206-dialogue-social-les-syndicats-peinent-a-s-accorder>

²⁷ <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150304-dialogue-social-le-projet-d-accord-cadre-sur>

les cadres dans leurs activités de management » avec comme moyen : « *généraliser le co-développement, le coaching et le mentorat* ».

Le ministère s'est donc inscrit dans un travail, certes non pas paraphé, mais co-élaboré avec les partenaires sociaux. Ce qui permettra à la ministre de dire, au moment de sa présentation: « *cette stratégie, je l'ai voulue participative. Elle l'a été dans sa préparation, elle le sera dans son déploiement* »²⁸.

Dans ce cas, la phase de préparation n'a pas abouti dans le sens imaginé au départ par les porteurs du projet. Cela induit un décalage dans le temps, puisque la stratégie ne sera présentée que fin 2016 alors que le projet d'accord-cadre, présenté en janvier 2015, avait été travaillé dès 2014. Outre le décalage dans le temps, l'échec du projet initial se traduit par une évolution du projet sur la forme, puisque le projet d'accord-cadre devient une stratégie nationale, outil plus floue et porté par le seul ministère. Enfin, le périmètre évolue puisque, d'un projet d'accord pour les trois versants de la fonction publique, nous aboutissons à une stratégie visant le monde de la santé, avec prioritairement la fonction publique hospitalière (FPH) en ligne de mire.

2.1.3 La phase de préparation du projet social

Au CHB, le travail préparatoire a été lancé dès l'été 2016, pour un projet d'établissement devant sortir à l'autonomie 2017. Si la dynamique a été lancée par le chef d'établissement, cette phase préparatoire n'a pas été un exercice solitaire. Une note de travail a été demandée à une élève attachée afin d'avoir un premier élément de définition et une revue de littérature sur le sujet.

En parallèle de cette note, le chef d'établissement va réfléchir sur la démarche qu'il souhaite mettre en place au sein de son hôpital. Cette réflexion va être partagée en équipe de direction afin de définir les thématiques qui peuvent être retenues pour cadrer la future démarche et les futures discussions.

Mais, si les thèmes ont été retenus, cela s'est fait sans remplir l'entièreté des rubriques. De même, l'opportunité a été laissée d'ajouter des thèmes, opportunité que certains acteurs ont pu saisir par la suite. Par exemple, la thématique de la reconnaissance au travail, non retenue en tant que telle lors de cette phase de préparation, fut ajoutée à la demande d'une organisation syndicale.

En conclusion, la phase de préparation est essentiellement un travail de cadrage et de réflexion au niveau du chef de projet et de son entourage de proximité et de confiance. Elle sert à déterminer la ligne de fuite autour de laquelle se discutera le projet. Mais, à ce stade, le nombre d'acteurs sur la scène reste limité.

²⁸ Discours de Marisol Touraine - *Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail*
- Lundi 5 décembre 2016

2.1.4 La phase de préparation du projet VMNH

La phase de présentation a débutée avec l'envoi d'un avant-projet à la maîtresse de stage dès novembre 2016 (NDRL : avant le début du stage) puis par une présentation formelle à l'équipe de direction au début du mois de janvier.

Dès cette présentation, des éléments ont évolué après discussion avec l'équipe de direction ou arbitrage par le chef d'établissement. Cette co-construction donne de la force au projet car elle le transforme d'un projet individuel à un projet réfléchi et pensé en équipe, plus à même de devenir un projet institutionnel. Des éléments symboliques comme des choix importants se sont décidés lors de cette préparation : choix du nom du projet (TMNH → VMNH), catégories d'agents participants (fermé aux contractuels mais ouvert aux cadres, aux médecins et l'équipe de direction), liste des services intégrés dans le projet (choix du principe « tout service est participant d'office »).

A tous les niveaux, cette phase de préparation, qui implique toujours une première communication et donc l'entrée en jeu de nouveaux acteurs, permet d'avoir un premier ressenti sur l'accueil d'un projet, la compréhension que chacun s'en fait, les thèmes qui peuvent faire débat, les éléments de langage qui peuvent faciliter l'avancée du projet.

Pour l'élève directeur, cette première phase a été riche d'enseignements. Certes, la manière de procéder est différente d'une équipe de direction à l'autre et d'un chef d'établissement à l'autre, mais il a pu apprendre qu'un projet de ce type ne devait pas, dès la phase de préparation, être cadré de manière trop rigide et trop technocratique. Ainsi, des procédures très détaillées ont disparu au profit d'une procédure unique et synthétique définissant les grandes règles du projet.

2.2 Une phase de présentation et de communication

2.2.1 Une phase qui intègre de nouveaux acteurs

La phase de préparation terminée, une nouvelle phase débute, très différente, celle de la présentation et de la communication. Comme énoncé plus haut, cette phase reste un moment de construction du projet, au cours de laquelle celui-ci peut évoluer marginalement ou fondamentalement, voire même, dans certains cas, s'arrêter.

La particularité de cette phase est qu'elle fait entrer un projet dans un large cercle où les acteurs sont multiples. Chacun de ces acteurs possède des objectifs, des positionnements et des manières de penser différents. Sans réécrire la sociologie de la communication, il faut avoir en tête qu'un message est toujours transformé entre le moment où il est produit et le moment où il est réceptionné. Outre le fond du message, la forme est essentielle, tout autant que le travail de l'acteur qui reçoit le message,

acteur qui n'est jamais passif mais qui remodèle à son tour le message²⁹. Il faut ajouter à cela, que ces acteurs peuvent être à leur tour des relais du message, qu'ils vont alors produire sous une forme et avec un fond qui peut différer du message initial.

2.2.2 La phase de communication de la stratégie nationale

Pour revenir à une explication plus concrète, la présentation de la stratégie ministérielle va se faire ou être réceptionné par différents acteurs (organisations syndicales, médias, administration centrale, administration déconcentrée, monde de la santé, grand public). Par essence, une communication nationale implique des moyens particuliers, que ce soit dans les médias utilisés (journaux à diffusion nationale, télévision) ou dans les formes, notamment avec des outils juridiques propres (instruction, circulaire, décret). Un autre outil peut aussi être utilisé : le discours.

C'est cet outil que Marisol Touraine va retenir. La stratégie nationale fut présentée à l'occasion d'un grand discours, le 5 décembre 2016. Outre la présentation de la stratégie dans son ensemble, ce premier discours a permis de décliner le premier volet de cette stratégie, celui concernant « *les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux* ». Un second discours, le 21 mars 2017, permettra de décliner le second volet de cette stratégie, « *consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire* ».

Un discours s'adresse aux personnes présentes certes, mais son caractère public le rend accessible beaucoup plus largement. Cette visibilité du discours et, par ricochet, du projet lui-même, implique de créer des projets souvent très larges, afin qu'aucun acteur ne se sente oublié. La stratégie concerne tous les professionnels de santé, en établissement et en ville, soit « *2 millions de femmes et d'hommes* ».

De même, de tels projets doivent mettre en avant le travail réalisé afin de se prémunir du sentiment que l'administration centrale pointerait du doigt l'inaction des acteurs de terrain. Ainsi, tout en cherchant à donner une impulsion sur le sujet, la ministre rappelle que « *nous ne partons évidemment pas d'une page blanche : de nombreuses initiatives ont déjà montré la voie* ».

La phase de communication de la stratégie nationale est donc extrêmement courte. Certes sur plusieurs mois, elle se limite essentiellement à deux discours prononcés par la ministre de la santé. Mais de par la portée d'une telle parole, elle va amener tous les acteurs à se positionner et elle contribue ainsi à faire émerger ce sujet comme prioritaire. Si les syndicats CGT, FO et SUD ont boycotté ces interventions de la ministre, dès le 8 décembre 2016, le syndicat FO publiait un communiqué dans lequel il annonçait la position des « *Fédérations FO, CGT et SUD (qui) revendiquent l'abrogation de la loi Santé et l'arrêt de la mise en place des GHT, synonymes de suppression de postes et de lits, ce qui va encore aggraver la*

²⁹ Marshall McLuhan, [Pour comprendre les médias](#), Seuil, coll. Points, 1968, 404 p.

qualité de vie au travail des agents »³⁰. De même, lorsqu'en avril 2017, la FHF lance « *en partenariat avec le cabinet Obea (son second) baromètre des enjeux RH* », elle retient « *parmi les thématiques nouvelles : les actions en faveur de la QVT* »³¹. Via ce type d'action, ce sont donc les projets de terrain qui, indirectement vont nourrir une réflexion nationale.

2.2.3 La phase de présentation du projet social

De la même manière, le lancement du projet social s'est traduit par une première présentation à différents acteurs. Comme décrit plus haut, un travail préparatoire a été lancé dès l'été 2017. Ce travail a alors fait l'objet d'une communication vers des acteurs institutionnels. Un courrier a été adressé à l'été 2016 aux chefs de pôle et de service par le Directeur général. Ce courrier comprenait des éléments de compréhension du sujet – notamment, les travaux menés par l'ANACT – ainsi qu'une invitation à entamer une première réflexion avec de nouveaux acteurs, les agents. Cette communication crée donc une catégorie d'acteurs particuliers, que l'on peut dénommer « relais », et qui auront un rôle et une place particulière au cours du projet.

Cette première communication a débouché sur l'inscription à l'ordre du jour du Directoire d'un point portant sur la QVT. Ce Directoire s'est tenu le 8 septembre 2016, soit plus d'un an avant la finalisation définitive du projet social. Commence alors une phase qui se situe ou qui alterne entre la communication et la préparation. En effet, le Directoire est autant l'occasion pour le chef d'établissement de décliner les orientations sur lesquelles il souhaite avancer, que de donner la parole aux acteurs pour qu'ils alimentent le projet.

Ainsi, comme l'indique le relevé de conclusion de ce Directoire, le point sur la QVT commence par une introduction du chef d'établissement qui donne :

- une orientation globale voulue par le DG : « *l'objectif est avant tout qu'une réflexion soit engagée au niveau des équipes afin de les responsabiliser sur ces questions* » ;
- une priorisation des thèmes à aborder : « *l'employabilité n'est pas un thème majeur tout comme l'égalité des chances qui sont déjà traitées au niveau de l'institution* » alors que « *le contenu du travail est un sujet nécessitant un approfondissement* » et que « *la santé au travail demande une réflexion importante sur l'organisation du temps de travail* ».

Mais la discussion qui s'ensuit permet aux acteurs présents d'insérer ou de rebondir sur certains éléments du débat. Ainsi, un chef de service s'interroge sur la comptabilité entre « *qualité de vie au travail et contraintes budgétaires* ». Cette réflexion est loin d'être anodine car elle revient régulièrement

³⁰ <https://www.force-ouvriere.fr/conditions-de-travail-qualite-de-vie-au-travail-le-premier-acte>

³¹ <http://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/Barometre-FHF-OBEA-des-enjeux-RH-Deuxieme-edition>

dans tous débats portant sur la QVT, et cela à tous les niveaux, avec des positions (en apparence) contradictoires : « pour améliorer la QVT, il faut d'avantage de moyens » versus « à moyens constants, il est possible d'améliorer la QVT, voire même de dégager des moyens supplémentaires ». Mais le débat permet aussi de faire remonter des problématiques concrètes : une cheffe de pôle fait remonter que les équipes ont dit ne pas avoir le temps « *de se pencher sur la problématique de la QVT* ». Il permet aussi de souligner des points de réflexion : un chef de pôle insiste de « *recentrer la QVT sur la qualité des soins* ». Enfin, le débat est l'occasion pour des acteurs de proposer des éléments précis de mise en œuvre du projet. Ainsi, un chef de pôle propose « *de lister des points forts et les points faibles de chaque pôle en matière de QVT* ».

En conclusion, la phase de communication et de préparation à l'échelle de l'établissement permet d'atteindre plusieurs objectifs. Il s'agit d'abord de bien faire passer le message qu'un travail va être mené sur un point – la QVT dans le projet social -. Il s'agit ensuite d'orienter et de poser des garde-fous – la QVT sera d'abord une question de responsabilisation interne et d'organisation avant d'être une question de moyens - . Il s'agit enfin de démarrer la co-construction de la feuille de route, notamment sur la manière de mettre en œuvre ce projet – ce Directoire validera la proposition d'un travail mené d'abord au sein des pôles -.

2.2.4 La phase de présentation du projet VMNH

Pour le projet VMNH, un certain nombre d'éléments comparables vont se retrouver lors de la phase de communication :

- celle-ci se fait d'abord vers des acteurs institutionnels et donc via des canaux et des modes d'actions classiques (courriers, mails, réunions d'information) ;
- ces acteurs peuvent (doivent) devenir des relais d'information, ce qui implique qu'ils comprennent le projet mais surtout qu'ils l'acceptent voire, et c'est l'idéal, se l'approprient.
- la première communication implique à la fois un important travail d'explication mais induit aussi des questionnements tout à la fois généraux qu'extrêmement concrets.

La communication sur le projet a été organisée autour de la présentation à différents acteurs ou instances. En premier lieu, une rencontre avec les quatre organisations syndicales (OS), à savoir la CGT, la CFDT, FO et la CFTC, s'est déroulée dès février 2017. Elle a permis à la fois de présenter le projet et de faire valider la participation des quatre OS au futur comité d'animation. Dans un deuxième temps, le projet fut présenté au Directoire pour information. Ce fut ensuite l'ensemble des cadres qui furent conviés à deux réunions d'information concernant le projet. Cette phase de communication s'est terminée par une présentation à l'ensemble des instances : CME, CTE, CSIRMT, Conseil de surveillance. Ce n'était qu'une première phase de communication, puisque l'ensemble du personnel n'avait pas encore été visé par ces présentations.

Cette phase de communication s'est opérée autour d'une présentation du projet sous forme de Power Point (cf. annexe 9). Elle a été l'occasion de premiers débats et de premières réflexions, fortement différents selon les acteurs présents. Ainsi, la rencontre avec les OS a parfois dérivé sur la notion de QVT en général ou sur d'autres actions en cours au sein de l'établissement. A l'inverse, les réunions avec les cadres ont souvent tourné autour de questions précises, telles que le temps de travail à retenir lorsque la durée journalière d'un agent différait de celle du service au sein duquel il passerait la journée partagée.

Cette phase a permis d'avancer sur des éléments concrets de cadrage du projet. Ce fut par exemple la validation et la mise en place du comité d'animation, ou la validation de la création d'un code sui generis dans le logiciel de gestion du temps de travail.

2.3 Une phase de mise en place et de démarrage

2.3.1 Une phase intermédiaire

Le terme de démarrage ou de mise en place peut se comprendre différemment selon les projets ou les politiques auxquels on fait référence. Dans notre cadre, nous parlerons (un peu abusivement) de démarrage pour la période de préparation finale du projet social et du projet VMNH. Pour la stratégie nationale QVT, cette phase de démarrage est plus difficile à cerner puisque, par nature, la communication nationale a d'abord pour objectif de mettre en action les acteurs de terrain.

Il est évident que la distinction entre cette phase et la précédente ou la suivante est en partie théorique. Si de nombreux éléments se chevauchent sur ces deux phases, plusieurs éléments permettent de les distinguer. Généralement, le premier élément est simplement temporel avec une progression dans le calendrier. De même, ce changement de phase se repère aussi par l'élargissement des acteurs concernés et, au contraire, un rétrécissement des marges de manœuvre puisque le cadre de discussion a été précisé au fur et à mesure des phases précédentes.

De la même manière, parce que de nombreux éléments se précisent ou se concrétisent, cette phase s'apparente parfois à celle de la mise en œuvre. Ainsi, il est facile de distinguer l'annonce d'une modification des horaires de travail de la mise en œuvre effective de cette modification. Inversement, il est plus mal aisé de distinguer la mise en œuvre d'une réflexion sur la QVT au niveau des services de la phase préparatoire qui impliquait déjà un débat au sein des services sur ce sujet-là. L'élément qui permet peut-être le mieux de différencier ces deux phases, outre le calendrier, est que, lors de la phase de mise en place, on va essentiellement faire évoluer des éléments non encore stabilisés du projet tandis que, lors de la mise en œuvre, on va chercher soit à stabiliser ces éléments, soit à les corriger.

2.3.2 La phase de démarrage de la stratégie nationale

Avant de la décrire en tant que telle, il faut souligner que la phase de démarrage a été bouleversée par le calendrier politique. Evidemment, tout projet peut être bouleversé par des éléments externes qui impactent soit le projet lui-même, soit le ou les personnes qui le portent. Dans le cas qui nous intéresse ici, les élections de 2017 ont profondément bouleversé le projet puisque la personne qui le portait au plus haut niveau, la ministre de la santé, a été remplacée.

En amont, des élections, un premier temps de cette phase de démarrage peut donc être repéré. Lors du second discours de présentation de la stratégie, plusieurs nominations annoncées lors du premier discours ont été présentées. « *Conformément à ce que j'ai annoncé, une mission de pilotage de la stratégie nationale s'est mise en place, confié à Magali Eymery. De la même façon j'ai confié une médiation nationale à Edouard Couty* ». Dans le cadre de cette mission, est prévue la constitution de l'Observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé, en partenariat avec l'ANACT et la HAS - son installation est attendue pour septembre³². En lien avec la stratégie nationale, des actions concernant les plans de sécurisation des établissements (PSE) ont été annoncées, notamment concernant des financements dans le cadre du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). De même, un guide a été rédigé sur le repérage des RPS à destination des « *internes, chefs de clinique et assistants* »³³. La ministre avait également annoncé en décembre la majoration pour travail intensif de nuit des personnels de services d'urgence ou de soins critiques alternant des horaires de jour et de nuit et exposés à des rythmes de travail contraignant. C'est l'objet de l'engagement n° 4 de la stratégie. Des précisions ont été apportées quant au montant de cette revalorisation. "*La majoration [...] sera augmentée de 40% à compter du mois de mai*", a annoncé le ministère. Cette revalorisation a été entérinée par un décret du 10 mai 2017, précisé par un arrêté pris le même jour.

Une semaine après ce décret, le 17 mai 2017, est donc nommée une nouvelle ministre de la santé, madame Agnès Buzyn. Confirmée dans son poste après les élections législatives, elle écrit en juin 2017 une note au premier ministre, monsieur Edouard Philippe, dont l'objet est de décliner la feuille de route du ministère. A travers cette feuille de route, qui se situe seulement trois mois après le second discours de madame Touraine sur la stratégie QVT, c'est une redéfinition des objectifs et des priorités du ministère qui se dessine. Dans cette note, l'objectif d'amélioration de la qualité de vie au travail est confirmé. Mais, sa place au sein de la note – neuvième page d'une note qui en compte dix – laisse à penser que cette action ne sera pas des plus prioritaires dans l'action du ministère. Cependant, la ministre développe cet objectif en considérant qu'il « *s'agira de prendre soin de ceux qui nous soignent* ». En reprenant le slogan de la stratégie portée par sa prédécesseur, elle s'inscrit donc dans une continuité de projet. Ce qui permet donc de tirer un trait entre les actions passées et futures et de

³² <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170502-politique-de-sante-le-deploiement-de-la-strategie>

³³ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf

considérer que nous sommes bien face à un même et unique projet, quand bien même des inflexions y seraient apportées suite à ce changement de ministre.

2.3.3 La phase de mise en place du projet social

Le projet social est encore actuellement (NDRL : août 2017) en phase de mise en place. On peut considérer que celle-ci s'étire de la première réunion du Directoire ayant eu la QVT à l'ordre du jour (soit le 8 septembre 2016), jusqu'à la dernière réunion prévue dans le cadre de la rédaction du projet social et qui doit se tenir en octobre 2017.

Pour un projet contraint réglementairement et de cette importance, il existe un certain nombre de passages obligés et d'acteurs à rencontrer. Après la discussion en Directoire, une présentation aux instances est réalisée en décembre 2016. Cette présentation est faite en CME, en CTE et en CSIRMT. Au cours de ces instances, les thématiques qui intégreront le futur projet social, de même que la méthodologie de travail retenue, sont quasiment arrêtées. Cette mise en place va s'organiser principalement autour de réunions avec les partenaires sociaux, sachant que réglementation prévoit la participation du CTE (cf. introduction). La première de ces trois réunions s'est tenue en décembre 2016, en parallèle de la présentation aux instances et avant l'arrivée de l'élève directeur. Les deux suivantes se sont tenues lors du premier semestre 2017 et ont permis d'échanger sur les différentes thématiques retenues.

Outre les réunions préparatoires, le chef de projet va s'appuyer ou intégrer de nouveaux acteurs afin de préciser des éléments rencontrés dans les phases précédentes. Pour ce faire, il va utiliser des outils relativement classiques dans cet objectif de mise en place du projet. Dans le cadre du projet social, nous pouvons citer plusieurs exemples archétypiques :

- des demandes de notes à ces collaborateurs : l'objectif est alors pour le chef d'établissement d'obtenir des propositions concrètes, qu'il pourra retenir ou non, afin de donner plus de substance aux orientations qu'il a retenues en amont. Trois notes furent ainsi rédigées par l'élève directeur, la première portant sur la démarche globale de QVT, les deux suivantes apportant des propositions sur deux thèmes spécifiques, l'accueil des nouveaux arrivants et l'animation de la QVT au niveau des services.
- des fiches projets à l'initiative des pôles, en lien avec la décision prise en Directoire de partir des pôles pour construire une partie de la démarche. Généralement, les retours ont essentiellement portés sur des réaménagements physiques et des demandes d'équipements. Ainsi, le pôle de surveillance médicale continue (SMC) a demandé la mise en place de diverses actions, allant d'une « *concertation annuelle avec les agents pour évaluation et réajustement des cycles de travail* » à la mise en place d'une « *crèche hospitalière* ».

Il est à noter que cette mise en place, parce qu'elle intègre de nouveaux acteurs et qu'elle implique divers agents dans des travaux et réflexions, va fortement élargir les acteurs ayant connaissance du projet. En effet, les acteurs directement concernés par la mise en place du projet vont se transformer, via des moyens formels (mails, tracts, réunions de services) ou informels (discussions, bruits de couloir), en relais d'information vers un cercle bien plus important. Sans revenir longuement sur les processus de communication, il est évident que l'information relayée va plus ou moins fortement se modifier. Surtout, cette information va créer chez l'ensemble des acteurs des attentes, des inquiétudes, des questionnements.

Cet élément donne une responsabilité fondamentale aux chefs de projet. Ils doivent être en mesure de savoir comment et quelle information a été relayée. A partir de là, ils doivent définir s'il est nécessaire de communiquer de manière complémentaire. De plus, ils doivent avoir en tête qu'à partir du moment où l'information a été relayée, un respect ardu de la temporalité entre en jeu. Il ne faut ni aller trop vite afin de ne pas donner le sentiment de prendre de court les acteurs, ni aller trop lentement afin de ne pas laisser penser que le projet s'est arrêté ou laisser des acteurs dans une attente nocive (d'autant plus lorsque le projet implique des évolutions organisationnelles).

Ces différentes phases sont aussi le moment d'actualiser et d'intégrer les expériences pratiques. Ainsi, lors de la deuxième réunion de préparation du projet social, le projet VMNH a été cité par le chef d'établissement comme étant amené à intégrer les expérimentations en termes de QVT. Le projet de terrain devient alors un exemple qui matérialise une stratégie et donne de la substance au discours mené à plus grande échelle.

2.3.4 La phase de mise en place du projet VMNH

La phase de mise en place du projet VMNH s'est déroulée au mois de mars et avril 2017. Au cours de cette période, le comité d'animation va se mettre en place et se réunir par deux fois. Ce comité d'animation s'est constitué autour de l'élève directeur, du DRH, d'une attachée d'administration, d'un représentant de chacune des OS et de quatre agents volontaires de différents secteurs.

Ces deux réunions ont porté en premier lieu sur la communication à mener pour informer l'ensemble du personnel de ce projet. Le groupe de travail a convenu qu'il fallait multiplier les modes de communications afin de toucher un maximum d'agents. De nombreux outils et actions ont été mis en place : flyers annexés à la fiche de paye, affiches de moyenne et grande tailles, réunions de présentation dans différents lieux et à différentes horaires, passages directement dans les services, bandeau intranet, courriel avec diffusion générale. Le comité d'animation s'est aussi penché sur la création d'outils permettant la mise en œuvre du projet. Sur proposition du chef de projet, les outils suivant ont été travaillés et validés : fiche d'inscription au projet (cf. annexe 11), fiche bilan journée

partagée (cf. annexe 12), code VMNH dans le logiciel Agilettime de gestion du temps de travail, boîte mail « VMNH@ch-brive.fr ».

Cette phase et ces comités d'animation ont aussi vu naître le livret des métiers du CHB. Ce livret, prévu dès l'origine du projet et annoncé dès les premières phases, a été l'objet d'un très important travail durant ces deux mois. Une première ébauche réalisée par l'élève directeur a été présentée au DRH ainsi qu'à plusieurs de ses agents, afin de la retravailler. Une base RH avec l'ensemble des agents et des métiers, en cours de réalisation par ailleurs, a alors été définitivement terminée et a servi de fondement au futur livret des métiers. En effet, à partir de cette base, un travail a été mené avec la chargée de communication de l'hôpital, Mme Buguet Cécile, pour mettre en forme le livret et rédiger son contenu. Ce travail a été d'autant plus long et compliqué, que le choix avait été retenu de présenter l'ensemble des métiers de l'hôpital (hors personne médical) et, pour chacun des métiers, de recueillir la parole d'un agent – sous la forme d'un court texte – qui devait décrire son métier et l'intérêt de celui-ci avec ses mots. Recueillir l'ensemble de ces textes a été un travail considérable et qui s'est étalé dans le temps, ce qui explique que le livret n'est pu être produit que plusieurs semaines après le démarrage du projet VMNH.

Si ce décalage a pu être regretté, il a permis de réaliser une seconde vague de communication, sur la période mai – juin. Il y a donc eu, en quelque sorte, une nouvelle phase de communication, avant tout organisée pour annoncer et diffuser le livret métiers, mais qui fut l'occasion de présenter et d'expliquer à nouveau le projet VMNH dans son ensemble.

2.4 Une phase de mise en œuvre et/ou d'expérimentation

2.4.1 Stratégie nationale et projet sociale : une mise en œuvre à venir

De la même manière que la phase de démarrage, il faut définir ce qu'on entend par mise en œuvre. Dans notre cadre, cela correspond au lancement effectif du projet. Pour le projet social d'établissement, cette phase débute logiquement avec le démarrage de la période du projet d'établissement, soit le 1^{er} janvier 2018. Il ne sera donc pas possible de décrire cette phase puisque que celle-ci n'a pas encore démarrée au moment où se termine ce mémoire.

De même, la mise en œuvre de la stratégie nationale ne pourra pas faire l'objet d'une analyse. Si une telle stratégie ne possède pas un calendrier aussi contraint juridiquement que le projet d'établissement, elle a été bousculée par un agenda politique aussi important que celui de l'année 2017 en France. De ce fait, il apparaît encore trop tôt pour parler de mise en œuvre concernant cette stratégie nationale. D'autant que, si la feuille de route de la nouvelle ministre reprend la thématique (cf 2.3.2), aucune annonce ou aucune action majeure n'ont été mise en œuvre depuis.

2.4.2 Le démarrage du projet VMNH

A l'inverse des deux autres projets, la mise en œuvre du projet VMNH ayant débutée, elle fera l'objet d'une analyse. Cette phase de mise en œuvre expérimentale n'est pas totalement terminée. Une réunion du comité d'animation s'est déroulée le 30 août 2017 afin de tirer un premier bilan de ce projet. Dans tous les cas, il faut considérer que l'expérimentation va perdurer et que seule l'inscription au projet social et donc au projet d'établissement pourrait définitivement la faire basculer dans une phase de mise en œuvre pérenne.

La date de début de cette phase de mise en œuvre est facile à définir. A l'origine, lors de la préparation et présentation du projet, le mois de mai avait été retenu comme date de départ. Ce choix était essentiellement guidé par le calendrier contraint de l'élève directeur, avec la volonté que cette phase expérimentale dure au moins quatre mois (la fin du stage étant programmé au 31 août). Finalement, la date retenue lors de la phase de mise en place fut le 15 mai 2017. Le décalage d'une quinzaine de jours s'explique par la prise en compte d'un élément mal connu de l'élève directeur jusqu'à alors : l'impact des congés scolaires et des ponts de mai sur le calendrier d'un projet.

Si la date du 15 mai fut officiellement retenue, il se trouve que la communication menée en amont aboutira à un démarrage en réalité plus précoce. En effet, dès le 19 avril des demandes d'inscriptions sont arrivées sur le bureau du chef de projet. Mieux encore, dès le 11 mai, la première journée partagée fut organisée. Il est donc notable que tout rétro planning, pour ce type de projet, ne peut être qu'indicatif. Le démarrage précoce ne posant ici aucune difficulté, il était du rôle du chef de projet de faciliter ce démarrage afin de donner de l'élan au projet lui-même.

En décalé, un autre élément va aussi faire l'objet d'une mise en œuvre : le livret des métiers. Après un important travail de création du livret, qui se termina par son envoi à la reprographie de l'établissement, la diffusion du livret va pouvoir débuter.

Pour cette communication, plusieurs voies retenues lors de la communication du projet VMNH ont à nouveau été empruntées. Un courriel à l'ensemble des adresses mail de l'établissement a été diffusé, le bandeau intranet s'est vu ajouté un lien vers la version dématérialisée du livret et, un binôme (élève directeur + chargée de communication) est allé offrir le livret papier aux services de l'hôpital.

Pour faciliter le lien avec le projet VMNH lui-même, plusieurs éléments ont été décidés. Ainsi, la charte graphique du projet s'est retrouvée dans le livret. De même, l'ensemble des communications concernant le livret ont été faites au moyen de l'adresse mail générique VMNH@ch-brive.fr.

En sus de la communication en interne sur le livret, une première communication externe concernant le projet a été réalisée. Il s'agit, avec l'accord du chef d'établissement, de l'envoi d'un dossier de candidature pour le prix FHF/ADHRESS/MNH de l'innovation RH. Derrière cette candidature, il y a la volonté de valoriser l'établissement, mais aussi de partager des expérimentations avec d'autres qui, de diverses manières, pourront s'en inspirer. Ce type de récompenses peut ensuite commencer à nourrir

des communications nationales. Ainsi la stratégie nationale QVT, dont l'objectif est « *de valoriser, de partager et de généraliser les bonnes pratiques mais aussi de susciter de nouvelles initiatives* »³⁴, collectera sûrement des initiatives et projets de terrain pour agrémenter ces discours à venir.

Un autre élément spécifique de ce projet est son caractère expérimental. Cette caractéristique n'est pas propre au projet de terrain puisqu'on la retrouve (de plus en plus) dans des politiques publiques nationales³⁵ qui, avant de valider complètement une orientation, demandent à des acteurs ou territoires locaux d'expérimenter certaines actions ou politiques.

Le caractère expérimental d'un projet est essentiel à plusieurs niveaux. Il peut faciliter la communication et la mise en œuvre puisque, par nature, il apparaît aux acteurs plus facile à faire évoluer. De la même manière, et il est difficile de savoir si cet élément est positif ou non, il porte en lui la possibilité de sa propre disparition. Plus encore qu'un projet pérenne par nature, tel que peut l'être le projet social d'établissement, un tel projet peut donc faire l'objet d'attitudes passives ou de tentatives délibérées de le faire échouer. Dans le cas du projet VMNH, si des attitudes passives ont pu être repérées, rien n'indique qu'un quelconque acteur est agi pour faire échouer le projet.

2.5 Mettre en œuvre un projet : un double apprentissage

Tout comme la préparation d'un projet est déjà l'occasion d'apprendre et de faire des erreurs (cf. 1.3) la mise en œuvre d'un projet doit servir, d'autant plus pour un élève directeur, à comprendre ce qu'est un établissement public hospitalier et ce qu'implique la menée d'un projet en son sein.

2.5.1 L'hôpital, un lieu particulier pour une conduite de projet

Les phrases qui vont suivre paraîtront sans doute d'une banalité affligeante pour qui connaît bien l'hôpital. Elles s'adressent plutôt à celles et ceux qui ne connaissent pas l'hôpital ou aux futur.e.s collègues en passe de connaître les mêmes expériences professionnelles.

La première particularité, et sans doute la plus complexe, du monde hospitalier, tient dans sa communication interne. Il est extrêmement difficile de partager une information avec l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette difficulté est renforcée lorsque l'information concerne un projet ou une donnée peu classique et qu'elle nécessite donc un surcroît d'explication. Il faut toujours avoir en tête que l'hôpital est une administration qui fonctionne 365 jours par an et 24 heures sur 24. Cette réalité semble évidente. Mais il faut bien saisir la difficulté que cela engendre au moment de partager une information.

³⁴ Discours de Marisol Touraine - *Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail* - Lundi 5 décembre 2016

³⁵ Par exemple : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161214-offre-de-soins-le-decret-precisant-les-conditions>

En effet, lorsqu'un chef de projet se rend directement dans une équipe soignante pour présenter un projet, il doit avoir conscience qu'il ne rencontrera, au mieux, qu'entre un quart et un tiers de l'équipe.

A ce premier obstacle, il faut ajouter la multiplicité des services (près d'une centaine au CHB). Pour communiquer à chacun d'eux, il faut donc soit se rendre dans chacun de ces cent services, soit passer par une centaine de relais dont il faut s'assurer qu'ils transmettent le message et sous la forme voulue.

En outre, on rencontrera une extrême diversité de métiers. Cet élément est fondamental car, sans généralisation excessive, cette diversité des métiers entraîne une diversité des connaissances sur l'hôpital, des champs de vocabulaire utilisés, des objectifs et priorités. Il faut donc être en capacité d'adapter en permanence son discours sans transformer le fond du message.

Un autre obstacle doit être mentionné : la présence de personnes extérieures, notamment de patients et de leurs familles. Cette présence est évidemment la raison d'être de l'hôpital. Mais elle a de fortes implications pour la communication. La première est qu'il est difficile de réunir les agents d'un même service, notamment soignant, dont la priorité à chaque instant reste (et doit rester) de prendre en charge les patients présents. La seconde est que toute communication visuelle ou orale doit tenir compte de cette présence. Pour ne prendre qu'un exemple, le projet VMNH a utilisé des affiches de grande taille dans des lieux de passage du public. Il faut alors s'assurer que ces affiches ne contiennent pas des informations confidentielles ou ne donne pas une image de l'hôpital négative pour le public.

L'hôpital possède une particularité extrêmement forte : la multiplicité des acteurs et sa traduction dans une multiplicité des instances et des légitimités. De nombreuses questions se posent à chaque nouvelle phase du projet: par qui commencer ? Par où commencer ? Que dire à qui ?

Pour le projet VMNH, il n'y a pas eu de réelles difficultés. D'abord parce que les enjeux étant limités, aucun des acteurs et aucune des instances ne s'est réellement inquiété de savoir s'il ou si elle avait été informée dans l'ordre de la bienséance. Ensuite, parce que le chef de projet n'a eu qu'à suivre les conseils et les consignes de sa direction sur l'ordre des acteurs à rencontrer et des instances à informer.

Un dernier particularisme du monde hospitalier doit être souligné : le fossé administratifs – soignants. Il faut nuancer ce fossé qui est plus ou moins réel, plus ou moins intense, qui évolue avec le temps et qui diffère d'un hôpital à l'autre et même d'un service à l'autre. Mais ce fossé existe tout de même et il ne doit jamais être oublié lorsque l'on mène un projet. Pour illustrer cet exemple, la communication sur le projet VMNH s'est fait avec un passage physique dans les services à plusieurs reprises. Très généralement, les soignants et le personnel médical ont accueilli avec beaucoup de bienveillance et de plaisir cette venue et ont souligné l'effort comme l'intérêt de cette communication directe. Mais, sans naïveté aucune, il faut réaliser que l'impression a été donnée (et parfois relevée par des agents) que les agents administratifs avaient, eux, le temps pour ce type de projet, sans être submergés en permanence par le public et par l'urgence des tâches.

C'est justement l'existence de ce fossé, dont on peut imaginer qu'il ne disparaîtra jamais totalement car il est consubstantiel à la diversité des métiers, qui est l'une des raisons d'être du projet VMNH. En

permettant aux agents de diverses filières de passer une journée dans un autre secteur, ce projet espère, non pas combler le fossé, mais au moins permettre de manière temporaire de l'enjamber.

2.5.2 Mener un projet est un apprentissage accéléré du rôle de manager

Le premier des apprentissages, réside dans l'attitude attendue d'un manager, une attitude active. Lorsqu'on lance un projet ou qu'on le prend en main, il faut en permanence être moteur et être force de propositions. Il ne faut pas se retrouver dans la situation, notamment en réunion, où le projet serait bloqué par une absence de proposition.

Cependant, ce rôle de moteur et de pilote, ne doit pas être réalisé de manière solitaire. Il importe, autant que faire se peut, de donner une tournure collective à des propositions ou décisions à l'origine essentiellement individuelle. Cela est d'autant plus facile que, et c'est souvent le cas, ces propositions ont été enrichies d'avis et d'amendements par les collaborateurs du projet. Pour ce faire, le chef de projet doit créer les conditions de cette participation et être en mesure de saisir toute proposition qui serait utile au projet. En poussant la logique, il est préférable entre deux options a priori équivalentes, de retenir celle qui ne provient pas du chef de projet au profit de celle proposée par un collaborateur. Cette tournure collective ne peut se faire qu'en restant à l'écoute en permanence, choix pragmatique lorsque l'on n'accepte le fait indiscutable que le chef de projet n'est pas omniscient

Non omniscient, le chef de projet doit connaître ses capacités comme ses limites. Il peut être tentant, surtout pour un jeune professionnel, de cacher ses manques par peur de paraître incompetent. Pourtant, dans une certaine mesure, la réelle compétence consiste à accepter et annoncer ses limites. Il faut alors savoir demander de l'aide, s'appuyer sur les compétences des collègues. Se priver de ces compétences serait une erreur pour qui voudrait faire réussir un projet. Pour le projet VMNH, les exemples sont multiples des compétences ou connaissances limitées de l'élève directeur qui s'est appuyé sur les agents de l'établissement : outil Excel auprès du contrôleur de gestion, mise en page du livret auprès de la chargée de communication, expérience des vagemestres sur la diffusion d'un document physique dans les services. Faire appel à ses collègues permet de profiter d'être à leur contact pour élargir ses propres compétences.

La mise en œuvre d'un projet est aussi l'occasion de parfaire sa connaissance des outils existant dans l'hôpital. Là encore, cette connaissance s'acquiert auprès des collègues et à force de questions et de formation. Il est indispensable de s'interroger en permanence sur les outils ou expériences déjà présents dans l'établissement, tant ils sont un moyen efficace de gagner du temps comme de la qualité.

Pour ne prendre qu'un exemple, le livret des métiers avait comme objectif de départ de présenter l'ensemble des métiers présents au CHB. L'élève directeur a interrogé le DRH qui l'a orienté vers deux de ses collaborateurs. A leur contact, il a découvert la présence d'une base RH comprenant l'ensemble

des métiers recensés à l'hôpital, articulé autour du répertoire des métiers de la FPH. Cette base avait en outre comme intérêt d'organiser ces métiers aussi bien en filières qu'en familles de métiers et, pour chacun des métiers, d'indiquer le nombre d'ETP et le découpage entre femmes et hommes au sein de l'établissement. Cette base RH fut donc une mine d'or pour la réalisation du livret des métiers.

Le rôle de chef de projet, notamment en tant que directeur d'hôpital, implique des responsabilités et permet d'actionner des leviers de management qui ne concerne qu'indirectement le projet lui-même.

La communication sur un projet doit être l'occasion de faire de la pédagogie. La présentation du projet VMNH et du livret des métiers dans les services, a été l'occasion d'expliquer le mouvement dans la gestion RH d'une philosophie des grades à une philosophie des métiers (cf. annexe 13). Ce fut aussi l'occasion de répondre à diverses interrogations telle que la notion d'ETP ou la différence ETP – ETPR. Expliciter ces notions servaient certes à présenter le livret des métiers, mais cela permettait aussi de rendre plus compréhensible une notion qui apparaît dans de nombreuses discussions et dans divers documents à des personnels moins habitués à les manier.

Dans la même logique, un directeur d'hôpital se doit d'être un communicant permanent et de comprendre qu'il est considéré comme tel. Cela implique de mesurer l'ensemble de ces propos qui ne manqueront d'être repris comme un positionnement de la direction de l'établissement. Plus positivement, il faut considérer que la communication et la mise en œuvre d'un projet, sont autant d'occasion de répondre à des interrogations ou de répéter des informations concernant des sujets plus vastes voir des sujets sans rapport direct avec le projet considéré. Pour une part, un directeur d'hôpital, quel que soit le projet qu'il porte, peut être amené à faire le service après-vente de tout projet porté par l'équipe de direction. Lors de la présentation du projet VMNH, l'élève directeur a régulièrement présenté ou défendu la démarche globale que l'établissement s'appropriait à déployer en matière de QVT.

Un manager chef de projet de projet a des responsabilités en matière de gestion du temps, que ce soit le sien ou celui de ses collaborateurs. Il doit être conscient qu'un projet peut être chronophage. Surtout lorsqu'il est à l'initiative d'un projet, il doit être en mesure de ne pas se laisser déborder, au risque de ne plus avoir le temps nécessaire pour ses autres missions. De même, et cela est parfois difficile, il se doit de connaître et respecter les charges de travail des uns et des autres, les temps de travail différents. Il faut alors savoir mesurer le temps nécessaire à la réalisation d'une tâche et la demander et/ou répartir en fonction des charges de travail de chacun. De même, il faut savoir nuancer ses demandes quant à leur niveau d'urgence, l'importance de la perfection, pour ne pas épuiser ses collaborateurs.

Une autre responsabilité doit être en permanence à l'esprit d'un manager, d'autant plus lors qu'il porte un projet se réclamant de l'amélioration de la QVT, celle de respecter et valoriser le travail de ses collaborateurs et collègues. Cette responsabilité ne tient pas uniquement au savoir être. En permettant à chacun d'être reconnu, c'est-à-dire de prendre confiance dans son travail mais aussi d'être repéré par la communauté pour ses compétences et connaissances sur lesquelles ils pourront, le moment venu, s'appuyer en toute connaissance de cause, la reconnaissance du travail réalisé est un puissant outil de performance.

La réalisation du livret des métiers a essentiellement reposé sur le travail de l'élève directeur et de la chargée de communication, Mme Buguet. Outre des courriels dans lesquels son travail été salué, l'élève directeur a exigé que son nom apparaisse en signature du livret. Ce faisant, il permettait à la fois au travail de Mme Buguet d'être reconnu mais aussi à l'ensemble des lecteurs du livret de savoir qu'un agent de l'hôpital avait les compétences pour la réalisation d'un tel outil de communication.

Nous l'avons rappelé, un projet est un cycle de vie, fait de différentes phases. Le découpage retenu est sans aucun doute discutable, mais il permet au moins de comparer chacun des trois projets et de mettre en relief celui mené au sein du CHB par l'élève directeur.

Une seule phase n'apparaît cependant pas dans cette seconde partie, alors qu'elle constitue un élément essentiel de la vie d'un projet et qu'elle doit être pensée comme une phase à part entière, avec toutes les limites déjà mentionnées quant au découpage en phases. Cette phase essentielle est celle du bilan. Par l'importance qu'elle revêt et parce qu'elle est l'occasion de jeter un regard global sur l'expérience professionnelle que constitue ce stage et la menée de ce projet, la phase de bilan occupera toute notre dernière partie.

3 Savoir tirer le bilan d'un projet

Le cycle de vie normal d'un projet intègre obligatoirement un bilan. Celui-ci peut aussi bien se faire à échéances régulières qu'à un unique instant T, il peut être réalisé au cours du projet ou uniquement à la fin de celui-ci. L'essentiel est que ce bilan existe et fasse partie intégrante du projet, qu'il en soit une composante à part entière.

Pour ce faire, un bilan se doit à la fois d'être préparé, d'accepter un regard critique sur le travail écoulé et de se projeter sur celui à venir (3.1). C'est dans cette optique que nous tirerons un premier bilan du projet VMNH au moment où se conclue le stage de l'élève directeur (3.2). A travers ce projet, c'est aussi la vision théorique de la QVT de l'élève directeur, qui s'est enrichie d'une expérience pratique (3.3).

3.1 Faire un bilan

3.1.1 Un bilan se prépare dès le début de la mise en œuvre

Le bilan d'un projet doit s'anticiper dès la préparation initiale. C'est un élément à part entière qui donne à la fois un cadre au projet et un étalon pour mesurer sa réussite ou non. Il s'agit de déterminer un calendrier et des attendus. Le calendrier doit déterminer à quel(s) date(s) ou période(s) le bilan du projet sera réalisé. Il faut déterminer la date de telle manière qu'elle n'intervienne ni trop rapidement, afin que le projet est déjà pu avancer, ni trop tardivement, au risque de s'enliser dans des difficultés qui méritent d'être corrigées. Pour le projet VMNH, une période expérimentale avait été validée dès le lancement. Cette période s'étalait de mai à août 2017 et devait se terminer par un premier bilan afin de déterminer l'intérêt de poursuivre ou non cette initiative.

De même que le calendrier, il est incontournable de fixer des attendus. S'il peut être compliqué, surtout pour des initiatives de ce type-là, de déterminer des objectifs quantitatifs, il reste cependant indispensable de partager avec l'ensemble des acteurs des objectifs clairs. Ceux-ci doivent à la fois servir de source de motivation pour les acteurs qui portent le projet mais aussi d'éléments de jugement, non pas comme des totems indiscutables, sur le degré de réussite d'un projet. Dans le cadre du projet VMNH, plusieurs attendus ont été fixés : lancement du projet dans le temps, création du livret métiers au premier semestre 2017, mise en place d'outils de communication divers. En revanche, et c'est sans doute un manque, aucun objectif quantitatif ou qualitatif n'a été fixé en termes de participation au projet.

La réalisation d'un bilan doit, elle aussi, être pensée dès l'origine. En effet, le bilan implique de disposer de différents outils, dont certains doivent être mis en place avec le démarrage du projet et faire l'objet de recueil systématique. Les hôpitaux sont coutumiers de ce type de recueils, que ce soit dans les processus financiers et RH, dans le codage des actes médicaux et paramédicaux ou dans le suivi des consommations diverses. Dans le cadre d'un projet nouveau, il est alors nécessaire de mettre en place des outils nouveaux de recueils qui peuvent, dans certains cas, s'appuyer sur des outils déjà existants.

Hormis les outils de suivi et de recueil, le bilan d'un projet doit aussi se fonder sur le ressenti des acteurs. Il faut donc prévoir et organiser les conditions permettant à des acteurs représentatifs de faire état de leur point de vue sur un projet.

Préparer et réaliser un bilan induit de nombreuses implications pour le projet mais aussi pour le chef de projet. Celui-ci doit en premier lieu déterminer puis faire valider les objectifs et les indicateurs. Il doit juger ce qui paraît réalisable dans le cadre du projet tout gardant un certain degré d'ambition.

Après validation, le chef de projet doit organiser le suivi des indicateurs. Que ce soit lui-même ou des collaborateurs, il doit s'assurer que le suivi est réalisé avec autant de sérieux que la mise en œuvre du projet lui-même. Lorsqu'il n'assure pas lui-même la computation des données, il est important que le chef de projet soit attentif à analyser à échéances régulières les données enregistrées.

Enfin, le chef de projet se doit de communiquer de manière particulière sur les objectifs et leurs atteintes. Cela est parfois dur à accepter, mais un projet qui réussit sans qu'il n'y ait de communication ni d'éléments tangibles pour soutenir cette réussite, est un projet qui échoue. Sans entrer dans une survalorisation des données, il faut donc prévoir une communication régulière sur l'atteinte des objectifs.

Un autre élément important explique l'impérieuse nécessité de préparer dès l'origine les conditions du bilan : la possibilité de corriger. En effet, les outils de suivi peuvent, très tôt dans un projet, avant même un bilan à proprement parler, permettre de réorienter le tir ou de corriger certaines faiblesses ou manques. La stratégie nationale QVT prévoit ainsi une évaluation dès son engagement n°1 : « *une mission nationale chargée de la qualité de vie au travail des professionnels de santé permettra de recenser, valoriser, diffuser les bonnes pratiques et les évaluer* »³⁶. L'évaluation est annoncée dès le discours de présentation du sujet et des outils sont mis en place dans la foulée, comme la nomination le 10 janvier 2017 d'Edouard Couty comme médiateur national pour les conflits internes³⁷.

Le projet social 2013–2017 du CHB prévoyait plusieurs actions de prévention des risques professionnels (pages 167 et 168). Ces actions, qui faisaient suite à l'analyse du Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), ont été assorties d'une action d'évaluation. Celle-ci, prévue dès l'origine, est déterminante puisqu'elle influera sur les actions: « *si leur évaluation valide leur pertinence, elles feront l'objet d'une politique de généralisation au cours de la période du Projet d'Etablissement* »³⁸. On peut noter que le bilan n'est pas repoussé au terme de la période du projet d'établissement, mais qu'il est bien prévue une analyse au fil de l'eau afin de décider rapidement si, oui ou non, une généralisation du projet ou de l'action est opportune.

³⁶ Intervention de Marisol Touraine, Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Lundi 5 décembre 2016

³⁷ <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/strategie-nationale-d-amelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des>

³⁸ Projet d'établissement 2013 - 2017 du Centre Hospitalier de Brive, p. 168, 2012

Le projet VMNH prévoit la réalisation d'entretien avec chaque agent ayant participé à une journée partagée. Ces entretiens bilans, organisée autour d'une fiche bilan (cf. annexe 12), ont pour objectif de venir alimenter un bilan général du projet. Cependant, lors des premiers entretiens réalisés, des éléments à corriger ont été remontés par les agents participant au projet. Par exemple, la création d'un code VMNH dans le logiciel de gestion du temps de travail, avait été annoncée mais n'avait pas été réalisée dans le temps ni bien communiquée aux cadres. Suite à ces entretiens, le code a été définitivement créé et une communication par courriel auprès des cadres a été faite pour annoncer la création de ce code et l'obligation de l'utiliser en cas de journée partagée VMNH.

3.1.2 Un bilan implique de regarder en arrière

Le premier objectif d'un bilan est d'abord de réaliser un constat objectif des échecs et des réussites. Ce constat n'est pas aisé à réaliser, d'autant plus pour celui ou ceux qui sont les porteurs du projet. Il est donc essentiel de s'appuyer sur les objectifs fixés à l'origine et sur les outils de suivi qui soutiennent le projet. Pour gagner en objectivité, il importe aussi de réunir des acteurs divers, que ce soit dans leur positionnement ou dans leur implication vis-à-vis du projet.

Ce regard en arrière ne doit être compris que pour ce qu'il est, un moment de pause pour réfléchir aux suites à donner à un projet. Plusieurs possibilités existent alors, qui vont de l'arrêt du projet à sa poursuite en l'état, avec tout un éventail entre continuité et rupture. Il est évident que la nature même du projet est l'élément le plus déterminant dans le choix retenu. En effet, il ne peut être décidé de poursuivre un projet social puisque le calendrier contraint à se limiter à une période maximale de cinq ans. Inversement, il ne peut être décidé de ne pas poursuivre par la rédaction d'un nouveau projet social puisque ceci relève de l'obligation réglementaire.

La stratégie nationale QVT n'a pas encore fait l'objet d'un bilan puisque la mise en œuvre ne fait que débuter. Mais, parce qu'elle s'inscrit dans la continuité de nombreuses politiques publiques dans le domaine (cf. 1.1), elle s'est appuyé sur divers rapports et études concernant des thématiques qu'elle vise à englober. Nous avons montré la filiation entre la QVT et la lutte contre les RPS. Pour cette raison, le ministère a souhaité faire le lien entre le lancement de sa stratégie et la réception d'un rapport qu'il avait commandé à l'Inspection général des affaires sociales (IGAS) sur les RPS des personnels médicaux hospitaliers³⁹.

Lorsque le CHB s'est lancé dans la rédaction d'un nouveau projet social pour la période 2018-2022, l'une de ses premières actions a été de tirer le bilan du projet social 2013-2017. Pour ce faire, un tableau de suivi conçu et alimenté dès la mise en œuvre du projet social a été utilisé.

³⁹ <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/strategie-nationale-d-amelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des>
Denis ROME - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2017

PE 2013- 2017 : Une cohésion sociale au service de la dynamique de l'établissement

Tableau de suivi du projet d'Etablissement 2013-2017 : volet social		Bilan : % de réalisation	Statut : * C Clos * E/C En cours * O Ouvert	Observations
3.1 Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail				
3.1.1 Conforter dans le cadre du CHSCT la politique de prévention des risques		100%		
Construire une politique globale d'hygiène et de sécurité. Politique du CHSCT de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse du Document Unique (DUQA)			C	mise en œuvre du Contrat d'Amélioration des Conditions de Travail (DRH)
Améliorer la méthode, renforcer le pilotage des actions (reporting-évaluation) et des audits des services			C	Bilan annuel en CHSCT
Former rapidement les nouveaux auditeurs et renforcer leur expertise			C	Réalisé : mise à niveau du groupe d'auditeurs internes des Risques professionnels et formation de l'ensemble des auditeurs au RPS
Intégrer dans la démarche d'audit l'évaluation des risques psycho sociaux			C	Dimension RPS intégrée dans le cadre des Audits de service
Systematiser l'information des personnels (DNH+) et de l'encadrement sur les mesures prises dans le cadre de cette politique			C	DNH+ Handicap déc2016
Identifier des moyens financiers propres au CHSCT (budget)			C	pas de budget dédié mais réunions avec DALI et groupe de travail sur les équipements de soins
Poursuivre l'actualisation annuelle du Document Unique de prévention des risques			C	chaque fin d'année
Poursuivre la formation et l'information du personnel en matière d'hygiène et de prévention des risques			C	plan de formation TMS, gestion agressivité violence, correspondants handicap
3.1.2 Poursuivre l'amélioration des conditions de travail		90%		
Sensibiliser les professionnels sur les impacts des mauvaises pratiques professionnelles			C	Actions de formation en pluri annuel : Manutention relationnel, Gestuel santé
Améliorer l'intégration des nouveaux embauchés et leur formation initiale			C	Journée d'accueil des nouveaux agents, tuitage/doublure dans les services de soins
Renforcer les formations « charges mentales » et les groupes de paroles			O	Non réalisé
Déployer les formations à la gestion de l'agressivité dans tous les services			E/C	Fait : Urgences, Psychiatrie, A déployer: BDE - Secrétariat - autres services

Le projet VMNH, nous l'avons dit, prévoyait une période expérimentale. Pour tirer un bilan de cette période, une réunion du comité d'animation du projet a été organisée. Lors de cette réunion ont été présentés les résultats des indicateurs de suivi du projet.

3.1.3 Un bilan prépare toujours la phase suivante

L'objectif d'un bilan est essentiellement de se tourner vers l'avenir. Les suites données au projet vont dépendre certes du degré de réussite du projet lui-même mais, plus encore, des éléments de bilan retenus et de la manière de les présenter. C'est en effet dans cette fenêtre d'opportunité que l'évolution d'un projet se décide. La responsabilité d'un manager public est d'accepter les résultats objectifs du projet et les avis des acteurs concernés. D'autant plus lorsqu'il est à l'initiative d'un projet, il doit être en mesure de juger avec sérieux si, non pour son propre orgueil mais pour le bien de l'établissement, un projet semble intéressant à faire perdurer.

Une fois encore, il faut avoir en tête que les différents projets ne sont pas logés à la même enseigne :

- la fin d'une stratégie nationale est un élément politique fort, parfois lié à une évolution politique suite à des résultats électoraux, puisqu'elle peut signifier : la reconnaissance d'un échec de l'action publique, la reconnaissance d'un changement des priorités, le sentiment qu'un sujet a été résolu ;
- pour un projet d'établissement, la fin est programmée dès l'origine, puisqu'il s'agit d'un contrat dans le temps ;
- pour un projet tel que VMNH, la fin n'est ni prévue ni prévisible. La vie du projet repose sur les acteurs et sur leur croyance dans l'intérêt du projet et, par ce fait, dans leur volonté de le faire vivre. Le moment du bilan est donc, ici plus qu'ailleurs, essentiel dans le cycle de vie du projet.

3.2 Un premier bilan du projet VMNH

Dans cette partie, nous ne tirerons pas le bilan ni de la stratégie nationale ni du projet social. Ce choix est évidemment contraint puisque, ni l'un ni l'autre, n'ont réellement démarré leur mise en œuvre.

Une fois encore, ceci symbolise l'extrême différence dans les échelles de calendrier. Le projet VMNH, présenté pour la première fois en janvier 2017, se situe déjà à l'heure du bilan alors que la stratégie nationale et le projet social, préparés depuis un ou deux ans, ne sont pas encore entrés dans la phase de mise en œuvre et que les premiers bilans ne seront pas tirés avant une ou plusieurs années.

Il y a donc une inversion des rapports analysés dans la première partie sur les prémises. A l'heure de la mise en œuvre, les projets de terrain deviennent des éléments qui nourrissent le travail plus long dans le temps de projets à échelles plus importantes (établissement, nationale).

3.2.1 Bilan de la mise en œuvre

Si nous avons déjà analysé ce que permet d'apprendre la mise en œuvre d'un projet (cf. 2.5), l'objectif est ici, en reprenant les phases retenues dans la partie précédente, d'essayer de retenir des points forts et des points faibles à chaque étape, dans une volonté d'apprentissage et d'amélioration.

La phase de préparation est aboutie dès lors qu'elle permet de créer un projet en mesure d'être présenté. Ce projet apparaît complet dans le sens où il développe une philosophie, des objectifs, une méthode de mise en œuvre et un cadrage des règles. En revanche, la trop grande préparation d'éléments de détails apparaît rétrospectivement comme une perte de temps que le chef de projet aurait pu utiliser pour travailler sur d'autres éléments. De plus, si ce ne fut pas le cas, un projet trop long et trop détaillé aurait pu entraîner un refus a priori en donnant l'impression d'être compliqué à mettre en œuvre.

La phase de présentation peut être qualifiée de réussie puisqu'elle a atteint son objectif premier : expliciter le projet de manière claire et rapide à des interlocuteurs qui doivent se positionner et/ou servir de relais. Pour faciliter l'atteinte de cet objectif, il faut retenir que, notamment au niveau de son équipe de direction, l'envoi le plus tôt possible d'avant-projet est l'un des plus sûrs moyens de laisser la possibilité à ses collègues de s'en imprégner et d'y réagir.

A priori, cette phase n'est pas celle qui présente le plus d'obstacles. Cependant, l'environnement global est un élément essentiel et peu contrôlable, qui accélère ou ralentit tout projet. Ainsi, un chef d'établissement ouvert à des expériences novatrices et une équipe de direction prête à s'investir pour faciliter le projet d'un collègue, sont essentielles pour mettre définitivement un projet sur les rails.

La phase de communication est sans aucun doute la plus complexe et la plus risquée. Complexe car il faut trouver une cohérence dans sa communication tout en ayant de la souplesse pour se faire entendre des différents publics auxquels on s'adresse. Risquée parce que tout échec dans la communication rendra extrêmement peu probable une adhésion volontaire au projet.

Pour le projet VMNH, la communication a été globalement réussie, dans le sens où elle a su toucher un nombre important d'agents et à donner envie à certains d'entre eux de participer au projet. Cette réussite a largement reposé sur les conseils prodigués par différents acteurs et sur l'implication de plusieurs agents. En effet, la communication à l'hôpital, surtout lorsqu'elle se veut aussi diffuse, est très chronophage. Il faut accepter de prendre du temps et se préparer à des répétitions massives d'éléments de langage.

L'importance et la diversité des outils de communication impliquent un important travail de préparation. Il aurait donc été préférable que le chef de projet utilise une partie plus importante du temps de préparation à cette communication plutôt qu'à des éléments peu opérationnels du projet.

La phase de mise en place est peut-être celle qui aurait mérité le plus d'être réalisée différemment. Non pas sur les grandes lignes, puisque le projet a pu ensuite démarrer sans réelle difficulté et dans le sens voulu. Mais de nombreux points d'amélioration sont apparus. Ainsi, plusieurs éléments attendus au projet ont été mis en place avec parfois un décalage ou sans une parfaite communication. Cela concerne aussi bien la création du code spécifique dans le logiciel de gestion du temps de travail et sa communication aux cadres, que la réalisation du bandeau Intranet avec les renvois vers les documents opérationnels. L'une des explications de ces difficultés tient au fait qu'elles impliquent des agents plus éloignés du projet et donc moins investis et moins sensibles au calendrier. Il faut donc savoir anticiper au mieux ses demandes et conserver une grande vigilance dans leur réalisation dans le temps adéquat. De plus, l'un des points essentiels du projet était la réalisation du livret et sa diffusion au démarrage du projet. Or, ce livret, nécessitait un temps de travail, pour le chef de projet et pour ses collaborateurs, qui avait mal été anticipé. De même, certains choix retenus – qui se sont révélés positifs par la suite – induisaient des risques évidents de difficulté pour le rétro planning puisqu'ils impliquaient une participation de très nombreux agents peu au fait du projet. Sans que cela ne soit trop dommageable, ces erreurs ont entraîné un découplage dans le temps entre le démarrage du projet et la sortie du livret. Sur un projet tel que VMNH, ce décalage n'a pas été réellement problématiques. Mais sur des projets plus attendus ou plus complexes, ceci aurait pu entraîner des difficultés d'un autre ordre.

La phase de démarrage, arrivant à la fin du projet, transpire tous les apports des phases précédentes, qu'ils soient positifs ou négatifs. Ainsi, le projet VMNH a pu démarrer de manière relativement cadrée, avec une communication assez réussie pour qu'une participation réelle se développe peu à peu. Pour donner du souffle à cette participation, il a alors été important que de nouvelles communications soient réalisées. En revanche, certaines difficultés ou marges d'amélioration ont perduré. Par exemple, le comité d'animation, bien qu'ayant une existence réelle, n'a pas été réellement un comité de pilotage actif et n'a pas servi autant de relais qu'il aurait pu l'être.

3.2.2 Situation à la fin du stage

Au moment où l'élève-directeur quitte l'établissement, le projet VMNH est toujours en cours. Il se situe dans une phase expérimentale mais devrait se transformer en un projet pérenne puisque son inscription au projet social, et donc au projet d'établissement, semble pour le moment actée.

La participation quantitative au projet apparaît plutôt positive. Celle-ci doit être analysée pour la période de mi-avril à mi-juillet (soit trois mois) puisqu'un arrêt dans l'arrivée des demandes a été constaté entre la mi-juillet et la mi-août. Il est difficile pour le moment d'analyser si cet arrêt est définitif suite à une retombée du projet ou s'il s'agit d'une simple pause estivale de facture assez classique.

Quoi qu'il en soit, sur les trois premiers mois du projet, près d'une cinquantaine de demandes d'inscriptions sont parvenues. Point positif, ces demandes sont assez représentatives de la diversité de l'hôpital. On trouve près quinze métiers représentés dans les demandeurs, dont ceux qui sont proportionnellement les plus présents à l'hôpital : quinze IDE, dix AS, quatre ASQH, deux secrétaires médicales, deux ambulanciers, deux agents administratifs. Autre élément, des métiers moins représentés ou d'encadrement apparaissent dans la liste : psychologue, cadre de santé, archiviste.

La diversité d'origine des demandeurs se double d'une diversité des métiers et services demandés. On trouve parmi les demandes plus de trente métiers cités (chaque demande pouvant contenir jusqu'à trois métiers) allant de secrétaire médicale à chef d'établissement, en passant par large éventail: AS, IDE, manipulateur radio, ergothérapeute, attaché d'administration, ingénieur biomédical, etc. De même, ce sont environ vingt-cinq services différents qui ont fait l'objet d'une demande. On retrouve régulièrement des services moins accessibles au quotidien (bloc opératoire, laboratoire, stérilisation) ou des services liés aux enfants (pédiatrie, maternité, pédopsychiatrie). Mais les demandes visent cependant une diversité de services assez représentative de la réalité de l'hôpital : service mortuaire, reprographie, bureau des entrées, direction de la qualité, direction des services informatiques, IFSI, cuisines, service biomédical, ainsi que de très nombreux services soignants.

Le nombre de journées partagées réalisées apparaît lui aussi positif. Il faut souligner que certaines demandes ne peuvent pas toujours ou difficilement se traduire en journée partagée pour de multiples raisons (départ en formation, congés longue maladie, changement de poste). Pour autant, sur la quarantaine de demandes valides, treize ont déjà pu faire l'objet d'une journée partagée. A celles-là, il faut en ajouter sept pour lesquelles une date a été posée, sur une période allant de septembre à novembre. C'est donc une moitié de demandes auxquelles une réponse a pu être apportée.

Parmi les treize journées partagées, neuf ont déjà fait l'objet d'un entretien bilan. Le nombre de bilans restent modestes et il semble encore tôt pour en tirer de réelles conclusions. On peut cependant brosser les premières tendances qui s'en dégagent. La motivation (cf. question n°2) des demandeurs est extrêmement variée avec trois modèles archétypiques : le curieux, le professionnel intéressé, le reconverti. En termes de découvertes (cf. questions n°4/5/6), les premiers bilans montrent qu'il est rare qu'un agent soit dans une découverte totale (métier, service, lieux). Plus généralement, deux des trois

questions font l'objet d'une réponse positive - *oui, tout à fait* – et la dernière d'une réponse négative – *non, pas trop* ou *non, pas du tout* – ou nuancé – *oui, plutôt* -. L'accueil dans le service (cf. question n°7) suscite pour l'instant une réponse positive unanime, tant à l'oral que sur les fiches bilan. Cela tend à confirmer l'idée que les agents, quels qu'ils soient, ont du plaisir à montrer et expliquer leur travail. L'intérêt du projet est pour le moment confirmé par les participants puisqu'aux questions sur le fait de participer de nouveau au projet (question n°8) ou de la recommander à ses collègues (question n°9) les réponses se répartissent entre sept à huit « *oui, tout à fait* » et un ou deux « *oui, plutôt* ». Enfin, , lorsque les participants sont invités à donner une note globale au projet, celle-ci se situe en moyenne à 9,33/10.

Les données des trois premiers mois confirment donc l'intérêt du projet pour les agents et donnent de l'espoir pour sa continuité. Pourtant, il serait naïf de ne pas reconnaître que des risques apparaissent pour la suite du projet. Le départ du chef de projet est le premier de ses risques. Le projet peut aussi faire face à un essoufflement de la part des demandeurs. En effet, on peut craindre que les personnes naturellement les plus enclines à participer à ce type de projet, se soient largement engouffrées dans l'ouverture dès le départ. Il est plausible que le flot se tarisse et qu'il soit de plus en plus difficile de susciter de nouvelles inscriptions. La communication est un autre élément de risque. Le lancement du projet ouvre une fenêtre pour communiquer massivement. Par la suite, il devient plus difficile de trouver de nouvelles opportunités de communiquer autour du projet.

Pour partie, prévenir ces risques incombe au chef de projet. La transmission du relais est essentielle pour espérer que le souffle ne retombe pas. Ainsi, trois agents ont été sollicités plusieurs mois en amont pour prendre la relève. En partageant les missions du chef de projet, l'objectif est de pas sur solliciter les agents et de démultiplier les personnes relais. Une partie des tâches ont d'ailleurs été réalisées en doublon sur les deux derniers mois afin de faciliter la transmission. Enfin, un comité d'animation s'est tenu fin août pour entériner cette nouvelle organisation, faire le point sur l'ensemble du projet et réfléchir sur les suites à lui donner dans les prochains mois. Tout ceci renvoie à un élément majeur : de la même manière que le bilan, un chef de projet doit toujours anticiper le passage de relais, d'autant plus lorsque son propre départ est programmé et certain.

3.2.3 Une expérience formatrice pour l'élève directeur

Indiscutablement, menée un projet tel que le projet VMNH est une expérience incroyablement formatrice pour un élève-directeur. D'abord, parce qu'elle permet une découverte d'ensemble de l'enveloppe hospitalière, notamment en se familiarisant avec les différents métiers et les différents lieux qui la constituent. Ensuite, parce que cette expérience implique de travailler avec diverses personnes, que ce soit au sein du secteur administratif mais aussi en-dehors. De même, pour lancer le projet il faut se confronter aux acteurs incontournables de l'hôpital : les instances, la communauté médicale, les cadres, les organisations syndicales. Collaborer avec ses acteurs permet d'intégrer la réalité des temporalités et

du calendrier hospitalier, et de mieux saisir ce que peuvent être des fenêtres d'opportunité. Enfin, ce type de projet est l'occasion de se frotter à de nombreux outils, compétences et principes de management. Ils vont de la compréhension d'un logiciel de gestion du temps de travail et des possibilités qu'ils emportent avec lui, jusqu'à la menée de réunion d'information devant un public important.

3.3 Une vision de la QVT et de l'hôpital

3.3.1 Une vision qui sous-tendait le projet VMNH dès l'origine

Derrière ce projet, c'est une vision de ce que peut être la QVT et de ce qu'est l'hôpital qui a sous-tendu ce projet. Cette vision s'est affermi au cours de ce projet, grâce aux discussions, face aux échecs et aux réussites, mais aussi et surtout parce qu'elle se fonde maintenant sur une substance expérimentale et non purement théorique.

L'idée est la suivante, la QVT, doit se développer sur une connaissance et un respect entre les agents et les métiers. Cette connaissance et ce respect se fait à plusieurs niveaux :

- une simple connaissance de l'autre comme être humain et comme collègue, première étape de la reconnaissance ;
- une compréhension du métier de l'autre, de ses contraintes et langages ;
- une acceptation de l'intérêt et l'utilité de ce métier dans la mécanique complexe que représente un établissement de santé.

3.3.2 Une vision à la fois confirmée, nuancée et enrichie

Au cours du projet, la vision de l'élève-directeur s'est à la fois confirmée, nuancée et enrichie.

Sans avoir une idée globale de ce qu'est ou doit être la QVT, le sentiment qu'une meilleure connaissance des agents entre eux est l'un des éléments d'amélioration a été confirmé par le projet. En effet, le sentiment d'appartenir à une grande entité se transforme plus facilement en élément de satisfaction lorsque l'on connaît plus largement cette entité et ses processus de fonctionnement. En donnant à voir d'autres lieux ou services de l'hôpital, ce genre de projet permet à certains d'agents de développer quelque peu leur identité d'établissement, identité qui se rajoute à celle du métier et/ou du service. L'amélioration de la QVT passe aussi par le couple découverte – présentation. L'agent visiteur prend plaisir à découvrir parce que cela représente une stimulation intellectuelle qui fait appel à son intelligence et, cela est rare, sans objectif immédiat ou attendu. Pour l'agent accueillant, le plaisir se situe dans la présentation de son métier. Expliquer, oraliser des tâches que l'on effectue souvent de manière répétitive, permet de (se) rappeler que ces tâches ont un sens. Souvent, le partage avec un agent novice par rapport au métier découvert, rehausse aussi le sentiment de compétences de celui qui

présente son métier. A travers les yeux de l'autre, il (re)découvre qu'il possède des savoir-faire que tout le monde ne détient pas et, ainsi, s'approche d'un sentiment de reconnaissance.

A la fin de cette expérience, la vision de départ s'est aussi nuancée, non sur la nécessité de ce type de projet mais sur son acceptation et l'envie des agents de se l'accaparer. Si personne n'a remis en cause l'idée même du projet, son utilité ou l'intérêt qui trouveraient les agents ont parfois été discutés a priori. De même, si des agents ont souvent souligné l'idée, peu se sont réellement investis dans le projet. Autre point d'interrogation : le besoin de respiration pour des agents qui se plaignent de la surcharge de travail. Ce projet vise justement à permettre, le temps d'une journée, de sortir de son rythme quotidien et de ses obligations habituelles. Or, cette possibilité n'a été que peu utilisée et encore moins mise en avant par les agents.

La mise en œuvre du projet a aussi permis d'enrichir la vision de la QVT de l'élève-directeur, tant dans ce que cette notion représente que dans les moyens et actions qui permettent de l'améliorer. Cet enrichissement s'est d'abord fait à travers les lectures et les recherches qui ont précédé la préparation initiale du projet puis lors de la rédaction de ce mémoire. Il s'est ensuite développé grâce aux multiples discussions, formelles et informelles, avec divers acteurs, qui ont découlé des nombreuses présentations et mises en œuvre du projet.

En parallèle, l'élève directeur a développé une meilleure compréhension de l'importance de la mobilité professionnelle dans la QVT. Cette mobilité peut être réelle ou imaginée, elle peut se traduire par une évolution ou n'être qu'une possibilité. Les demandes d'inscription des agents ont démontré cette réalité. Beaucoup ont effectué des demandes dans leur zone de proximité professionnel (même métier mais dans un autre service, métier proche). De plus, les retours des agents dans les bilans à souligner l'importance que revêt la mobilité. Difficile à décrire, il semble cependant évident que l'évocation même d'une mobilité, évidemment souhaitée, se traduit généralement par des réactions positives de l'agent et un réel espoir.

Conclusion

La notion de QVT est définitivement complexe. Elle est difficile à appréhender, à la fois par la liste des thématiques à laquelle elle renvoie et parce que, à travers cette liste et l'histoire de cette notion, ce sont des luttes et des évolutions profondes qui apparaissent en filigrane.

Si la notion est complexe, la possibilité d'améliorer concrètement les conditions de travail des professionnels paraît encore plus grande. Cette difficulté peut s'expliquer de différentes manières, plus complémentaires que contradictoires :

- une diversité des thématiques qui impose d'agir sur de très nombreux leviers en même temps,
- des contraintes et des injonctions qui limitent la capacité d'action voire viennent en contradiction avec un objectif d'amélioration de la QVT,
- une notion qui, si elle possède une dimension collective, touche largement à l'individu lui-même, et non pas uniquement au professionnel,
- un individu qui, par essence, est un être humain, et possède donc des particularismes dans sa vision et dans ses besoins pour atteindre son bien-être.

Face à cette complexité, on ne peut avoir que la modestie d'accepter que la capacité, même du meilleur des projets, à influencer positivement sur cette qualité de vie, est limitée, imprévisible, contradictoire. Pourtant, au moment de terminer ce mémoire et ce stage professionnel, l'élève directeur ressent un frémissement de fierté. Ce projet VMNH n'a peut-être pas, ou marginalement, amélioré les conditions de travail au CH de Brive. En revanche, il a assurément et modestement tenté de le faire. D'autant que, et c'est peut-être le plus injuste, c'est le porteur du projet lui-même qui a, sans aucun doute, le plus amélioré ses propres conditions de travail via ce projet. En effet, outre le plaisir et la stimulation de lancer une initiative, celle-ci l'a conduit à se former, à découvrir des métiers, à rencontrer des agents, à se confronter aux réalités de son environnement et de son métier.

Cet apprentissage, résultat positif à mettre au crédit du projet, lui servira indéniablement, car elle confirme ce que l'on peut se faire comme principe de responsabilité pour un directeur d'hôpital. La responsabilité de réfléchir, d'inventer et d'essayer. Croisons les doigts, non pas tant pour soi-même que pour les agents et pour le service public hospitalier, que certains essais se transformeront en réussites.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de la santé publique

[LOI n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière](#)

[LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale](#)

[LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#)

Accord national interprofessionnel, *Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au Travail et de l'égalité professionnelle*, 19 juin 2013, 18 p.

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Projet d'accord-cadre sur la qualité de vie au travail dans la fonction publique*, 12 janvier 2015, 16 p.

Instruction N° DGOS/RH4/DGCS/4B/2016/250 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Guides méthodologiques – Etudes - Rapports

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : Prendre soin de ceux qui nous soignent*, 5 décembre 2016,

HAS, *Guide de visite sur la qualité de vie au travail, A destination des experts-visiteurs*, 2010,

HAS, *Investiguer la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification - Synthèse des résultats de l'expérimentation*, Octobre 2013

HAS et ANACT, *Qualité de vie au travail, certification des établissements de santé et dialogue social*, Note blanche – juin 2013,

HAS, Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins, Janvier 2016,

Le classement des métiers préférés des Français, IFOP pour France Soir, Janvier 2011

Articles de presse

<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161205-ressources-humaines-marisol-touraine-lance-une-strategie-nationale>

<http://abonnes.hospimedia.fr/enquetes/20150206-dialogue-social-les-syndicats-peinent-a-s-accorder>

<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150304-dialogue-social-le-projet-d-accord-cadre-sur>

<http://www.adh-asso.org/adhneowp/wp-content/uploads/2017/03/Dossier-QVT-JADH66.pdf>

Documents internes au CH Brive

Projet d'établissement 2003 – 2008, Centre hospitalier de Brive (2002)

Projet d'établissement 2013 – 2017, Centre hospitalier de Brive (2012)

Fiches projets des pôles en vue de la rédaction du projet d'établissement

Compte-rendu du Directoire du 8 septembre 2016

Courrier du chef d'établissement aux chefs de pôle du 14 novembre 2016

Mémoire

CARHEIL A., Octobre 2016, EHESP, *La Qualité de Vie au Travail (QVT) en établissement de santé : du concept à la pratique*

COUNY, A., Décembre 2016, EHESP, *Promouvoir la qualité de vie au travail des soignants par le prisme de l'organisation du travail*

Sites internet, ressources en ligne

<https://www.anact.fr/>

<http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-08-27/les-negociations-sociales-du-second-semester>

<https://www.fhf.fr/>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/>

<https://webzine.has-sante.fr/>

<http://www.who.int/fr/>

Liste des annexes

Sur la thématique QVT

Annexe 1 : Intervention de madame Touraine, ministre de la Santé, pour présenter la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail

Annexe 2 : *10 Questions sur la qualité de vie au travail*, Réseau ANACT - ARACT

Annexe 3 : Revue de littérature, *Qualité de vie au travail et qualité des soins*, HAS, Janvier 2016

Sur la QVT et le projet social au CH Brive

Annexe 4 : Note qualité de vie au travail

Annexe 5 : Courrier du chef d'établissement du 14 novembre 2016

Annexe 6 : Extrait du projet d'établissement 2013 – 2017

Sur le projet VMNH

Annexe 7 : Extrait de la note de présentation originelle du projet

Annexe 8 : Power Point de présentation aux instances

Annexe 9 : Affiche de lancement du projet VMNH

Annexe 10 : Feuille inscription au projet VMNH

Annexe 11 : Feuille bilan de la journée partagée

Annexe 12 : Extrait du livret des métiers du CHB

Intervention de Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales et de la Santé
Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail
« Prendre soin de ceux qui nous soignent »
Lundi 5 décembre 2016

Madame, Monsieur les directeurs d'administrations centrales,
Messieurs les Directeurs généraux des Agences régionales de santé,
Madame la Présidente de l'Agence nationale d'appui à la performance,
Mesdames, Messieurs les représentants des organisations syndicales et des professionnels de santé,
Messieurs les représentants des ordres,
Madame, Monsieur les représentants des fédérations,
Mesdames, messieurs,

Depuis plus de quatre ans, j'ai la très grande et belle responsabilité de conduire la politique de santé de notre pays. Cette mission, je la porte avec une conviction solidement ancrée : les défis auxquels est confronté notre système de santé sont tels qu'ils ne peuvent qu'être relevés collectivement.

Ce collectif, c'est vous. Vous êtes confrontés, chaque jour, dans vos fonctions respectives, à des bouleversements qui interrogent profondément vos organisations, vos modes de fonctionnement et vos pratiques professionnelles.

La population vieillit et les pathologies changent. Les durées de séjours diminuent, l'ambulatoire se développe, les exigences de qualité et de sécurité des soins s'accroissent sans cesse, l'exercice professionnel se transforme. Mais les enjeux auxquels vous faites face ne s'arrêtent pas là. Vous vivez, comme toute la société, les tensions et les difficultés auxquelles notre pays est confronté.

Notre système de santé, c'est d'abord 2 millions de femmes et d'hommes. 2 millions de femmes et d'hommes confrontés comme tous les Français à la montée des incivilités, à la menace terroriste. 2 millions de femmes et d'hommes à qui les patients demandent toujours plus : plus d'informations, plus d'accompagnement, plus d'écoute... A qui les pouvoirs publics demandent aussi beaucoup, j'en ai évidemment conscience. Le contexte économique conduit depuis plusieurs années à redoubler d'efforts pour renforcer l'efficacité et améliorer la gestion des deniers publics. Chacune et chacun d'entre vous êtes pleinement mobilisés.

Comment ne pas voir que les changements, les réformes, les nouvelles règles peuvent peser sur les professionnels de santé. Comment ne pas voir que les réorganisations peuvent être contraignantes, que les transformations peuvent être ressenties comme une dégradation de l'environnement et des conditions de travail.

Ces constats sont au cœur du malaise qui s'est exprimé ces derniers mois. J'ai entendu vos attentes et vos inquiétudes. J'y suis personnellement sensible. Disposer de conditions d'exercice qui vous permettent de travailler sereinement et correctement, c'est bien le minimum qui vous est dû.

Soigner, prendre en charge la détresse et la souffrance de nos concitoyens, ce sont des missions formidables et exaltantes. Les professionnels de santé aiment leur métier et y sont profondément attachés. Je n'ai jamais vu de refus du changement par principe, de contestation de l'effort, de remise en question de vos pratiques. Je ne vois qu'une volonté d'avancer, d'aller de l'avant, face à ce que vous percevez comme une accumulation excessive de contraintes et de tensions qui peut faire oublier l'essentiel, la finalité même de vos métiers : prendre soin des Français.

Cette volonté d'avancer, je la partage pleinement. Elle nous impose de prendre davantage le temps de penser à vos conditions d'exercice. Elles nous invitent, tout simplement à prendre soin de ceux qui nous soignent.

C'est le sens de la stratégie que je vous présente aujourd'hui. Pourquoi une « stratégie » ? Parce que personne n'a besoin d'un énième plan. Parce que nous devons faire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé une priorité politique, portée au plus haut niveau. Parce qu'il nous faut repenser dans sa globalité la qualité de vie au travail.

Depuis plusieurs mois, nous avons échangé avec l'ensemble des acteurs. Ensemble, nous avons travaillé à une stratégie globale qui met la qualité de vie au travail au cœur de nos organisations. L'objectif, c'est d'améliorer le quotidien des personnels, de leur redonner la fierté du travail bien fait. Parce que l'excellence de la prise en charge des patients dépend, pour beaucoup, de la qualité de vie de ceux qui les soignent.

Cette stratégie, je l'ai voulue participative. Elle l'a été dans sa préparation, elle le sera dans son déploiement. Elle permettra de donner une impulsion politique, mais aussi de valoriser, partager et généraliser les bonnes pratiques, car il en existe. Des actions concrètes, déjà mises en place sur le terrain, vous seront d'ailleurs présentées tout à l'heure. Il ne s'agit donc pas de tout réinventer mais de susciter de nouvelles initiatives, de soutenir un mouvement de fond par une impulsion nationale forte, volontariste, avec des moyens à la hauteur des enjeux. Elle s'adresse à tous les professionnels de santé et à tous les modes d'exercice.

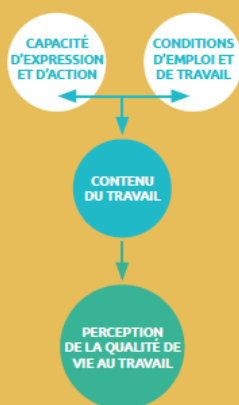
1

De quoi s'agit-il ?

L'engagement dans le travail et l'entreprise est à la source des gains de performance et de l'innovation. Cet engagement dépend de plusieurs conditions : contenu du travail, opportunités de développement professionnel, qualité du management... de la satisfaction des clients ou usagers... ainsi que d'un bon fonctionnement de l'entreprise. Concevoir de telles conditions de manière pérenne suppose de les inscrire à l'agenda stratégique et dans les projets techniques, sociaux et organisationnels de l'entreprise.

Qualité de vie au travail

Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte (ANI, juin 2013).



LES CONDITIONS

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

LA CAPACITÉ À S'EXPRIMER ET À AGIR

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

LE CONTENU DU TRAVAIL

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

Exemple : les différentes fédérations intervenant dans le champ des établissements de santé se sont investies dans la promotion de la qualité de vie au travail à travers notamment la valorisation de l'expérience des établissements qui développent des démarches QVT organisées et structurantes, associant l'ensemble des partenaires (les directions, l'encadrement, les personnels et leurs représentants).

L'objectif d'une démarche QVT est de « penser le contenu du travail » lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnels.

Introduction

Qualité de vie au travail et qualité des soins sont intimement liées.

Cette conviction portée par la HAS, corroborée par les témoignages de professionnels et d'usagers¹, est à l'origine de l'introduction d'un critère sur la « promotion de la qualité de vie au travail » dans le manuel de certification V2010 et des travaux menés en lien avec l'Anact depuis cette époque. Cette conviction a été partagée, travaillée, approfondie avec les acteurs du secteur pendant plus de deux ans pour aboutir à un socle commun autour de la définition et du contenu du concept de qualité de vie au travail, de ses enjeux et de ses principes méthodologiques. Cette première phase de travail s'est achevée par la présentation au Collège de la HAS de documents retraçant l'ensemble des réflexions produites par les acteurs engagés dans le cadre des travaux menés, puis par leur publication sur le site de la HAS².

Le Collège a alors souhaité que cette conviction partagée par l'ensemble des acteurs, soit également étayée par une analyse systématique de la littérature, afin d'en asseoir le fondement scientifique.

Le premier enjeu dans nos travaux consistait à définir ce qu'est la qualité de vie au travail ; la HAS a largement contribué et bénéficié en retour de l'ensemble des travaux conduits par les partenaires sociaux, les chercheurs et experts, les acteurs de terrain pour poser une définition robuste. Celle-ci, reprise dans l'ANI QVT du 19 juin 2013, précise : « Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte. (...) 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 ». Cette définition exprime clairement une nouvelle façon de négocier et d'agir : il ne s'agit pas de rajouter toujours plus de moyens ou de contraintes procédurales, mais de proposer un modèle plus intégratif visant à renouveler le management et soutenir davantage l'implication des professionnels.

Récent, le terme de qualité de vie au travail n'existe pas ou peu en tant que tel dans la littérature, notamment internationale. Le sujet a donc été abordé par les deux piliers de la QVT, c'est-à-dire les conditions de travail des salariés (organisation du travail, management, etc.) et la performance, afin de couvrir au mieux les différents aspects du sujet.

Les publications qui ont émergé de l'analyse de la littérature ont conduit à prendre en compte les travaux menés par des chercheurs de diverses disciplines : épidémiologie, sociologie, sciences politiques, sciences de gestion, santé publique... Cette diversité a permis de mettre en exergue un matériau riche, éclairant l'évolution des conditions de travail de ces 20 dernières années, l'impact des innovations techniques et organisationnelles sur les prises en charge des patients et sur le travail des professionnels, l'impact des réformes...

Une proportion importante de ces travaux pose un constat plutôt négatif sur l'évolution des conditions de travail et leur impact sur la qualité des soins. Ce constat est étayé par la production des grandes enquêtes de la statistique nationale (statistiques sur la santé physique et mentale au travail et sur leur impact en termes de turn-over, d'absentéisme, d'invalidité, d'abandon de la profession), il est éclairé par les apports des sciences sociales et sciences de gestion, qui ont largement contribué au débat en s'intéressant notamment à l'impact des réformes et de l'évolution du système de santé sur le bien-être des professionnels et les conditions du bien travailler ensemble. Enfin, on peut distinguer un troisième type de littérature davantage orienté santé publique, constitué pour une grande part par la littérature internationale, complétée par les travaux français, qui souligne, voire quantifie l'impact des organisations, du management, des conditions de travail sur la qualité des soins et la sécurité du patient.

Ces travaux proposent des éclairages intéressants pour mieux appréhender la situation actuelle, ceci étant, ils sont insuffisants pour ouvrir de nouvelles voies d'action. C'est pourquoi, nous nous sommes attachées à repérer et valoriser les travaux qui se fondent sur une approche positive du travail, cons-

¹ La préparation du manuel V2010 avait conduit la HAS à commander auprès de IPSOS une enquête sur les attentes et les perceptions des professionnels vis-à-vis de la certification d'une part, et à conduire une enquête qualitative auprès des usagers et de quelques professionnels sur la notion de maltraitance ordinaire.

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

truite sur les ressources de l'activité, plutôt que sur les risques, ainsi qu'y invite la notion même de qualité de vie au travail.

La structuration de cette revue de la littérature est le reflet de cette réflexion. Elle propose en outre une incursion dans une brève histoire des conditions de travail qui permet de comprendre le contexte, les enjeux et les limites des travaux présentés ensuite.

Précaution de lecture

Le sujet de la qualité de vie au travail concerne tout un chacun, il renvoie à son propre vécu de professionnel, de manager, de responsable de politiques publiques. C'est un sujet qui ne laisse pas indifférent. Produire une revue de littérature a pour ambition d'essayer d'objectiver certains points, certaines données, certaines dimensions. Ceci étant, les résultats d'une telle recherche sont nécessairement liés au matériau existant, une revue de littérature sur un tel sujet ne peut être exhaustive par définition. Ils ne peuvent pas répondre à toutes les questions, ni aborder toutes les situations de manière approfondie. Ils dépendent de la commande publique pour évaluer les politiques mises en place, des thématiques abordées par les chercheurs ou des terrains qui leur ont été mis à disposition. Certains pourront à juste titre regretter, que le secteur hospitalier public ait été plus souvent étudié que le secteur privé, que les professionnels infirmiers aient suscité plus de recherche et d'observations que d'autres professions au sein des établissements, que les résultats des travaux internationaux soient parfois difficilement transposables directement à la situation de la France (la réglementation, l'offre de soins, les financements étant différents d'un pays à l'autre).

Pour autant, les enseignements des uns peuvent servir aux autres, et au-delà de toutes ces limites, puisse cette revue de littérature instruire, inspirer, donner envie de collaborer à l'ensemble des acteurs en faveur d'un bien-être de l'ensemble des professionnels et in fine d'une meilleure qualité des soins.

LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Contexte

Le Centre Hospitalier de Brive a décidé de renforcer son engagement dans une démarche de qualité de vie au travail. Celle-ci ne peut aboutir sans l'implication totale des personnels et des différents responsables de l'établissement. Elle doit se construire non seulement dans le cadre d'un dialogue social permanent entre la Direction et les représentants du personnel mais surtout à partir d'une concertation au sein des services permettant de définir des propositions originales portées par les équipes.

C'est pourquoi, il a été demandé à chaque chef de pôle d'initier cette démarche au sein des différents secteurs constituant le pôle. Chaque contrat de pôle disposera d'un volet décrivant les actions permettant d'agir sur la qualité de vie au travail. Le projet d'établissement intégrera également cette thématique et reprendra en synthèse les objectifs déterminés par la concertation au sein des pôles.

Prendre en compte la qualité de vie au travail, c'est développer une vision moderne des relations sociales, faire preuve de prévention des risques professionnels mais aussi agir de façon indirecte sur la qualité des soins et le niveau de performance des professionnels.

Qu'est-ce-que la qualité de vie au travail (QVT) ?

La QVT est une notion relativement large qui intègre et cohabite avec d'autres notions comme le bien-être au travail, le mieux vivre au travail et s'intègre dans une dimension individuelle et collective.

La QVT doit être considérée dans une dimension individuelle, car elle laisse place à une certaine subjectivité du fait d'un ressenti inhérent à chaque individu. La QVT doit également s'intégrer dans un collectif en termes de conditions de travail, de relations sociales, de santé et de sécurité au travail. Chaque situation individuelle permet d'agir sur la dynamique collective.

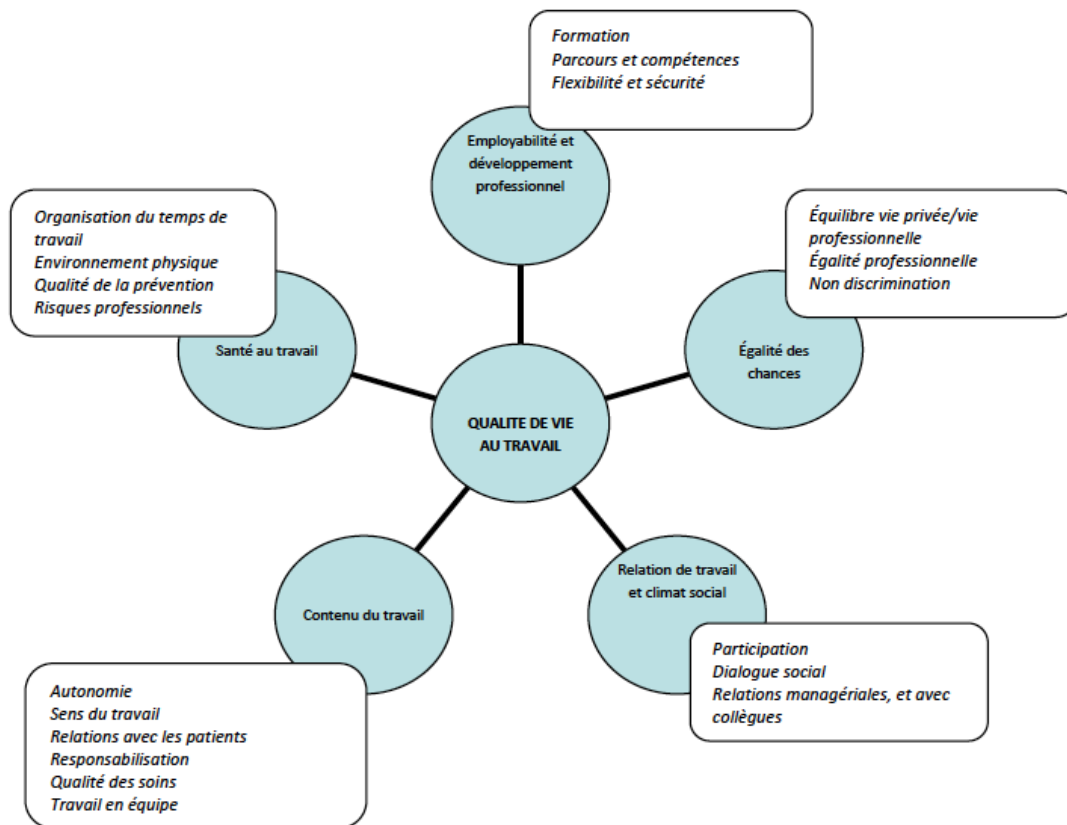
Il s'agit de repenser le contenu du travail en termes d'autonomie, de sentiment d'utilité, de responsabilité et de compétences. Les conditions de travail et la capacité des agents à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la QVT.

La QVT peut alors être source de performance dans la mesure où il s'agit de préserver la santé des professionnels, de gérer l'impact du vieillissement de ces derniers et de les impliquer dans leur travail. Il convient pour cela de développer une culture de prévention, ce qui permettra notamment de réduire la fréquence des accidents du travail / maladies professionnelles.

Objectifs :

- Reconnaître et soutenir la **qualité de l'engagement** dans le travail ;
- Construire un **projet fédérateur** qui mobilise tous les acteurs ;
- Considérer que la QVT est un critère d'atteinte de la **performance**

Les éléments pouvant influencer sur la QVT



Les facteurs principaux qui influent sur la QVT sont le poste lui-même, l'environnement physique et social de travail, les relations interpersonnelles au travail, l'organisation et le contenu du travail.

La démarche QVT

La démarche QVT doit s'intégrer dans un cadre méthodologique qui va de la conception à la pérennisation. Il s'agit de poser un diagnostic préalable en identifiant des **axes prioritaires** et de les intégrer dans le fonctionnement du service, du pôle ou de l'établissement. Il convient alors de définir les axes d'action de la démarche QVT en impliquant divers acteurs dans l'expérimentation, puis d'évaluer les situations et les projets.

- Expérimentation

L'expérimentation ne se fait pas nécessairement sur tout l'établissement, mais au sein d'une unité, d'un service ou d'un pôle sur un projet particulier. Ce projet doit intégrer un volet organisationnel, mais également social et préventif.

- Évaluation de la QVT

Il s'agit de s'appuyer sur des indicateurs et des critères d'évaluation cohérents.

Trois types d'indicateurs :

- Indicateurs de perception
- Indicateurs de fonctionnement
- Indicateurs de santé au travail

Conclusion :

- Choix d'une démarche participative, animée par les responsables de pôles et de service
- Analyse avec les équipes des différents items influant sur la qualité de vie au travail, en tenant compte des mesures déjà engagées
- Définition des thématiques prioritaires
- Proposition d'actions à mettre en place et définition des critères d'évaluation
- Formalisation des objectifs Qualité de Vie au Travail dans les contrats de pôle
- Synthèse des objectifs dans le Projet d'établissement

Pour accompagner cette démarche désignation d'un référent au niveau de la Direction

Annexe 5 : Courrier du chef d'établissement du 14 novembre 2016



BRIVE, le 14 novembre 2016

DIRECTION GENERALE

☎ 05 55 92 60 01
☎ 05 55 92 60 80
✉ direction-generale@ch-brive.fr

Réf : 2016/281/DG/VD/JF

courrier

Denise SIMBELIE
Attachée d'Administration
05 55 92 62 08

Catherine ROUSSEAU
Adjoint des Cadres
05 55 88 85 75

Isabelle ROUSSIE
Adjoint Administratif
05 55 92 73 93

Marie TOURAL
Adjoint Administratif
05 55 92 60 01

Mesdames, Messieurs,

Durant l'été, avec le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, je vous avais adressé un document relatif à la Qualité de Vie au Travail. Ce document reprenait les travaux menés au niveau national par différents organismes du monde de la santé et l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

Il s'agissait pour vous de disposer de quelques notions vous permettant de réfléchir avec vos équipes sur cet important sujet qui touche finalement à la qualité des soins et à la performance des équipes au service des patients.

Cette thématique a fait l'objet d'un échange lors d'un Directoire élargi, le 8 septembre dernier. Fort de cet échange et soucieux que l'on puisse avancer sur cet important sujet, il m'a semblé nécessaire de préciser le cadrage général de la démarche.

Si l'on souhaite réellement engager une dynamique positive sur la vie des équipes et de ceux qui les compose, il convient de dépasser les débats classiques et les postures traditionnelles dont les résultats effectifs sur l'amélioration des conditions de travail n'ont jamais été très probants ou durables.

Nous sommes tous individuellement en mesure d'agir pour faciliter les fonctionnements ou donner du sens à nos actions. Tout ne se résume pas systématiquement à des questions de moyens. La qualité de vie au travail n'est pas toujours meilleure dans les très grosses équipes. En revanche, celle-ci est grandement améliorée lorsque les professionnels sont associés à la résolution des problèmes de fonctionnement, lorsqu'il existe une réelle mise en perspective des projets menés dans un service, lorsque chaque professionnel prend en compte les contraintes qu'il fait peser sur ses collègues par une action mal coordonnée... La démarche que nous lançons au travers de la thématique de la qualité de vie au travail vise donc à redonner l'initiative aux équipes pour agir concrètement sur leur environnement de travail.

Je vous propose de concentrer les discussions au niveau des pôles sur le volet contenu du travail :

- Quelle autonomie d'action pour chaque professionnel ?
- Quel sens donner aux missions accomplies, comment élaborer des projets fédérateurs ?
- Quelles modalités de gestion des relations avec les patients ?
- Quelles évolutions possibles pour mieux impliquer, associer et responsabiliser chaque professionnel ?
- Quels objectifs pour les organisations et les pratiques afin de garantir la qualité des soins ?
- Comment consolider la solidarité au sein des équipes, améliorer la coordination des acteurs, permettre à chacun de trouver sa place et éviter tous les dysfonctionnements quotidiens qui pèsent sur les conditions de travail et sur la qualité du service rendu ?

Les deux autres axes importants de ce projet Qualité de Vie au Travail, travaux sur les rythmes de travail et sur le management des équipes, seront traités au niveau de l'établissement dans le cadre d'une concertation avec les représentants du personnel et l'encadrement.

Je vous remercie de votre implication dans cette démarche qui doit renforcer la cohésion sociale de notre hôpital, se traduire par un bien-être au travail ainsi qu'une reconnaissance plus forte de chaque professionnel et donc une plus grande efficacité dans le service rendu à la population.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur,



Vincent DELIVET

III – UNE COHESION SOCIALE AU SERVICE DE LA DYNAMIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 Prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail

La démarche de l'établissement s'appuie sur le Document Unique du CHSCT et sur le travail des groupes d'auditeurs dans le cadre de l'analyse des risques professionnels.

Elle se fixe trois axes de travail :

- ⇒ Conforter dans le cadre du CHSCT la politique générale de prévention des risques
- ⇒ Poursuivre l'amélioration des conditions de travail
- ⇒ Améliorer la prévention des risques professionnels critiques

3.1.1. Conforter dans le cadre du CHSCT la politique de prévention des risques

Les objectifs arrêtés, sont les suivants :

- Construire une politique globale d'hygiène et de sécurité
- Améliorer la méthode, renforcer le pilotage des actions (reporting-évaluation) et des audits des services
- Former rapidement les nouveaux auditeurs et renforcer leur expertise
- Intégrer dans la démarche d'audit l'évaluation des risques psycho sociaux
- Systématiser l'information des personnels (DNH+) et de l'encadrement sur les mesures prises dans le cadre de cette politique
- Identifier des moyens financiers propres au CHSCT (budget)

- Poursuivre l'actualisation annuelle du Document Unique de prévention des risques
- Poursuivre la formation et l'information du personnel en matière d'hygiène et de prévention des risques

Pour piloter de façon opérationnelle cette démarche qui comporte une part importante de gestion des risques, les auditeurs pourront s'appuyer sur la Direction des Usagers, de la Qualité et des Affaires Générales. La Direction des Ressources Humaines fournira les éléments pour en assurer l'évaluation (suivi de l'évolution des Accidents de Travail ou de l'absentéisme)

3.1.2. Poursuivre l'amélioration des conditions de travail

Quatre objectifs ciblés :

- Sensibiliser les professionnels sur les impacts des mauvaises pratiques professionnelles
- Améliorer l'intégration des nouveaux embauchés et leur formation initiale
- Renforcer les formations « charges mentales » et les groupes de paroles
- Déployer les formations à la gestion de l'agressivité dans tous les services

Le pilotage de ces actions relèvera de la Direction des Ressources Humaines, en liaison étroite avec les autres Directions Fonctionnelles.

3.1.3. Améliorer la prévention des risques professionnels critiques

L'analyse du Document Unique permet de prioriser quelques grandes actions :

- Améliorer l'ergonomie des postes de travail, notamment ceux qui ont recours de façon prolongée à l'informatique (travail sur posture)
- Faciliter la manutention des patients dans le cadre des soins d'hygiène et de confort en fournissant des équipements d'aide à la manutention et en menant des actions de formation associées
- Aider le brancardage et le transport des patients par le recours à de l'assistance motorisée

Principes et philosophie

Philosophie

La philosophie du projet est de créer un outil nouveau, largement ouvert aux agents, pour leur permettre de découvrir des métiers et des agents de l'hôpital qu'ils connaissent mal ou peu.

La conviction est que cette ouverture vers les autres et vers leur travail participe d'un plus grand respect entre les agents, d'un plus grand intérêt pour notre outil de travail commun qu'est l'hôpital. Ce respect et cet intérêt renforcés pourraient être en mesure d'améliorer le bien-être au travail des agents.

Principes

- Un agent suit un autre agent dans son travail afin de découvrir un métier qu'il connaît mal ou peu.

Les deux agents doivent appartenir à des filières différentes et, dans la mesure du possible, travailler dans des bâtiments différents au sein du CHB afin de favoriser au maximum la découverte.

- L'agent *visiteur** n'est pas là pour contrôler l'agent *hôte**. Il est là pour découvrir son métier et, à travers lui, son service et son environnement.

*agent *visiteur* = celui qui vient découvrir un métier

*agent *hôte* = celui qui fait découvrir son métier

- Les agents visiteurs comme les agents hôtes seront retenus sur la base du volontariat. Dans une logique d'accompagnement et de partage, *la journée partagée** sera organisée en amont et un temps d'échange sera prévu en aval.

**Journée partagée* = les heures de travail où les 2 agents sont ensemble

- Par la suite (ou en parallèle) d'autres formes de découverte peuvent être développées ou imaginées :

- visite de l'ensemble de l'hôpital avec le SSI (2h – 3h) ;

- passage dans des services fermés (Bloc opératoire, Laboratoire, Stérilisation, Cuisine, Blanchisserie) ;

- présentation courte d'un métier par un agent dans un autre service (30 minutes – 1h) ;

Objectifs

→ **Favoriser la découverte et la compréhension par les agents du CHB de leurs collègues et leur métier. Améliorer le bien-être et le plaisir au travail**

⇒ Créer et/ou renforcer les relations entre les agents de l'hôpital, notamment inter-services

⇒ Développer le sentiment d'appartenance à une communauté humaine

⇒ Favoriser des évolutions de carrière ou des possibilités de reclassement

→ **Découvrir d'autres lieux et d'autres services de l'hôpital**

⇒ Développer le sentiment d'appartenance à l'ensemble de l'hôpital comme lieu de travail

→ **Améliorer certains processus et certaines interactions entre corps de métier par une meilleure connaissance et un plus grand respect entre collègues**

Cadrage général du projet

Acteurs

Les pilotes	Les relais	Les cibles
Chef de projet il donne l'impulsion, il anime, il analyse	Equipe de direction elle appuie les pilotes, elle développe et conseille le projet	Les agents du CHB éligibles
Comité de pilotage il encadre, il communique	Le directoire	Les agents non éligibles
Les services supports communication, services informatiques	Les chefs de services ils transmettent l'information, ils favorisent la participation	Les réseaux hospitaliers
	Les organisations syndicales elles informent, elles participent au bilan	L'extérieur

Avantages / inconvénients

Phasage indicatif

3 phases

- **Phase I**: 3 mois – janvier - mars 2017 = phase de préparation, de cadrage et de présentation du projet
- **Phase II**: 1 mois – avril 2017 = phase de communication auprès des agents et de recherches de volontaires pour le projet
- **Phase III**: 4 mois – mai – août 2017 = phase de lancement du projet et entrée dans la phase test + bilans d'étape et bilan final sur le projet et la phase test



PROJET VOTRE MÉTIER, NOTRE HÔPITAL

S'OUVRIER AUX MÉTIERS DES AUTRES
POUR MIEUX TRAVAILLER ENSEMBLE

Document de présentation
Avril 2017

Projet – Votre métier, notre hôpital

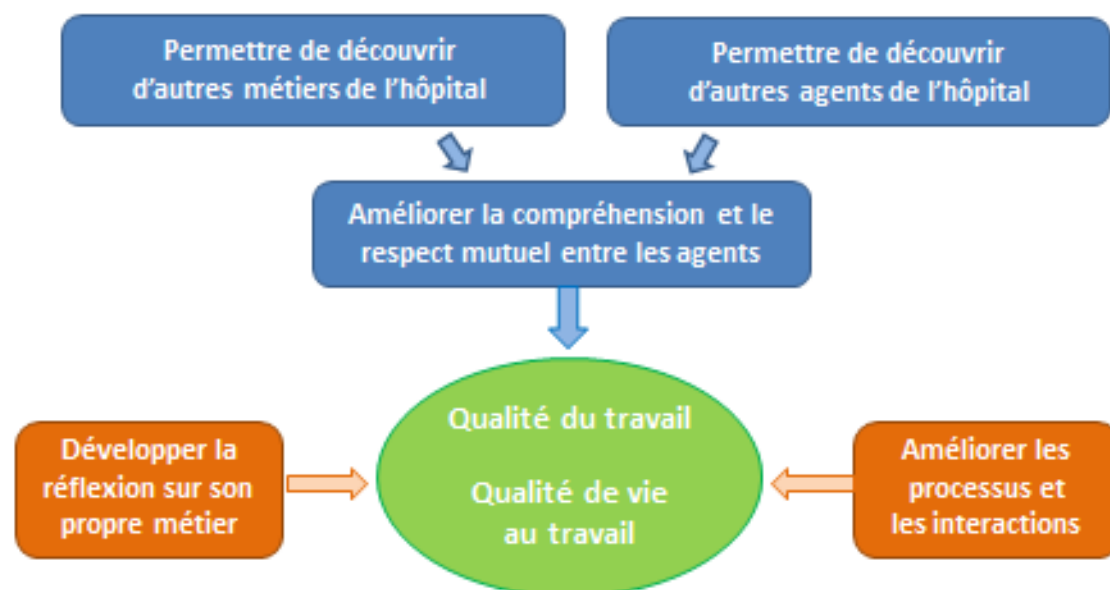


Philosophie du projet

- ❖ permettre aux agents de l'hôpital de **découvrir d'autres métiers** que le leur,
 - ❖ grâce à **un outil nouveau** et à l'échelle du Centre Hospitalier de Brive
- ☐ dans l'objectif de renforcer
- le **respect** entre les agents,
 - la **qualité** du service rendu
 - l'**intérêt** pour notre outil commun : l'hôpital.
- avec à l'esprit
- la **cohésion** d'ensemble de tous les agents,
 - une amélioration du **bien-être** de chacun.

Document de présentation
Avril 2017

Objectifs du projet



Document interne de présentation
Avril 2017

Principes généraux du projet

Un **agent visiteur**, volontaire pour participer au projet, demande à découvrir un métier et/ou un service.

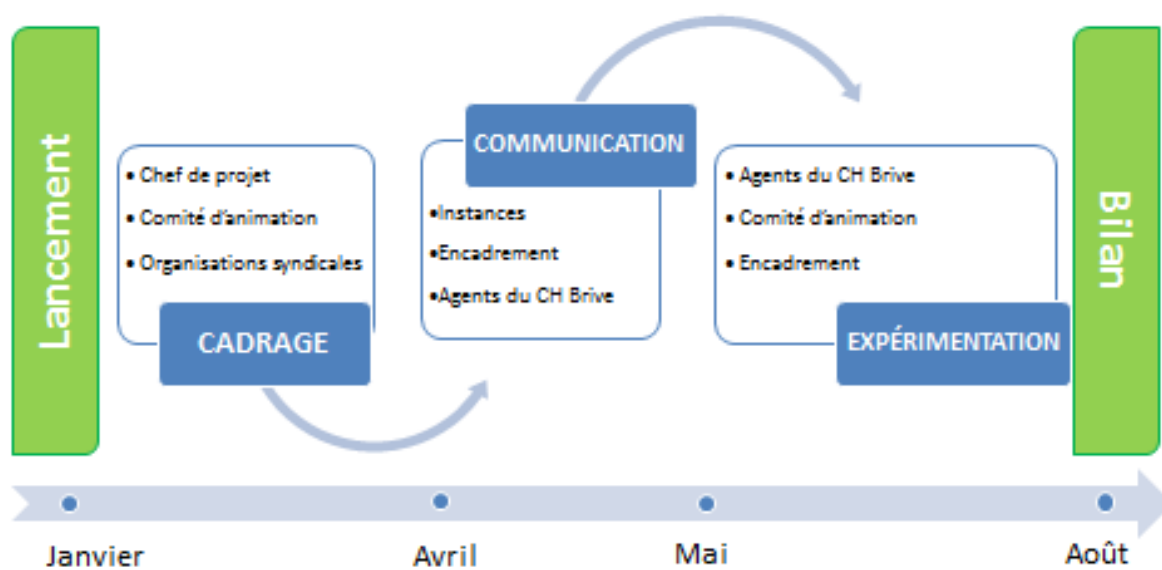
Un **service accueillant** est contacté pour recevoir cet **agent visiteur**.

La **journée partagée** est organisée en fonction des possibilités de chacun.

L'**agent visiteur** se rend dans le **service accueillant** pour la **journée partagée**, afin d'y découvrir un (des) métier(s) nouveau(x) et le service qui l'accueille.

Document de présentation
Avril 2017

Calendrier indicatif du projet





Votre métier

Notre hôpital

Réunions de Présentation du Projet:

le 11 avril 2017 le 25 avril 2017 le 02 mai 2017 le 09 mai 2017

Lancement le 15 mai 2017

Infos pratiques:

Inscriptions aux journées partagées via le formulaire papier

ou par mail à: journées-partagées@ch-brive.fr

Pour toute question sur le projet: Denis Rome (chef de projet) - poste 6466

Annexe 10: Feuille inscription au projet VMNH



Formulaire de demande d'inscription

Ce formulaire doit être adressé à la Direction des Ressources Humaines (DRH).

Il peut être envoyé sous format papier ou sous format électronique – le formulaire est disponible sur l'intranet.

L'agent demandeur doit informer oralement son supérieur hiérarchique qu'il effectue cette demande d'inscription.

Une fois cette demande d'inscription reçue, les responsables du projet « votre métier, notre hôpital » reviendront vers vous afin que vous preniez contact avec le service et/ou l'agent que vous allez découvrir. Ils se rapprocheront de votre supérieur fonctionnel pour l'organisation de votre journée partagée.

Agent demandeur

NOM :

Métier :

Prénom :

Service :

Supérieur hiérarchique :

Horaires habituelles de travail :

Métier(s) et/ou service(s) à découvrir

Remarque : cette liste doit être remplie à votre convenance. Il est tout à fait possible de ne mettre que des métiers ou que des services, de remplir deux métiers et un seul service, etc.

Métier n°1 :

Service n°1 :

Métier n°2 :

Service n°2 :

Métier n°3 :

Service n°3 :

Pour toute interrogation sur le projet, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse vmnh@ch-brive.fr ou contacter Denis Rome au 6466

Annexe 11: Feuille bilan de la journée partagée



Bilan journée partagée

L'agent visiteur

Nom : Prénom :
Métier de l'agent : Horaires habituelles de travail :

La journée partagée

Date de la journée partagée : Temps passé en journée partagée :
Métier(s) découvert(s) :
Service(s) découvert(s) :

1. Cette journée partagée était-elle votre première journée partagée ?

OUI

NON

2. Quelle était la motivation de votre participation ?

Plusieurs réponses peuvent être cochées.

- La simple curiosité de découvrir un métier/service que je ne connaissais pas.
- L'intérêt de découvrir un métier/service avec lequel il m'arrive de travailler.
- L'envie de découvrir un métier/service/poste que j'envisage de rejoindre à l'avenir.

3. L'organisation de cette journée partagée a-t-elle été facile pour vous ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

4. Avez-vous le sentiment d'avoir découvert un nouveau métier ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

Votre métier Notre hôpital

5. Avez-vous le sentiment d'avoir découvert un nouveau service ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

6. Avez-vous le sentiment d'avoir découvert un nouveau lieu de l'hôpital ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

7. Avez-vous été bien accueilli dans le service ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

8. Souhaiteriez-vous participer à une nouvelle journée partagée ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

9. Recommanderiez-vous ce projet à un collègue ?

Oui, tout à fait Oui, plutôt Non, pas trop Non pas du tout

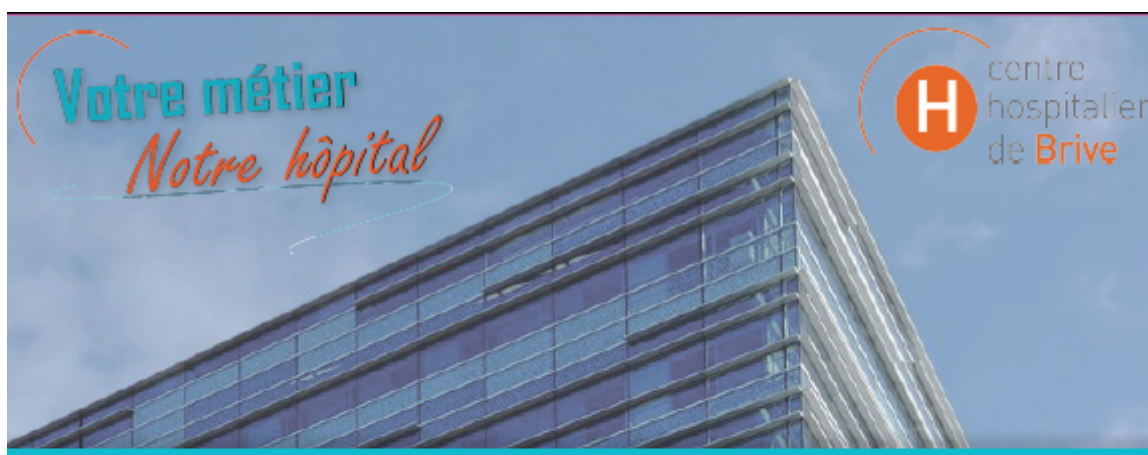
10. Globalement, quelle note mettriez-vous à cette expérience ?

Note de 0 à 10, 0 signifiant une expérience totalement négative et 10 une expérience totalement positive.

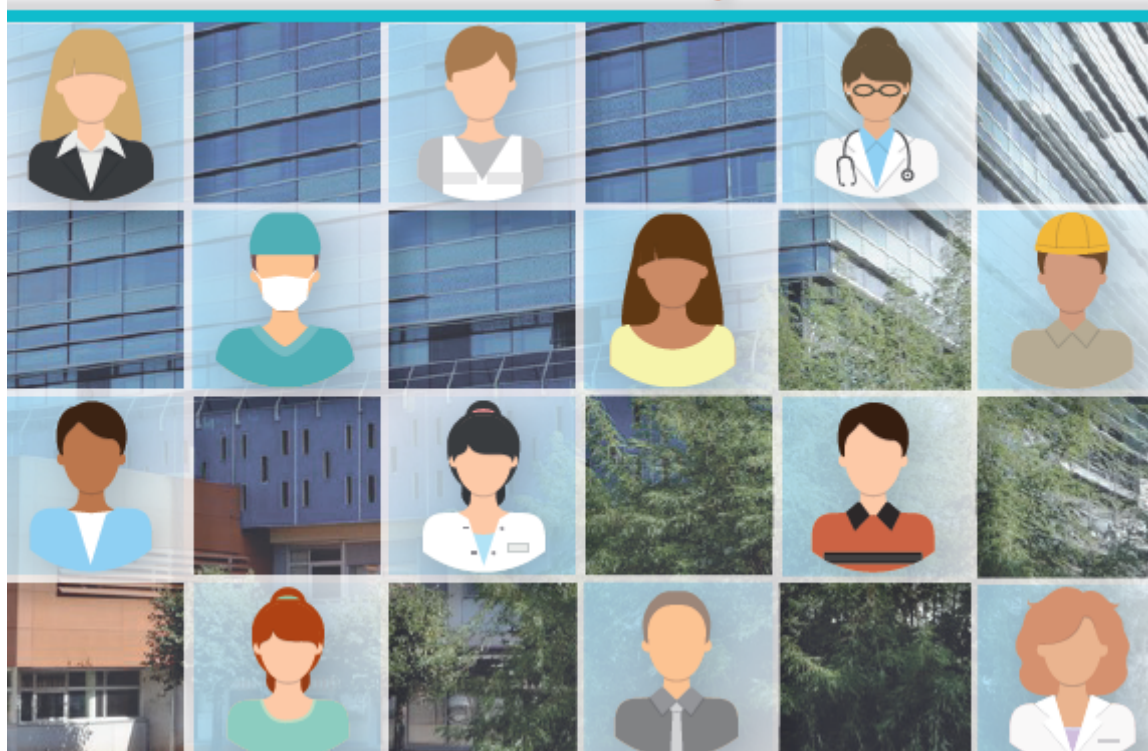
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Des idées pour améliorer le projet

Tant dans l'organisation générale, l'organisation en amont de la journée partagée, la journée partagée elle-même ou, encore, sur des idées nouvelles comparables à ce projet.



100 métiers 1 hôpital





Le mot du Coordinateur du projet VMNH

Ce livret est né comme un outil au service du projet « **Votre Métier, Notre Hôpital** ». Le projet VMNH a pour but de permettre à l'ensemble des agents du Centre Hospitalier de Brive de partir à la découverte des autres métiers exercés au sein de l'établissement. En faisant confiance à la curiosité et à l'intelligence des agents, nous pensons qu'il est possible d'améliorer le bien-être de chacun et la qualité du travail de tous.

Partant du principe que pour vouloir découvrir d'autres métiers, encore faut-il connaître leur existence, nous avons souhaité créer ce livret afin de présenter les plus de 100 métiers qu'exercent des femmes et des hommes dans notre hôpital. Présenter un métier c'est tout à la fois le décrire, souligner son utilité et son intérêt, le replacer dans les lieux où il s'exerce et, à travers des paroles et des effectifs, rappeler que ce sont des femmes et des hommes qui travaillent au quotidien.

La présentation de chaque métier ici proposée, de par sa brièveté, est sans aucun doute réductrice et incomplète. Mais elle doit être prise pour ce qu'elle est : une ouverture, une invitation à venir découvrir. Il faut du temps pour comprendre l'autre, son métier, sa complexité, ses exigences.

Nous vous offrons donc ce livret afin que vous partiez à la découverte de cette grande diversité des métiers, des lieux, des agents de notre établissement. Découverte à travers la lecture de ce livret et, pourquoi pas, en participant au projet « **vosre métier, notre hôpital** » !

Denis ROME,
élève directeur





Le mot du Directeur

L'hôpital de Brive, c'est plus de 100 métiers au service d'un seul projet : soigner le mieux possible les malades et contribuer activement à une politique de santé publique sur le territoire. Quelle que soit sa fonction au sein de l'établissement, nous sommes tous des professionnels de santé. Nous formons une entité solidaire où chacun a besoin d'un autre, parfois ou souvent inconnu...

Renforcer les liens entre professionnels, apprendre à se connaître, comprendre les métiers et les contraintes des autres contribue à gérer plus facilement les difficultés inhérentes à nos missions. C'est aussi une manière de promouvoir les bonnes relations professionnelles et de garantir l'efficacité de notre action auprès des malades.

L'initiative « votre métier, notre hôpital » s'inscrit dans cette dynamique et constitue un des éléments de notre politique d'amélioration de la qualité de vie au travail. Sa réussite viendra de notre capacité à s'emparer de cette opportunité pour découvrir d'autres professionnels et d'autres métiers. Elle reposera aussi sur notre volonté de bien accueillir celle ou celui qui viendra l'espace d'un jour partager notre quotidien.

Au-delà du renforcement des liens entre les professionnels de l'établissement, cette démarche peut aussi aider certains d'entre nous à se reconvertir dans un autre métier et ainsi contribuer à la politique de maintien dans l'emploi ou d'évolution professionnelle que notre établissement promeut activement depuis plusieurs années. Pour toutes ces raisons, je souhaite une pleine réussite à ce beau projet : « votre métier, notre hôpital » !

Vincent DELIVET





Le mot du Directeur des Ressources Humaines

Le présent livret témoigne de façon vivante, à travers les expériences multiples de femmes et d'hommes de tous grades intervenant sur l'ensemble des services qui compose l'établissement, de la diversité et de l'intérêt des métiers exercés à l'hôpital public.

Qu'ils inscrivent leur choix de poste dans le cadre d'une carrière diversifiée ou qu'ils manifestent la volonté de construire un parcours qualifiant dans le domaine sanitaire, les agents hospitaliers désireux d'agir au service de la vie quotidienne des usagers constateront, à la lecture de ces fiches métiers et de ces témoignages, à quel point ce secteur est porteur des valeurs d'un service public éminemment opérationnel, à l'écoute des attentes de notre société.

L'objectif que nous nous sommes assignés en élaborant ce livret sera atteint si, pour chaque lecteur, cette nouvelle approche des ressources humaines fondée principalement sur les métiers et les compétences lui apporte une meilleure connaissance de son environnement professionnel en suscitant éventuellement l'envie d'évoluer vers un métier correspondant à ses aspirations ou à minima l'envie de découvrir un autre exercice professionnel.

Christian MONZAUGE





Le mot de la Coordinatrice Générale des Soins

Travailler à l'hôpital constitue une expérience unique et aussi la chance de pouvoir appréhender un environnement complexe, évolutif et difficile à comprendre. Mais sous ses aspects multiformes, l'hôpital possède un dénominateur commun qui est le patient.

Quels que soient les métiers hospitaliers, ils participent tous à la prise en charge des patients et leur évolution tend à améliorer la qualité de cette prise en charge.

Pour mieux travailler ensemble, il est important de connaître et de comprendre ce que fait l'autre. La qualité de vie au travail se décline de nombreuses façons qui incluent cette connaissance de l'autre et de son travail.

En vous proposant cette possibilité de découverte, nous souhaitons enrichir votre expérience au travail et contribuer à améliorer les soins dans notre établissement.
Soyez curieux !

Annick BEAUDET-POUPLIER



“ Paroles des membres du Comité de Pilotage

Syndicat CFDT

« Que ce soit par curiosité ou par souhait de changement, ce projet permet à chaque agent de découvrir l'ensemble des métiers présents dans l'établissement. Pour la CFDT, s'engager pour chacun c'est agir pour tous. »

Mme Brette - Agent volontaire

« J'ai souhaité participer à ce projet car je vois l'intérêt de découvrir d'autres métiers. Je suis moi-même déjà dans cette dynamique puisque sur 4 postes différents : coursière papier, coursière labo, aide labo et parfois je remplace à la reprographie. »

Syndicat CGT

« Découvrir les 104 métiers de l'hôpital pour connaître le travail de ses collègues en passant par le soin, le technique et l'administratif. »

Mme Trémée - Agent volontaire

« Aide-soignante titulaire depuis 22 ans au sein de notre hôpital, je suis aujourd'hui agent volontaire pour participer à la mise en oeuvre du projet «votre métier, notre hôpital» dans le but de mieux comprendre ce que fait l'autre, afin de mieux travailler ensemble. »

Syndicat CFTC

« Connaître le travail de l'autre et l'ensemble des métiers dans notre établissement est une opportunité. Nous souhaitons au projet «votre métier, notre hôpital» un franc succès. »

Mme Crémoax - Agent volontaire

« J'ai trouvé intéressant de participer à la mise en place de ce projet innovant. Mieux connaître et comprendre son environnement ainsi que le travail de nos collègues ne pourra que renforcer nos liens. »

”

Qu'est-ce qu'une famille de métiers?

La notion de famille de métiers fait écho à une nouvelle approche des ressources humaines. Dans cette nouvelle approche, l'appartenance à un corps de métiers et à un grade, dont découle le rattachement à une filière, est délaissée au profit d'une approche centrée sur le métier et les compétences qui y sont liées.

En partant des métiers et des compétences, on arrive aux activités que réalisent chacun et chacune des agents. Les grands domaines d'activités qui permettent de faire fonctionner notre hôpital, renvoient alors à un ensemble de métiers dont la fonction est de concourir à la réalisation de ces activités.

Au niveau de la fonction publique hospitalière, 9 grandes familles de métiers ont été répertoriées. Ces 9 familles sont représentées au sein de notre hôpital et englobe la centaine de métiers exercés par les agents du centre hospitalier.

Dans la suite de ce livret nous indiquerons, pour chaque métier, à quelle grande famille de métiers il se rattache.

▪ Famille "Métiers du Soin" (24 métiers - 1161 agents)

Ensemble des activités soignantes qui contribuent à la prise en charge d'une personne, malade, bien portante, ou en perte d'autonomie. Ses activités peuvent recouvrir une dimension préventive, éducative, curative et palliative.



Qu'est-ce qu'une filière professionnelle?

Les fonctionnaires hospitaliers sont répartis dans des filières professionnelles en fonction de la nature des fonctions qu'ils exercent.

Ces filières concernent l'ensemble du personnel non médical qui travaille dans des établissements publics de santé. Ce sont des regroupements effectués à partir des corps de métiers.

Dans la fonction publique hospitalière, il existe 6 filières : soignante, de rééducation, médico-technique, administrative, technique et ouvrière, socio-éducative.

Les effectifs au Centre Hospitalier de Brive

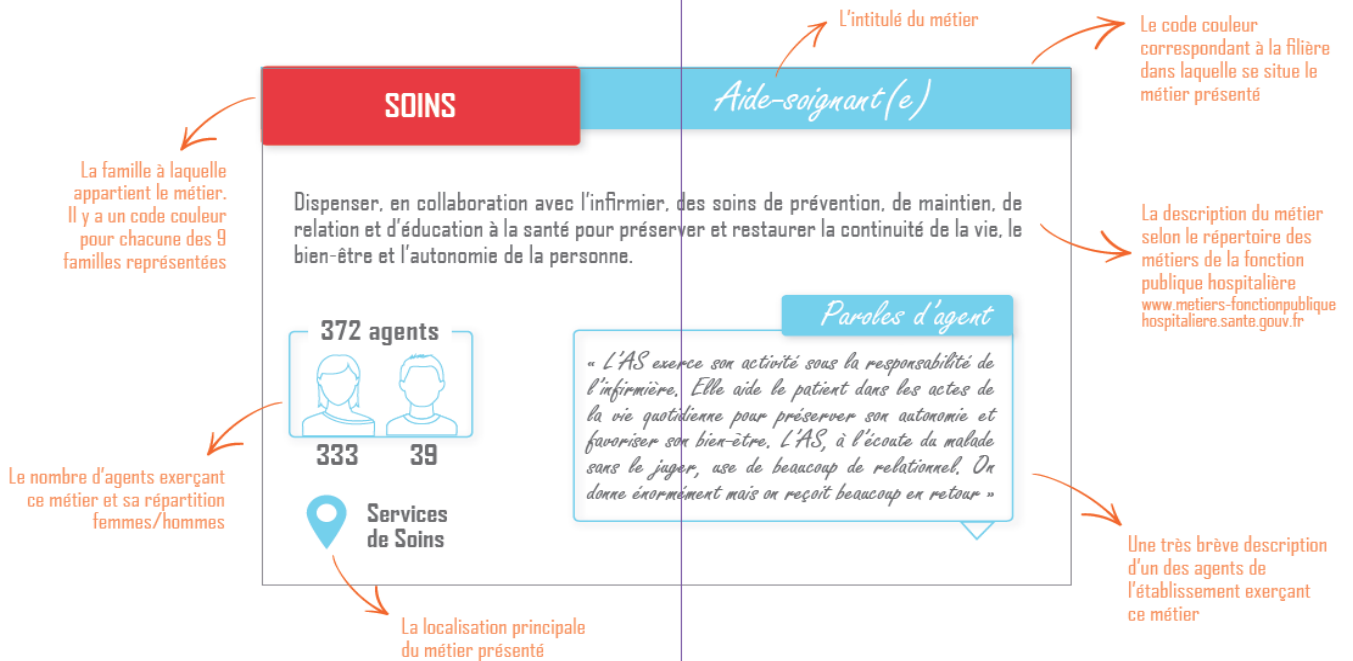
Les effectifs sont donnés en ETPR (équivalent temps plein rémunéré). Ils correspondent à la quotité de travail rémunéré effectué par les agents. Un service avec un agent à temps plein et un agent à temps partiel rémunéré à 50% représente $1+0.5 = 1.5$ ETPR.

La notion d'ETPR ne doit pas être confondu avec celle d'effectif physique, qui correspond au nombre d'agents travaillant dans un service ou un établissement, quel que soit leur quotité de travail.

Ex : un service avec 3 agents à temps plein et 3 agents à temps partiel comportera bien 6 agents dans son effectif.

A noter qu'au Centre Hospitalier de Brive, les filières ouvrière et technique ont été comptabilisées ensemble et non séparément.

Comment lire une «fiche métier»?



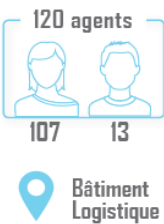
24

25

QUALITÉ - HYGIÈNE SÉCURITÉ - ENVIRONNEMENT

Agent de bio-nettoyage

Réaliser des opérations de bio-nettoyage des surfaces et des locaux de l'établissement et vérifier, au moyen d'autocontrôles, la qualité des travaux effectués en appliquant les instructions relatives au bio-nettoyage, afin de participer à la lutte contre les infections nosocomiales



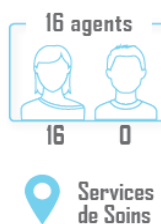
Paroles d'agent

« Chaque jour il est le garant du bio nettoyage des différents services de l'établissement : les chambres, les couloirs, les espaces collectifs, les bureaux. Cela suppose de la connaissance technique, de la rigueur et de la précision dans les gestes. C'est un acteur clé de la lutte contre les infections nosocomiales. »

SOCIAL - ÉDUCATIF PSYCHOLOGIE

Aide médico-psychologique

Aider le résident, la personne handicapée ou âgée dépendante, dans les actes de la vie quotidienne afin que cette personne maintienne et développe son autonomie et son bien-être. Mettre en œuvre des activités d'animation, individuelles ou collectives.



Paroles d'agent

« L'aide médico-psychologique (AMP) accompagne la personne soignée avec « humanité » en établissant une relation de confiance incluant l'entourage. Son rôle est de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de soins personnalisé avec l'équipe interdisciplinaire et la famille. »

QUALITÉ - HYGIÈNE SÉCURITÉ - ENVIRONNEMENT

Agent de stérilisation

Préparer, conditionner et stériliser le matériel et les produits des services de soins et médico-techniques. Assurer la qualité du traitement et sa traçabilité.



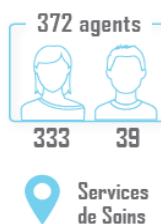
Paroles d'agent

« Nous sommes là pour mettre à disposition du bloc et des services les dispositifs médicaux appropriés. Ce métier demande rigueur, autonomie, organisation et concentration. Il faut avoir le sens des priorités et être capable de remettre sa pratique en question car matériels et réglementation évoluent vite. »

SOINS

Aide-soignant(e)

Dispenser, en collaboration avec l'infirmier, des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.



Paroles d'agent

« L'AS exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmière. Elle aide le patient dans les actes de la vie quotidienne pour préserver son autonomie et favoriser son bien-être. L'AS, à l'écoute du malade sans le juger, use de beaucoup de relationnel. On donne énormément mais on reçoit beaucoup en retour »

28

29



Livret des métiers du Centre Hospitalier de Brive

réalisé dans le cadre du projet
«Votre métier, Notre hôpital»

Vous souhaitez partir à la découverte de ces métiers?

Complétez la feuille d'inscription disponible:

- sur le site Intranet
- à la Direction des Ressources Humaines
- auprès de votre cadre

Renvoyez cette feuille d'inscription à la DRH et informez-en votre cadre

ROME

Denis

Octobre 2017

DIRECTEUR D'HÔPITAL

La qualité de vie au travail à la lumière de trois projets
Stratégie nationale, projet social du CH Brive
et projet « votre métier, notre hôpital »

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet

Résumé :

Une stratégie nationale d'amélioration de la QVT, un projet social rédigé dans le cadre d'un nouveau projet d'établissement, une expérimentation portée par un élève directeur et intitulée « votre métier, notre hôpital » (VMNH). Trois projets qui diffèrent par leur échelle ou par leur temporalité mais qui convergent vers une thématique d'actualité : la qualité de vie au travail.

En décrivant ces trois projets, en analysant comment ils sont nés, comment ils ont été mis en œuvre, quels liens ils peuvent avoir, c'est autant la notion de QVT que nous cherchons à interroger que les apports qui se font entre les différents niveaux de la pyramide hospitalière.

L'autre objet de ce mémoire est aussi de décrire une initiative expérimentale, le projet VMNH, dont l'objectif est de permettre à tout agent de partir à la découverte des autres métiers et services qui existent au sein de son hôpital.

A travers la description de ce projet, l'objectif est à la fois de partager une initiative reproductible, mais également de décrire les réflexions, les difficultés et les apprentissages d'un élève directeur face à la mise en œuvre d'une expérimentation dont il fut à l'initiative.

Cette mise en perspective s'organise autour d'un découpage de chacun des trois projets en phases (préparation – communication – mise en place – mise en œuvre) qui, chacune, possèdent leurs particularités.

La dernière phase d'un cycle projet, la phase de bilan, ne sera étudiée que pour le projet dont la mise en œuvre est réellement avancée, l'initiative VMNH. Ce bilan permet de partager le degré de réussite de projet ainsi que de tirer quelques conclusions d'étape à l'orée d'une carrière professionnelle de directeur d'hôpital.

Mots clés :

Qualité de vie au travail – Stratégie nationale – Projet social – Cycle projet – Mode projet – RPS – TMS – Expérimentation

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.