



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2017-2018**

Date du Jury : **septembre 2018**

---

## **Qualité de vie au travail, savoir-faire ou faire-valoir du manager hospitalier**

La mise en place d'une démarche « qualité de vie au travail », l'exemple du Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil

---

**Quentin HENAFF**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de mon stage, dont ce mémoire est l'un des livrables.

En premier lieu, je remercie Mme Florence Billault, Directrice des ressources humaines du Centre hospitalier d'Argenteuil. Elle m'a guidé durant les deux stages d'observation et de direction, en étant extrêmement disponible dans les travaux effectués en commun ainsi que dans la découverte de ma nouvelle carrière hospitalière.

En second lieu, je remercie M. Erwann Paul, Directeur des ressources humaines du Centre hospitalier universitaire de Caen, pour son aide dans la conception de ce mémoire. Les échanges passionnés que nous avons eus depuis plusieurs années m'ont beaucoup inspiré.

Au-delà de ces deux collègues et amis, je remercie l'ensemble des directeurs et des agents rencontrés durant mon stage à Argenteuil. J'emporte avec moi leurs conseils pour la prise de poste qui m'attend en 2019.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Au delà du simple faire-valoir, l'adoption d'un plan d'actions QVT par le Centre hospitalier d'Argenteuil repose sur des savoir-faire et un contexte porteur tant nationalement que localement.....	5
1.1 En dépit de mutations internes et externes aux établissements de santé, une impulsion nationale fait de l'amélioration des conditions de travail une priorité dans la recherche de performance des établissements de santé.....	5
1.1.1 La mutation des établissements de santé sous l'effet de facteurs externes et internes conduit à repenser la notion même de travail à l'hôpital.....	6
1.1.2 La qualité des soins et la performance des établissements dépendent des conditions de travail des professionnels de santé.....	7
1.2 En s'appuyant sur des politiques jusqu'ici dispersées, les démarches QVT constituent une opportunité de renouveler les savoir-faire pour améliorer les conditions de travail.....	9
1.2.1 L'amélioration des conditions de travail a fait jusqu'à une date récente l'objet de politiques dispersées et centrées sur la notion de « risques professionnels ».....	9
1.2.2 La QVT bénéficie d'une impulsion nationale mais repose sur des savoir-faire encore en construction.....	11
1.3 Dans ce contexte, le Centre hospitalier d'Argenteuil s'appuie sur une situation locale favorable et une expérience acquise dans la prise en charge des risques professionnels.....	13
1.3.1 Le contexte social et financier du CHA se révèle favorable à la mise en place d'une politique QVT.....	13
1.3.2 La mise en place d'un plan d'actions QVT répond à un objectif de lisibilité afin d'articuler des dispositifs jusqu'ici dispersés dans la prise en charge des risques professionnels.....	15
2 En associant direction, encadrement et représentants du personnels, le programme d'actions QVT vise une consolidation des démarches de prévention et l'inclusion de thématiques liées à l'organisation du travail.....	17
2.1 Une démarche participative a été privilégiée de l'élaboration du diagnostic et à la définition du plan d'actions.....	17
2.1.1 La phase d'objectivisation des besoins a reposé sur une démarche participative, soutenue par les partenaires sociaux.....	17

2.1.2	Assise sur une participation élevée, l'enquête QVT constitue un support clé du plan d'actions .....	19
2.2	Le management du projet n'est pas sans poser de questions sur la capacité à répondre aux attentes des agents de l'établissement .....	20
2.2.1	L'élaboration des projets des axes de travail tente de répondre aux attentes exprimées dans le questionnaire QVT.....	20
2.2.2	Le pilotage est assuré de manière technique, par une gouvernance associant la direction des ressources humaines et les acteurs des précédentes politiques de prévention des risques professionnels.....	23
2.2.3	Le management technique du projet convient inégalement à la mise en œuvre des axes de travail .....	24
2.3	La priorité donnée au cadrage de la politique et à la prise en compte des RPS permet de positionner le sujet dans l'agenda social de l'hôpital .....	25
2.3.1	Le cadrage de la politique QVT au CHA s'avère nécessaire mais non suffisant	25
2.3.2	La priorité donnée à la lutte contre les risques psychosociaux donne un point d'appui pour les travaux ultérieurs.....	26
2.3.3	Le forum QVT peut permettre un dépassement du périmètre des instances sociales, ouvrant une deuxième phase plus participative du programme d'actions ..	28
3	Si la dynamique nationale autour de la QVT reste peu opérationnelle ou reproductible, le projet du CHA rappelle combien des faire-savoir existent en la matière .....	31
3.1	L'impulsion nationale sur la QVT reste peu opérationnelle pour les établissements	31
3.1.1	La démarche QVT pourrait s'enrichir de l'approche du « magnet hospital » en promouvant une culture d'établissement .....	31
3.1.2	Les démarches QVT peinent à associer au sein d'une même politique personnels médicaux et non médicaux.....	32
3.1.3	L'absence de démarche normative est préjudiciable .....	33
3.2	Les savoir-faire au cœur de la mise en œuvre managériale du projet.....	34
3.2.1	La gouvernance du projet gagnerait à se préciser.....	34
3.2.2	La gestion de la temporalité à l'hôpital est au cœur du projet.....	35
3.2.3	La « labélisation » des actions QVT permet de dépasser une feuille de route fermée pour promouvoir une démarche continue d'amélioration des conditions de travail	36
3.2.4	L'évaluation de l'action.....	37
3.2.5	La difficile gestion des externalités négatives.....	38
	Conclusion – Et demain, le GHT ? .....	39
	Bibliographie .....	I

Liste des annexes.....III

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANACT : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail

AS : Aide soignant.e

CAQVIT : Comité d'amélioration de la qualité de vie au travail

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DRH : Directrice des ressources humaines

DS : Directrice des soins

FME (pôle) : Femme-mère-enfant

GHT : Groupement hospitalier de territoire

IDE : infirmier.ière diplômé.e d'État

Loi HPST : loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie

PACTE : Programme d'amélioration continue du travail en équipe

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRE : Plan de retour à l'équilibre

QVT : Qualité de vie au travail

SNP (pôle) : Soins non programmés

T2A : tarification à l'activité

## Introduction

*« Pour un homme sans œillères, il n'est pas de plus beau spectacle que celui de l'intelligence aux prises avec une réalité qui le dépasse ».*

Le Mythe de Sisyphe, Albert Camus (1942)

Ouvrir un espace de discussion sur l'amélioration des conditions de travail rapproche le manager hospitalier du mythe de Sisyphe. La tâche semble être vaine, difficile et à chaque instant remise en cause par la fragilité de l'entreprise.

La démarche qualité de vie au travail (QVT) fait partie de ces domaines où l'énergie passée à organiser des groupes de travail, acter des décisions, mettre en place des dispositifs ne garantit jamais de résultats visibles ou pérennes. À tout moment, une dégradation du contexte financier ou une évolution de la démographie médicale et soignante peuvent réduire les effets constatés de cette politique, et même les annihiler. Ici, Sisyphe pourrait être tout acteur, qui, dans son service, son pôle, sa direction, pense possible une transformation de l'espace de travail. Mais le directeur a une responsabilité particulière : organiser les conditions du travail. Son savoir-faire est alors à rechercher dans la mise en œuvre d'outils ou de démarches, de l'exposition d'un diagnostic à l'accompagnement du changement. A l'inverse, si elle n'était qu'un simple faire-valoir la démarche de QVT se résumerait, pour le manager, à gagner du temps avec des mots creux, déconnectés des évolutions perceptibles du terrain. Ce faire-valoir renverrait alors le manager dans ce qu'Albert Camus, philosophe de l'absurde, dénonce en disant que *« le plus sûr des mutismes n'est pas de se taire, mais de parler »* ; en l'espèce, promouvoir un « plan QVT », à défaut d'instaurer une réelle démarche d'amélioration des conditions de travail.

En 2018, la création de l'Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé rappelait le caractère périlleux de cette démarche. Son co-président, le Pr Colombat, précisait sa mission dans une interview donnée à Hospimédia le 3 juillet 2018 : *« il ne s'agit pas de mettre en place une énième théorie mais de faire des choses opérationnelles »*. Évoquant ainsi sa mission, il rappelle les difficultés à passer de la prise en compte des situations de mal-être au travail à la mise en œuvre d'actions les prévenant et les corrigeant.

La qualité de vie au travail (QVT) regroupe sous un même intitulé les actions protéiformes qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux. L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 a encadré sa définition. Elle est un *« sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à*

*l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué »<sup>1</sup>.* Vaste projet. Entendue de cette façon, la QVT repose sur une logique de responsabilisation des acteurs, de partage d'information et de coopération entre l'ensemble des acteurs, des services hospitaliers à la direction. Au quotidien, ce terme n'est pas exempt de critiques, tant il reste l'objet d'une grande confusion pour les acteurs de terrain. En désignant aussi bien l'horizon idéal (avoir un haut niveau de conditions de travail) que le chemin pour y parvenir (une méthode participative d'amélioration du quotidien de travail), la QVT divise quant à l'observation de ses résultats.

La légitimité de ces politiques, tant sur le plan de leur efficacité ou de leur utilité, se trouve perpétuellement questionnée. En dépit de résultats tangibles, comme les aménagements de poste de travail ou la fluidification des remplacements, la légitimité des actions QVT est réduite par le jeu même des acteurs. Les démarches QVT deviennent ainsi l'un des principaux socles de construction de revendications sociales, de la part des organisations syndicales comme des cadres ou chefs de services. Pour gagner quelques passes d'armes avec leur direction, sur la création de postes supplémentaires, la réfection prioritaire d'un local ou l'achat d'un équipement, les résultats en matière de QVT sont volontairement dénigrés. Critiquer un manque d'investissement, alors même que des efforts sont apportés, accentuent ainsi l'image de dégradation et délégitiment l'ensemble du processus.

Ce regard dubitatif porté sur la démarche QVT se nourrit enfin du décalage entre les initiatives locales et le ressenti sur la situation des hôpitaux publics français. La promotion des démarches QVT, par les pouvoirs publics comme par les directions, intervient dans un contexte social hospitalier tendu et très médiatisé. A ce titre, la nomination d'Édouard Couty comme médiateur national sur la situation du CHU de Grenoble pour réaliser un diagnostic sur « *les difficultés rencontrées par certains praticiens et des situations de souffrance au travail dans certains services* », ou le mouvement de grève débuté le 22 mars 2018 au Centre hospitalier du Rouvray et se terminant par la grève de la faim de huit grévistes témoignent de ce contexte a priori peu porteur. Le décalage est manifeste entre les attentes d'une action correctrice ou préventive et le regard porté sur les moyens mis en œuvre dans les établissements de santé. Les politiques QVT ne sont que rarement jugées suffisantes par les agents ou leurs représentants, tant les bénéfices de moyen et long termes paraissent dérisoires pour des agents dans l'attente d'une réponse immédiate aux insatisfactions du quotidien. Ce scepticisme met en lumière les défis de l'hôpital public dans la transformation plus globale du système de santé, devant concilier tout à la fois transformation des organisations, réduction des dépenses, développement de la qualité et de la sécurité des soins et participation grandissante des usagers-patients.

---

<sup>1</sup> L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013

Cependant, loin d'être une nouveauté disruptive, les actions QVT s'inscrivent dans une pratique déjà ancienne d'amélioration des conditions de travail, impulsée nationalement et mise en œuvre localement. De la création des CHSCT par la loi du 23 décembre 1982, jusqu'au récent accord cadre d'octobre 2013 relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique, les politiques d'amélioration des conditions de travail se sont additionnées. Les autorités, comme la Haute autorité de santé, ou des agences, comme l'ANACT, ont multiplié les publications et les appels à projet pour soutenir les établissements dans leurs démarches. La QVT a même fait son entrée dans la démarche de certification avec la V2014.

Dans ce contexte, le manager hospitalier doit s'affirmer comme acteur central d'une performance soutenable, respectueuse à la fois de l'équilibre budgétaire et de l'amélioration des conditions de travail. Avec des marges de manœuvre objectivement restreintes, le positionnement du manager est complexe. Dans cet étroit chemin, la gestion des ressources humaines s'impose donc comme la pierre angulaire d'une construction fragile. Le directeur doit déterminer le cadre des discussions à ouvrir et en fixer les limites, prioriser les situations inévitables sur lesquelles il est impératif d'agir à court terme des autres, mesurer sa prise de risque afin de ne pas attiser les frustrations et déceptions. Située au confluent d'enjeux de gestion des ressources humaines, de performance, de qualité et de gestion financière, la démarche QVT est ainsi un des outils du manager qui ne renonce pas à dépasser le caractère sisyphéen de la situation.

Au Centre hospitalier d'Argenteuil (CHA), la politique QVT initiée à partir de 2017 s'appuie sur des initiatives nombreuses mais dispersées, prises tant au niveau de l'établissement que du service. L'approche par les risques professionnels a fait l'objet d'une attention constante depuis les années 2000. Dans la mise en œuvre de son plan d'actions QVT, le CHA dispose de moyens, de compétences et d'organisations précieux : deux référents pour les troubles musculo-squelettiques, un budget dédié à l'amélioration des postes de travail, un psychologue des urgences accessible aux agents en situation de détresse psychologique, une cellule de reclassement se réunissant mensuellement, une salle de sport pour le personnel, etc. Restant peu formalisée, son action manque toutefois de lisibilité. L'application d'un plan de retour à l'équilibre après la construction de la première partie du projet immobilier MCO « Madeline Brès » a pesé sur le dialogue social et a accru la perception d'une priorité donnée sur le contrôle des dépenses au détriment des moyens consacrés à l'amélioration des conditions de travail. Sans en être la conséquence, l'assainissement financier du CHA, réalisant son deuxième résultat budgétaire excédentaire consécutif en 2017, offre des perspectives nouvelles pour poursuivre les travaux engagés par le Comité d'amélioration de la qualité de vie au travail (CAQVIT) créé en 2014. Un plan d'actions incluant des actions de prévention, d'information et de réaction vis-à-vis des risques professionnels a ainsi été engagé début 2018. Il doit contribuer au

projet social prévu pour 2019, dans le cadre du projet immobilier des tranches I et II du futur monobloc de MCO Madeline Bres.

A la lumière de ces constats, on se demandera si la démarche QVT relève ainsi d'un savoir-faire ou d'un faire-valoir pour le manager. Se résume-t-elle sur une addition de politiques et de dispositifs aux effets avérés et dont il suffirait d'ajuster les ressources tant humaines que financières, ou bien sur de nobles intentions mais non suivies d'effets ? De quelles marges de manœuvre réelles dispose un établissement de santé pour améliorer les conditions de travail ? Comment faire converger les perceptions des agents et des managers sur le bénéfice à retirer de la démarche de QVT ?

Dans ce mémoire, il s'agira de montrer comment un établissement tente de concilier ses missions de service, sa situation financière et son ambition en matière de QVT. Je resituerai tout d'abord le plan d'actions du CHA par rapport au contexte national et local (I). Je présenterai ensuite la méthode poursuivie pour associer les agents au diagnostic et aux premiers travaux (II). Enfin, j'analyserai la mise en œuvre du projet en recommandant des actions pour poursuivre la démarche d'amélioration des conditions de travail (III).

# **1 Au delà du simple faire-valoir, l'adoption d'un plan d'actions QVT par le Centre hospitalier d'Argenteuil repose sur des savoir-faire et un contexte porteur tant nationalement que localement**

Contrairement aux idées reçues, la démarche QVT n'est pas une démarche réellement nouvelle, attestant d'une prise en compte récente de l'influence des conditions de travail sur la performance des établissements de santé. Elle n'est pas non plus une manière de compenser une dégradation du climat social sur un fond de rationalisation des dépenses publiques. Elle est à l'inverse l'amplification d'une démarche continue d'amélioration des conditions de travail, qui commence bien avant la mise en place de la T2A, et qui renouvelle les outils des managers vers plus de transversalité.

## **1.1 En dépit de mutations internes et externes aux établissements de santé, une impulsion nationale fait de l'amélioration des conditions de travail une priorité dans la recherche de performance des établissements de santé**

Si le paysage hospitalier a beaucoup changé depuis la fin des années 1980, au point que l'on a pu parler de « désenchantement de l'hôpital »<sup>2</sup>, la capacité d'adaptation est en fait au cœur de l'histoire hospitalière. Sous l'influence de facteurs externes (comme les bouleversements sociétaux) et de facteurs internes (liés par exemple aux évolutions de la médecine et des technologies de la santé), l'exercice professionnel des agents les plus âgés a profondément évolué. Commencer sa carrière en 1980 implique d'avoir vécu l'introduction du PMSI (1982-1986), l'essor des droits des usagers (notamment la loi de 2002), le passage à la tarification à l'activité (2004-2008) et désormais l'approche territoriale avec les GHT depuis la loi MSS de 2016. En modifiant l'organisation du travail à l'hôpital, ces transformations ont pu conduire à une perte de repères, notamment pour les agents les plus rétifs au changement.

---

<sup>2</sup> René Couanau, rapport d'information de l'assemblée nationale (2003)

### 1.1.1 La mutation des établissements de santé sous l'effet de facteurs externes et internes conduit à repenser la notion même de travail à l'hôpital

Sur le plan externe, l'hôpital public a dû faire face à l'affaiblissement des frontières entre secteur public et le privé, dans un contexte de bouleversement tant des technologies de la santé que des attentes des usagers.

La perte de sens dans l'identité du service public n'est pas propre à l'hôpital mais a eu des répercussions sur le management des établissements de santé. Jean-Paul Domin dans un article de la revue en ligne « La vie des idées » décrit la mise en place du new public management dans l'hôpital public comme celle d'un nouveau « référentiel »<sup>3</sup>. Les réformes du financement des hôpitaux, avec la création de l'ONDAM<sup>4</sup> (1996) et de la T2A (2004), ont amplifié la transformation de la culture hospitalière. L'activité fixe désormais le montant des recettes, et non plus l'inverse. La gouvernance a été ensuite réformée par la loi HPST (2009) pour soutenir l'instauration de ce nouveau « référentiel ». Ce new public management à la française dans l'hôpital public est décrit par Améziane Ferguene<sup>5</sup> comme « *un ensemble de principes empruntés au cadre conceptuel de la gestion du secteur privé ; il met l'accent sur le contrôle des coûts, la transparence financière, l'autonomie des sous-unités organisationnelles, la décentralisation de la direction, la création de mécanismes de marché ou de quasi-marché séparant fonctions achat et approvisionnement, la contractualisation de leur relation, et l'accent mis sur la responsabilité envers la clientèle en matière de qualité des services, grâce à l'instauration d'indicateurs de performance* ».

Cette évolution bénéfique aux dépenses publiques s'est traduite par une modification des attentes vis-à-vis des professionnels de santé. Devant désormais coder les actes pour justifier leur activité et financer les soins, les professionnels de santé ont vu leur regard évoluer sur leur propre métier. Certains ont saisi cette opportunité pour développer une approche médico-économique, en insistant sur la contribution de leur service au financement de l'établissement, tandis que d'autres y ont vu une dénaturation de leur métier, médical ou soignant. Cette nécessité de « *faire rentrer de l'argent* »<sup>6</sup> est vécue par de nombreux agents en contradiction avec la vocation première du service public, alors même que ces réformes se sont traduites par une hausse de l'activité publique de chirurgie<sup>7</sup>. Par ailleurs, les deux modes historiques d'organisation des soins à l'hôpital se singularisent. Le premier répond à un besoin en soins non-programmés. Il s'incarne notamment dans les services d'urgences, accueillant les patients 24h/24 et offrant, outre

---

<sup>3</sup> Jean-Paul Domin, « La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement », *La Vie des idées*, 5 avril 2016.

<sup>4</sup> L'objectif national des dépenses d'assurance maladie a été mis en place par les Ordonnances Juppé de 1996.

<sup>5</sup> Améziane Ferguene, *Le New Public Management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST* (intervention issue d'un colloque organisé en 2014)

<sup>6</sup> Expression employée par un cadre lors des entretiens réalisées pour ce mémoire.

<sup>7</sup> Roland Cash, « La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? », *Les tribunes de la santé* 2017/4 (n°57), pp. 35-55

une réponse sanitaire, des prestations sociales. Le second apparaît plus programmé et plus spécialisé, notamment dans les services de chirurgie. L'évolution actuelle des missions de l'hôpital public attise les conflits entre les professionnels de santé de ces deux modes de prise en charge, entre un « hôpital de semaine » programmé et un « hôpital d'urgence » non programmé<sup>8</sup>.

Sur le plan interne, la notion même de travail au sein des établissements de santé a évolué. Le travail fait naître un collectif. Historiquement, il prend racine dans le service. Aujourd'hui, travailler à l'hôpital à un poste de travail donné ne signifie plus tout à fait la même chose en termes de sentiment d'appartenance. On observe que l'attachement identitaire au service et à l'hôpital se dilue, accentuant le désengagement et le risque de rupture avec l'institution. Ces perceptions sont visibles dans les baromètres comme celui produit par la SHAM<sup>9</sup>. On y apprend en outre que 61% des agents interrogés estiment que la satisfaction au travail a diminué durant les derniers mois, contre 5% seulement qui y voient une amélioration.

En renvoyant autant à un espace de contraintes qu'à des opportunités de développement personnel, la notion de travail est par nature ambivalente. Le travail hospitalier est à ce propos d'autant plus un espace de contraintes que la mission de soins des patients (24h24 et 7j7) se rajoutent aux motifs d'insatisfaction inhérents au monde du travail tels que le lien de subordination, désaccords et conflits au sein du service ou avec la patientèle ou la pression liée aux situations de santé des patients. Ces insatisfactions au quotidien peuvent aboutir à un mal-être et à un renoncement qu'exprime le burnout ou les accidents professionnels. La perte de sens dans son travail réduit la perception des opportunités qu'il procure comme l'acquisition de compétences, l'accomplissement de soi, la satisfaction du travail accompli, le développement des relations sociales ou encore la construction d'une identité professionnelle.

### **1.1.2 La qualité des soins et la performance des établissements dépendent des conditions de travail des professionnels de santé**

Les conditions de travail forment l'un des facteurs clés de la performance. L'évolution de la nature du travail hospitalier appelle donc à renouveler les modes d'action.

Les conséquences d'une dégradation des conditions de travail sur la santé des agents ont un impact de court terme pouvant menacer la continuité des soins. La problématique des remplacements est significative. En cas d'arrêt inopiné d'un agent, l'encadrement doit trouver dans l'urgence une solution. Il peut recourir, en interne, aux heures supplémentaires d'un autre agent du service et, en externe, aux vacataires et aux intérimaires. Les impacts

---

<sup>8</sup> Expression employée par un médecin lors des entretiens réalisées pour ce mémoire.

<sup>9</sup> SHAM, Baromètre 2018 : « Hôpital & médico-social - qualité de vie au travail et santé des agents »

financiers et organisationnels de conditions de travail insatisfaisantes sont élevés. Quand elles se traduisent par une hausse des arrêts maladies, et donc une hausse des besoins en remplacements, les mauvaises conditions de travail créent des coûts directs pour l'établissement. Ces couts directs prennent la forme de dépenses supplémentaires sur la masse salariale. A ces dépenses, il faut ajouter des coûts indirects tels que la perte de qualité dans la prise en charge (pouvant conduire à des erreurs médicales) ou la désorganisation d'un service (pouvant venir de la frustration des agents systématiquement appelés à remplacer les mêmes collègues).

Pour agir sur la qualité de vie au travail, les moyens à mobiliser ne sont pas uniquement financiers. Si ces derniers (achats de matériels adaptés, renforcement de personnels, etc) sont facilitateur des politiques d'amélioration des conditions de travail, il existe une dimension humaine, participative et collaborative de la QVT. La HAS a publié une revue de travaux de recherche sur l'épuisement professionnel des agents en 2017<sup>10</sup>. L'étude de Khamisa et al. (2013) portant sur l'association entre stress professionnel, satisfaction au travail, épuisement professionnel et santé générale des infirmiers retient d'autres facteurs de risque d'épuisement professionnels que les équipements à proprement parler ou que le manque de personnel. Pour les auteurs, il faudrait agir à la fois sur l'environnement de travail (faible soutien des pairs, pauvreté des relations avec les patients, manque de reconnaissance/récompense, style de management délétère) et sur le contenu du travail (complexité et exigences du travail, surcharge de travail, heures supplémentaires et objectifs flous). Les conclusions de cette compilation de 70 publications confirment donc que les facteurs de risques ne sont pas uniquement liés à des problématiques financières.

En 2017, le taux d'absentéisme dans la fonction publique hospitalière est de 13%. Il suit une tendance croissante depuis dix ans avec une progression de 20 % entre 2007 et 2017. La maladie ordinaire est le premier contributeur des absences, environ 50% des absences totales, devant la longue maladie/longue durée et l'accident du travail. De plus, la maladie ordinaire est constituée majoritairement d'arrêts courts et fréquents, ce qui déstabilise plus profondément les organisations de travail. Selon les règles définies par le statut de la fonction publique hospitalière, c'est l'établissement employeur qui supporte tout ou partie du salaire des agents absents pour motifs de santé et des frais médicaux relatifs à la pathologie contractée lors d'un accident du travail. Au total, la SHAM estime à 1490 euros le coût moyen pour absences au travail pour maladie ordinaire<sup>11</sup>. Il s'agit d'une estimation du coût direct (indemnités journalières, dépenses de santé), qui exclut les coûts indirects comme les réorganisations éventuelles, l'intérim ou le paiement d'heures supplémentaires.

---

<sup>10</sup> Rapport HAS « repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », mars 2017

<sup>11</sup> SHAM, Baromètre 2018 : « Hôpital & médico-social - qualité de vie au travail et santé des agents »

## **1.2 En s'appuyant sur des politiques jusqu'ici dispersées, les démarches QVT constituent une opportunité de renouveler les savoir-faire pour améliorer les conditions de travail**

Le bouleversement des repères au sein de l'hôpital nécessite de réinterroger les politiques et outils mis en œuvre pour améliorer la qualité de vie au travail. Les tensions au sein des services et entre services, par manque de communication ou par l'accroissement des rythmes de travail, amènent à repenser les savoir-faire en matière d'amélioration des conditions de travail afin de passer de la prise en charge de « risques professionnels » à une démarche plus transversale de qualité de vie au travail.

### **1.2.1 L'amélioration des conditions de travail a fait jusqu'à une date récente l'objet de politiques dispersées et centrées sur la notion de « risques professionnels »**

En France, la fin des années 1960 voit émerger de nouveaux conflits sociaux débordant la critique du modèle fordiste et l'organisation scientifique du travail. Le nouveau modèle productif fait reposer la création de valeur davantage sur des temps d'échange et de coopération que sur la rigidité de la division des tâches. Ces nouvelles formes d'organisation privilégient les échanges et les savoirs, l'autonomie et la responsabilisation. De nouveaux enjeux de négociation sur les conditions de travail entre partenaires sociaux apparaissent. Toutefois, l'attention aux conditions de travail reste fragile. Le chômage de masse, à partir de la fin des années 80, les ramène au second plan.

Un tournant s'opère au début des années 90. Des associations de victimes font ré émerger la question de l'amélioration des conditions de travail, principalement autour de la notion de « risque ». La sensibilité de la population au risque collectif s'accroît. Paul André-Rosental et Catherine Omnès perçoivent l'attention nouvelle à la « souffrance au travail » comme la conséquence à la fois d'une vulgarisation de la culture psychologisante et d'une critique du modèle économique libéral mais aussi comme la conséquence de mutations profondes du monde travail opérées depuis les années 1980<sup>12</sup>. C'est à cette période que se généralise la collecte de données sur les conditions de travail par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES). Ces données sont exploitées depuis 1978 grâce aux enquêtes *Conditions de travail (CT)* et depuis 1987 grâce aux enquêtes *Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)*. Sur cette base, la lutte contre les risques professionnels s'institutionnalise. L'Agence nationale pour

---

<sup>12</sup> Rosental, Paul-André, et Catherine Omnès. « L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de « santé au travail » », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 56-1, no. 1, 2009, pp. 5-11.

l'amélioration des conditions de travail est créée en 1973<sup>13</sup>. Puis, en 1983, la création des CHSCT marque un moment charnière dans la prise en compte de ces risques.

En France, la responsabilité de la prévention des risques professionnels incombe à l'employeur. Dans ce domaine, la France est le premier pays à institutionnaliser un service obligatoire et complet de médecine du travail dès 1940. Il repose sur une vision individualisée et médicalisée de la prévention de la santé au travail. Il ne s'étend cependant pas à la fonction publique avant le décret du 28 mai 1982<sup>14</sup> instituant la médecine de prévention. A partir des années 1980, à l'obligation de moyens se substitue une obligation de résultats dans la protection de la santé des employés, notamment sous l'influence des normes définies au niveau européen depuis la directive-cadre 89/391/CEE. L'obligation générale de sécurité qui incombe à l'employeur est détaillée à l'article L4121-1 du code du travail, il « *prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.* » Son application concerne la fonction publique hospitalière en raison de l'article L4111-1 du code du travail. La responsabilité est celle du chef de l'établissement et procède d'une évaluation des risques qui se fait à l'aide du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Neuf principes généraux de prévention des risques professionnels sont définis par l'article L4121-2 du code du travail :

1. Éviter les risques ;
2. Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
3. Combattre les risques à la source ;
4. Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
5. Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou ce qui l'est moins ;
7. Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L1152-1 ;
8. Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
9. Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

---

<sup>13</sup> Pascale Levet, « Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT », p 98

<sup>14</sup> Décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail et à la prévention médicale

Cette approche par les risques se heurte toutefois dans la pratique à la nature subjective du risque professionnel. Le risque se donne rarement à voir de façon immédiate et directe. Il est souvent « opaque »<sup>15</sup>. C'est le cas par exemple des troubles musculo-squelettiques dont l'imbrication dans les gestes quotidiens du travail rend difficile l'objectivisation. La recherche d'une objectivisation du risque est un processus complexe, impliquant une pluralité d'acteurs, pour aboutir à une connaissance inévitablement négociée. Le cas du fonctionnement en 12h est symptomatique des difficultés à associer un risque avec les conditions de travail. Le choix des 12h par une majorité des IDE et AS réduit d'ailleurs la prise en compte de son impact sur la qualité de vie au travail : réduction des temps de transmission, intensification des journées de travail.

En dépit de cette opacité du risque professionnel, les thématiques d'intervention se sont multipliées. Au niveau national, les plans santé et travail donne une impulsion et des thématiques d'actions prioritaires, depuis le premier plan 2005-2009. Ceux-ci sont ensuite déclinés au niveau local et adaptés aux réalités de l'établissement. Des risques spécifiques font parallèlement l'objet de plateforme d'actions. A partir de la création en 2005 de l'Observatoire national des violences hospitalières, les plans « violence » se sont succédés pour réduire le risque d'une agression, à la fois en formant les agents à interagir avec le public et en finançant des équipements pour réduire la possibilité même d'une agression comme avec la mise en place de vitres aux guichets d'accueil. De la même manière, les troubles musculo-squelettiques font l'objet de politiques spécifiques visant à prévenir la survenue d'affections comme les lombalgies, les cervicalgies, les douleurs articulaires, les tendinites et le syndrome du canal carpien.

### **1.2.2 La QVT bénéficie d'une impulsion nationale mais repose sur des savoir-faire encore en construction**

Si la promotion du concept de qualité de vie au travail (QVT) est récente en France, son apparition aux États-Unis remonte aux années 70. Par rapport à la logique assurantielle contre un risque, cette démarche transversale, recherchant l'amélioration des conditions de travail dans le quotidien du poste de travail, déborde sur des questions nouvelles telles que les horaires, la reconnaissance au travail ou la communication entre professionnels.

Le terme QVT est mentionné pour la première fois lors de la conférence d'Arden House à New York en 1972 par Louis E. Davis et Albert Cherns. Leur définition agrège quatre aspects : intégrité physique, intégrité psychique, développement du dialogue social et

---

<sup>15</sup> Omnès, Catherine. « De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 56-1, no. 1, 2009, pp. 61-82.

équilibre entre vie au travail et vie en dehors du travail. Dès les années 1980, la thématique de la QVT fait l'objet d'articles et d'ouvrages, tels que celui de Larouche, V. & Trudel, J. (1983)<sup>16</sup> portant une réflexion encore d'actualité sur la gestion des temps de travail et des temps personnels. Au-delà de leur plaidoyer pour favoriser l'horaire variable, difficilement applicable aux activités de soins, ils montrent la relation entre la QVT et la participation des agents à l'organisation du temps de travail. L'aménagement des horaires permet « à chacun de modeler sa vie à son gré, de l'adapter à ses aspirations et à ses besoins, sans pour autant négliger l'intérêt général »<sup>17</sup>. Ils citent dans leur introduction les propos de Jacquelin ROBIN pour qui « le concept de qualité de vie au travail peut en quelque sorte être conçu comme la couche supérieure de la série des tentatives qui ont été faites en vue d'améliorer les conditions de vie au travail »<sup>18</sup>. Cette définition est donc très proche de la vision institutionnelle actuelle de dépassement des plans d'actions spécifiques pour déboucher sur une vision plus transversale. On observe aussi que les rythmes de travail, question centrale du dialogue social hospitalier, est posé comme un aspect majeur de la QVT.

C'est seulement dans les années 2000 que la QVT fait son apparition dans les politiques publiques en France. En 2007, l'ANACT propose six facteurs clés de la QVT<sup>19</sup> : les relations sociales et de travail ; le contenu du travail ; l'environnement physique de travail ; l'organisation du travail ; la réalisation et le développement professionnel ; la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. En 2013, l'ANI (accord national interprofessionnel) propose une définition de la qualité de vie au travail, fruit d'un compromis entre les partenaires sociaux (cité en introduction). En 2014, la HAS fait le choix de positionner la qualité de vie au travail de manière autonome dans son manuel de certification, eu égard à son caractère transversal. En 2015, la loi Rebsamen inclut le thème de la QVT dans le champ de la négociation annuelle obligatoire des entreprises. En 2016, le Ministère de la santé publie sa stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « prendre soin de ceux qui nous soignent », à destination des personnels soignants et médicaux.

Parallèlement à cette inscription législative, la fonction publique est incitée à mettre en œuvre des plans d'actions QVT. Un guide de prise en charge des risques psychosociaux est ainsi publié par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique<sup>20</sup>. En 2017, la HAS publie avec l'ANACT son guide dans la mise en œuvre d'une démarche QVT pour les établissements de santé en précisant que ces derniers n'y trouveront pas de

---

<sup>16</sup> Larouche, V. & Trudel, J. (1983). La qualité de vie au travail et l'horaire variable. *Relations industrielles*, 38(3), 568–597.

<sup>17</sup> Idem, p 572.

<sup>18</sup> Jacquelin ROBIN, Qualité de la vie au travail. Concept et programmes de changement, février 1981, p. 3.

<sup>19</sup> Réseau de l'Anact et des Aract pour l'amélioration des conditions de travail, La qualité de vie au travail en 2007, Édition spéciale.

<sup>20</sup> DGAFP, « Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique », 2014

« *démarches clés en main* », car la qualité de vie au travail s’appréhende surtout au regard des enjeux locaux et d’une situation concrète<sup>21</sup>. Peu d’outils concrets sont ainsi proposés aux établissements, au-delà de l’aide à la cartographie des risques. Ce caractère transversal et multifactoriel limite la lisibilité des actions QVT puisque l’on ne peut compter sur un indicateur cible, objectivant la réussite ou l’échec des démarches menées.

### **1.3 Dans ce contexte, le Centre hospitalier d’Argenteuil s’appuie sur une situation locale favorable et une expérience acquise dans la prise en charge des risques professionnels**

A l’heure où les établissements de santé sont incités à mettre en œuvre une action transversale d’amélioration de la QVT, le Centre hospitalier d’Argenteuil rencontre un contexte social et financier favorable et dispose de savoir-faire et de professionnels déjà mobilisés sur le sujet.

#### **1.3.1 Le contexte social et financier du CHA se révèle favorable à la mise en place d’une politique QVT**

Après un plan de retour à l’équilibre marquant une pause dans sa politique de prise en charge des risques professionnels, le Centre hospitalier d’Argenteuil connaît un contexte plus favorable.

Le CHA est un hôpital de proche banlieue sur un bassin de vie de près de 300 000 habitants, assurant à la fois une prise en charge de sociale et de proximité tout en disposant d’un plateau technique élargi. En 2017, il a reçu plus de 98 000 personnes au service des urgences, comptabilisé près de 190 000 consultations externes et 35 500 hospitalisations. La population est marquée par une précarité élevée. Avec près de 2500 professionnels médicaux et non-médicaux, organisé en 8 pôles, le CHA dispose de spécialités de pointe. Le pôle de cancérologie est notamment constitué d’un service d’hématologie et de deux salles de radiothérapie qui desservent le sud du Val d’Oise. Il effectue plus de 6 800 interventions chirurgicales, principalement en chirurgie orthopédique, viscérale et thoracique. Il dispose d’une maternité de niveau 3 avec 3 300 naissances. Par ailleurs, les pôles médicaux incluent des soins psychiatriques (deux secteurs adultes et un service de psychiatrie infanto-juvénile) et des soins de suite et de réadaptation. La diversité et la complémentarité de ces services garantissent aux patients une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée. Il assure la permanence des soins, 24h/24, notamment au

---

<sup>21</sup> Guide HAS/ANACT, « *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux* », septembre 2017

service d'accueil des urgences, à la fois porte d'entrée dans l'hôpital et lieu de prise en charge de la précarité.

Depuis janvier 2017, le Centre hospitalier d'Argenteuil est l'établissement support du GHT Sud Val d'Oise – Nord Hauts de Seine. Outre Argenteuil, ce GHT est composé de quatre autres établissements : le Groupe Hospitalier Eaubonne Montmorency, le Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre, l'Etablissement Public de Santé Mentale Roger Prévot et l'Hôpital Le Parc de Tarverny. Cette responsabilité lui impose de coordonner la mise en place du GHT et de proposer des initiatives structurantes, sans bénéficier toujours du soutien des établissements parties.

Sur le plan financier, l'année 2017 constitue la deuxième année excédentaire consécutive. Après un excédent de +3,6 M€ en 2016, le CHA a réalisé un excédent de +5,3 M€ en 2017. Suite à plusieurs années d'efforts dans le cadre du plan de retour à l'équilibre pour améliorer sa situation financière, l'ARS a décidé de sortir l'établissement du programme d'accompagnement région des établissements sensibles (ARES). Ce redressement est jugé « d'autant plus remarquable » par l'ARS qu'il intervient dans un contexte de baisse des tarifs et de revalorisation indiciaire et catégorielle des agents du service public (notamment le programme « parcours professionnels, carrières et rémunérations »<sup>22</sup>). Les mesures d'efficience et de réorganisation ont été réalisées tout en préservant les équilibres sociaux. La réforme des temps de travail opérée en 2013 n'a pas entraîné de mobilisation syndicale dure, même si la mesure n'a pas eu le soutien de l'ensemble des agents concernés.

Ce redressement permet aujourd'hui au CHA de s'engager dans un projet ambitieux de modernisation de l'hôpital, soutenu par la communauté médicale. Le projet immobilier Madeleine Brès, dont la première tranche a ouvert en 2013, paraissait compromis jusqu'au début 2018. Initialement, il s'agissait d'un projet en trois tranches pour centraliser les activités MCO dans un bâtiment monobloc. L'entrée dans le programme ARES en avait marqué la suspension. Le redémarrage du projet au cours de l'année 2018 participe d'un regain de confiance dans le dynamisme de l'hôpital et dans la possibilité de voir les efforts du personnel payés. A terme, le projet doit permettre de renforcer l'attractivité du site, de remettre aux normes les locaux et de répondre aux enjeux de modernisation du système de santé. La perspective de « déménager » à un effet euphorisant sur les professionnels concernés, au moins à court terme, et à condition que la phase de préparatoire ne s'éternise pas<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Le décret n° 2016-908 du 1er juillet 2016 modifie les grilles indiciaires afférentes aux attachés d'administration de l'État par la revalorisation des indices bruts chaque année à compter du 1er janvier 2017 jusqu'au 1er janvier 2020.

<sup>23</sup> Entretien réalisé auprès de cadres et d'organisations syndicales durant le stage.

### **1.3.2 La mise en place d'un plan d'actions QVT répond à un objectif de lisibilité afin d'articuler des dispositifs jusqu'ici dispersés dans la prise en charge des risques professionnels**

La direction du CHA peut prendre appui sur plusieurs actions distinctes de prises en charge des risques professionnels, préexistantes aux démarches QVT promues par les pouvoirs publics.

Les agents investis dans le plan d'actions QVT soulignent une réelle prise de conscience des effets de l'amélioration des conditions de travail sur l'absentéisme depuis 2012. Comme pour d'autres établissements de santé, ces actions ont d'abord été pensées dans le cadre d'un programme de réduction des risques professionnels. Ainsi, la démarche de prise en charge des troubles musculo-squelettiques (TMS) a été impulsée par les directions des ressources humaines et des achats. La démarche a été décentralisée, au plus près du quotidien des services. Deux référents TMS ont reçu une formation certifiante par la CRAMIF afin d'accompagner les programmes d'amélioration des postes de travail. Un plan d'investissement suivi par la directrice des achats, avec un budget dédié, a permis de mener des actions à la fois dans la prise en charge des patients et dans les services logistiques, techniques et administratifs. Les services de transports et de brancardage ont ainsi bénéficié de « bed mover » pour réduire l'ampleur des pathologies des lombaires liées à leur activité. De même, des équipements pour lever les patients ont été mis en place en gériatrie.

Le CHA a également été l'un des pionniers dans la mise en œuvre du *Programme d'amélioration continue du travail en équipe* (PACTE) de la HAS. Cette méthode d'amélioration de la qualité de vie au travail s'appuie sur des situations concrètes de prise en charge pour approfondir le travail en équipe. Le projet « *Rééducation fonctionnelle des patients après un AVC : prise en charge des troubles de la déglutition* »<sup>24</sup> a fait suite à un événement indésirable survenu dans le service. Dans le contexte de changement du chef de service, l'équipe n'avait pas approfondi les causes et n'avait pas pu mener de démarche de sécurisation des soins aux patients présentant ces troubles. Bien que l'événement indésirable ne se soit produit qu'une fois, les professionnels ont exprimé le besoin de revenir sur le sujet. 84 % des membres de l'équipe ont été associés après trois réunions d'équipe en avril 2014. Ils ont reçu également le soutien de la direction, de la communauté médicale (président de CME) et du pôle (chef de pôle et cadre supérieur de santé). Pour améliorer l'état de santé physique et cognitif du patient, les agents ont dû prendre en compte la personne dans sa globalité, plutôt que de la considérer de manière morcelée, centrée sur

---

<sup>24</sup> HAS, *Programme d'amélioration continue du travail en équipe – Pacte – Rapport final de l'expérimentation*, 2018, pp.80-92

un organe ou des symptômes. Un travail en commun et une compréhension élevée du rôle de chacun ont été nécessaires, l'étude initiale ayant montré que la sous déclaration des événements indésirables empêchait l'équipe de progresser. Outre l'amélioration du travail en équipe, l'augmentation de 20 % de patients très satisfaits de l'information sur leur état de santé (40 % en 2013, 60 % en juin 2016) améliore la reconnaissance dans le travail des agents.

Enfin, le suivi des actions par le Comité d'amélioration de la qualité de vie au travail (CAQVIT) a eu un effet d'entraînement sur l'amélioration des conditions de travail depuis son installation en 2014. Le CAQVIT réunit de manière trimestrielle les directions des ressources humaines et des soins, les principaux acteurs de la politique de prévention et les représentants des organisations syndicales. Son suivi a permis un approfondissement de la démarche sur la prévention des violences, initiée en 2015 pour répondre à la sous-déclaration des accidents et agressions du quotidien dans la plateforme ENNOV par les soignants. L'installation de séparations vitrées entre les agents de la caisse et les patients au SAU ou la distribution d'une plaquette d'information pour les agents sur les violences ont compté parmi les actions entreprises.

## **2 En associant direction, encadrement et représentants du personnels, le programme d'actions QVT vise une consolidation des démarches de prévention et l'inclusion de thématiques liées à l'organisation du travail**

L'élaboration du plan d'actions QVT s'appuie sur l'objectif n°143 du Projet Social 2012-2016. Il vise à « *mettre en place un questionnaire de satisfaction du personnel tous les deux ans* ». En 2016, la consultation des agents a été un outil pivot pour élaborer les axes du futur projet social et proposer des actions nouvelles pour améliorer les conditions de travail.

### **Bref retour sur le calendrier du projet QVT du CHA**

- ✓ Élaboration de l'enquête QVT par un groupe de travail composé de membres de la DRH, de représentants du personnel, du service qualité, de la médecine du travail
  - Mai-juin 2016 : Réalisation du questionnaire
  - CAQVIT 30 juin 2016 : Validation du questionnaire
  - Novembre 2016 : Envoi du questionnaire
  - CHSCT (2-02-2017) et CAQVIT (3-02-2017) : Présentation des résultats
- ✓ CAQVIT du 20 octobre 2017 : lancement des axes du plan d'actions QVT
- ✓ 2019 : Rédaction du projet social

### **2.1 Une démarche participative a été privilégiée de l'élaboration du diagnostic et à la définition du plan d'actions**

La réalisation d'un diagnostic partagé entre la direction, les organisations syndicales et l'encadrement a été la première étape de la mise en place du plan d'actions QVT.

#### **2.1.1 La phase d'objectivisation des besoins a reposé sur une démarche participative, soutenue par les partenaires sociaux**

Comme de nombreux établissements de santé, le CHA a rédigé un questionnaire à destination des agents pour inclure, dès la phase de diagnostic, l'ensemble du personnel.

L'expérience du CHA a répondu aux bonnes pratiques, quant à la définition du contenu et des modalités d'inclusion des agents. L'ensemble des agents a été destinataire du questionnaire, soit une population de 2432 agents. Cet échantillon permet d'avoir une certaine validité statistique, d'autant que 983 agents ont répondu, soit 40% des agents. Parmi ceux qui ont le plus participé, on retrouve 54,1% des secrétaires médicales, 48,1% des cadres de santé, 49,6% des IDE et 50% des personnels du laboratoire. En revanche, seuls 38,9% des aides-soignants et 25% des personnels ouvriers ont répondu. Ceci pourrait déséquilibrer la hiérarchisation des préoccupations *in fine* retenues. La participation des

médecins, bien que faible (21,8%), reste conforme aux résultats des autres établissements ayant réalisé ce type d'enquête.

Le questionnaire a été construit de manière à être neutre. Il est sobre dans son apparence. L'équilibre des questions et la gradation des réponses évitent un cadrage *a priori* des réponses des agents. Le questionnaire est divisé en plusieurs catégories<sup>25</sup> et est inspiré des méthodes reconnues et validées scientifiquement. Dans le questionnaire du CHA, les interrogations ont pris la forme, soit de questions à choix multiples, soit de baromètres (allant de « tout à fait satisfaisant » à « pas du tout satisfaisant », dont une case « non concerné »), soit de questions fermées (oui/non). La première catégorie de questions permet de mieux cerner la perception de la QVT par l'agent et quelles sont les modalités de soutien attendues. La deuxième catégorie de questions permet de mesurer la qualité des relations professionnelles, de l'environnement de travail, de la communication, des plannings, des congés, des souhaits de formation et de la charge de travail. Enfin, les questions fermées correspondent au sentiment d'implication de l'agent dans les projets de l'établissement, du service ou du pôle.

Ce questionnaire a fait l'objet d'un consensus entre les membres de la direction, l'encadrement et les organisations syndicales. Ce consensus a porté sur le choix des items du questionnaire, les formulations, les modalités d'emploi et la communication des résultats. Les représentants des agents ont trouvé la démarche crédible et se sont « *sentis vraiment écoutés par la direction* »<sup>26</sup>. Ils estiment avoir pu poser les questions qu'ils souhaitent et que le questionnaire a été rédigé « *afin que la démarche fonctionne réellement* ».

La diffusion au personnel s'est faite par un courrier joint au bulletin de salaire. Ce procédé est efficace pour accroître la participation. Parallèlement, une communication sur les objectifs, les règles de confidentialité, la transparence du processus ainsi que les modalités de retour d'information aux agents a été effectuée. Par ce procédé, le questionnaire constitue une première forme de communication sur le futur projet QVT. Le CHA affiche ainsi sa volonté de mettre le sujet en discussion, de poursuivre le processus de prévention et d'y faire participer les agents. Il fait cependant naître des attentes qui devront ensuite être satisfaites, au risque de nuire à l'image du plan d'actions.

---

<sup>25</sup> Annexe 1 : Questionnaire relatif à la qualité de vie au travail de votre point de vue (CHA, 2016)

<sup>26</sup> Entretien réalisé auprès de cadres et d'organisations syndicales durant le stage.

### **2.1.2 Assise sur une participation élevée, l'enquête QVT constitue un support clé du plan d'actions**

Suite au questionnaire, un bilan des réponses au questionnaire a été distribué au personnel de l'établissement. Un court dépliant a été envoyé aux agents. Les réponses indiquent les attentes des agents.

Les cinq principales attentes vis-à-vis de la QVT ont permis d'orienter la mise en œuvre du plan d'actions. L'objectif d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée (53%) est arrivé en tête et rassemble plus d'un répondant sur deux. Puis viennent les objectifs d'amélioration de la communication au sein des équipes (44%), des plannings et horaires de travail (44%), la reconnaissance du travail (43%) et enfin la réduction de la charge de travail (39%). Au CHA, les attentes concernent donc l'organisation même du travail, avant les questions de matériels, de locaux ou d'accès à des services (crèche, restaurant, salle de sport, etc.).

L'environnement de travail est jugé de manière nuancée. Si les locaux satisfont « tout à fait » ou « plutôt » 55% des répondants, il y a de grandes disparités en fonction des services. Cette différence s'explique par le caractère pavillonnaire de l'établissement et la juxtaposition de bâtiments plus ou moins récents et plus ou moins rénovés. En revanche, l'aménagement du poste de travail obtient 64% de réponses positives, traduisant l'investissement du CHA dans ce domaine. Parmi les points négatifs, viennent en tête le parking pour 67% des répondants, suivi de la restauration pour 59% des agents l'utilisant (la majorité des soignants effectue un service en 12h au CHA et déjeune le plus souvent dans leur service pour des raisons de continuité des soins).

La reconnaissance au travail apparaît assez faible alors même que les relations de proximités sont jugées solides. Seule la moitié des agents a répondu se sentir reconnue dans son travail. Les pôles FME (65%), SNP (78%) et gériatrie (60%) enregistrent les plus forts taux de non-reconnaissance. Ces résultats sont d'autant plus surprenants que les relations de proximité paraissent les plus fortes et porteuses de sens (lien avec l'équipe ou les usagers). Le soutien dans son travail est perçu comme provenant principalement des collègues (88%) et du cadre de proximité (60%). A l'inverse, les relations plus distantes avec l'encadrement du pôle ou la direction sont jugées plus négativement. Ce constat caractérise particulièrement le pôle des soins non-programmés.

Un déficit d'information et de participation ressort de l'enquête. Il s'inscrit dans la même tendance que le sentiment de reconnaissance. Tout d'abord, la communication quotidienne au sein des équipes est jugée satisfaisante pour 74% des répondants, notamment pour le pôle de gériatrie qui connaît les meilleures performances avec une association ressentie plus forte dans les projets de service. Toutefois, un répondant sur quatre ne s'estime pas « disposer du tout » d'informations sur les projets en cours au sein de leur pôle ou de

l'établissement. Si on inclut les réponses « un peu », 75% sont globalement insatisfaits de leur niveau d'information. Sur la participation, l'asymétrie entre le service et le pôle se retrouve: 22% des agents estiment ne pas être invités à des réunions de service, 79% à des réunions de pôle, 77% à des AG du personnel, 66% à des groupes de travail. Les meilleurs résultats sont enregistrés pour le pôle psychiatrique, probablement du fait d'une unité de lieu et de prise en charge plus évidente. Enfin, un tiers des agents s'estime associé à la rédaction des procédures, un tiers « partiellement » et un tiers « pas du tout ». Cette non-association risque d'influencer négativement la qualité de la prise en charge (risque d'erreur) et de réduire l'acceptation des contraintes.

Les modalités d'organisation du travail apparaissent mieux perçues dans le quotidien du travail que dans la répartition de la charge de travail. Les questions de plannings ne sont insatisfaisantes que pour 13 à 18% des répondants (dont 5% « pas du tout ») pour l'ensemble des items mesurés: l'élaboration, les changements, le respect ou la consultation sur les plannings. Les horaires sont également jugés satisfaisantes pour 84% des agents. En revanche, pour ce qui concerne la charge de travail, l'insatisfaction concerne les charges physiques (40% des agents) et mentales (46%), avec des taux plus élevés au sein du pôle de gériatrie. Les principales critiques adressées concernent l'interruption des tâches et/ou d'accomplissement de tâches simultanées (pour les 2/3 des agents) et les impacts de leur vie professionnelle sur leur vie familiale (61%).

Les enjeux de formation sont enfin diversement appréciés. Un tiers est satisfait, un tiers ne l'est pas et un tiers s'estime non concerné. En revanche, un pic d'insatisfaction est observé en psychiatrie avec près de 50% des répondants.

## **2.2 Le management du projet n'est pas sans poser de questions sur la capacité à répondre aux attentes des agents de l'établissement**

Le choix du management de projet facilite certains groupes de travail, mais risque de compliquer la prise de décision pour d'autres travaux.

### **2.2.1 L'élaboration des projets des axes de travail tente de répondre aux attentes exprimées dans le questionnaire QVT**

Pour répondre aux attentes exprimées dans le questionnaire, une démarche globale a été entreprise. Le CAQVIT a été l'instance de traduction des réponses du questionnaire en plan d'actions. Les membres du CAQVIT ont choisi de traiter des objectifs généraux de la politique d'amélioration des conditions de travail.

Le plan comporte dix actions. Plusieurs axes visent à cadrer le périmètre de la QVT au CHA (exemple du groupe 9 sur la définition de la charte et de la politique de QVT). D'autres groupes concernent la thématique plus spécifique de la prise en charge des RPS, tels que le groupe 7 (procédure de prévention et de signalement des RPS) et le groupe 10 (rédaction d'une plaquette institutionnelle sur la prise en charge de risques psychosociaux). La formation continue est d'emblée pensée comme un support de la démarche QVT et un catalyseur des bonnes pratiques (groupe 6 à destination de l'encadrement et 9 à destination de l'ensemble des agents). La communication sur l'action QVT et les bonnes pratiques fait l'objet de deux axes (l'axe 1 sur le forum sur la QVT et l'axe 5 sur la communication). Et enfin un groupe d'actions visent à réduire les frictions liées à l'absentéisme : le groupe 2 sur les changements de planning et les modalités de remplacement, le groupe 3 sur le retour des agents en maladie de longue durée et le groupe 4 sur la fidélisation des vacataires et intérimaires.

Initialement prévue pour débiter à l'automne 2017, la réunion des premiers groupes de travail a été différée à début 2018. Le calendrier chargé des instances de fin d'année n'a pas permis de réunir les membres des groupes de travail mobilisés sur le cadrage de la démarche. Les axes 7 (prise en charge des RPS) et 9 (définition de la charte de la QVT), centraux dans la définition des objectifs de l'action QVT, ont réclamé la réunion de groupes de travail conséquents.

Calendrier des actions du plan d'action QVT			
n°	Axe	Participants	Dates actualisées
1	Organisation du forum QVT	ingénieur qualité, référent TMS, DRH	Octobre 2018
2	Gestion des changements de planning de dernière minute et formalisation des modalités de remplacement des agents de jour et de nuit	DRH, responsable RH, DS, cadre supérieur de santé, 2 cadres, 2 IDE, 1 AS, 1 cuisinier	Avril 2018-fin 2018
3	Anticiper et formaliser l'organisation des retours à l'emploi des agents en absence longue	DRH, responsable RH, DS, responsable formation continue, médecin du travail, infirmière du travail	2e-3e trimestre 2018
4	Fidéliser les vacataires et intérimaires	DRH, responsable RH, DS, cadre supérieur de santé, cadre de santé	2e-3e trimestre 2018
5	Communication/participation autour des projets autour du pôle et sur le rôle du pôle dans l'hôpital, ainsi que sur les circuits internes de validation et de communication	Codir/communication	2e trimestre 2018
6	Accompagnement au changement, dont formation de l'encadrement à la gestion du changement, à la QVT, à la prévention des RPS (repérage des situations difficiles) : accompagnement au changement lié à la communication sur les projets et changements	responsable formation continue	CAQVIT du 30 mars (choix du prestataire) et deux premières formations en juin-septembre puis octobre-décembre
7	Procédure de prévention et de signalement des RPS	DRH, ingénieur qualité, médecin du travail, représentants CHSCT, responsable formation, cadre supérieur pôle psychiatrie, psychologue	Février 2018-avril 2018
8	Catalogue interne des formations liées à la QVT	responsable formation continue	2e semestre 2018
9	Charte sur la politique de QVT	DRH, ingénieur qualité, médecin du travail, représentants CHSCT, responsable formation, cadre supérieur	Février 2018-mai 2018
10	Rédaction d'une plaquette institutionnelle sur la prise en charge de risques psychosociaux	DRH, représentants CHSCT, médecin du travail	Juin 2018- aout 2018

## **2.2.2 Le pilotage est assuré de manière technique, par une gouvernance associant la direction des ressources humaines et les acteurs des précédentes politiques de prévention des risques professionnels**

Le choix d'un pilotage technique du projet, assuré par la direction des ressources humaines et les instances sociales de l'établissement, offre des avantages et des inconvénients.

Le pilotage par la Direction des ressources humaines offre des atouts dans la réalisation du plan d'actions. Tout d'abord, un interlocuteur unique facilite les discussions pour les acteurs du projet. Ils peuvent se référer à une manière traditionnelle de piloter le projet. Ensuite, le choix des ressources humaines permet de donner du poids dans les discussions puisque l'interlocutrice, à savoir Mme Billault, occupe une place importante dans le comité de direction. Elle est l'interlocutrice privilégiée des partenaires sociaux sur l'ensemble des questions relatives à la gestion salariale et aux conditions de travail. Pour l'hôpital d'Argenteuil, les dépenses de titre 1 représente 130 millions, soit 60% des dépenses de l'établissement<sup>27</sup>. Par ailleurs, animatrice des instances sociales, elle connaît les acteurs du projet.

Les participants aux groupes de travail sont globalement satisfaits de la dynamique interne au CAQVIT impulsée par le projet QVT. Les représentants du personnel reconnaissent que la politique d'amélioration des conditions de vie au CHA « *est ancrée depuis de nombreuses années* » et que le « *CAQVIT monte en charge, depuis un an* ». De même, la médecine préventive estime que le CHA est « *en avance sur les autres établissements* ». Pour les agents de la qualité participant au projet, « *il y a un avant et un après l'enquête QVT* ». En revanche, la dynamique externe semble plus complexe à mi-parcours. Il y a un décalage entre l'enthousiasme des participants au projet et l'indifférence des autres agents. Cet élément devra être pris en compte dans l'association des agents du CHA au projet.

La genèse du projet a implicitement favorisé un profil davantage non-médical dans la hiérarchie des sujets. Le plan d'actions se concentre ainsi sur les professionnels non-médicaux de l'établissement, avec au regard du profil des participants une orientation soignante au détriment des services techniques, logistiques ou administratifs. Les membres des groupes de travail réunissent plus fréquemment des membres de la Direction des ressources humaines, de celle des soins, des cadres le plus souvent de santé (sauf dans le groupe 2 sur la gestion des plannings où un cadre gère le service de transport patients) et des représentants du personnels. Si les soignants sont les plus directement impactés par l'intensification des rythmes de travail liée aux réorganisations de l'offre de soins hospitaliers, les questions de manutentions peuvent aussi concerner des membres gérés

---

<sup>27</sup> Rapport financier 2017 du CHA

par les autres directions, à commencer par celle des achats, de la logistique et des travaux. Par ailleurs, durant les premières réunions, les questions d'ordre médical n'ont été abordées que de manière incidente, à l'instar de la prise en compte des risques psychosociaux qui permet de toucher l'ensemble des agents de l'hôpital, sans distinction.

### **2.2.3 Le management technique du projet convient inégalement à la mise en œuvre des axes de travail**

Le choix de la technicité réduit la place pour une gestion en mode projet, plus propice à l'innovation et à la participation d'acteurs variés.

Le management par une direction technique d'objectifs assez généraux s'avère périlleux. Les groupes de travail 7 et 9 se sont réunis deux ou trois fois avant d'aboutir à une prise de décisions. Cela peut sembler efficace. Mais in fine, l'avancement du projet a reposé uniquement sur la direction des ressources humaines. A ce titre, le nombre important de participants aux réunions des groupes 7 sur les RPS et 9 sur la clarification de la politique QVT du CHA a empêché le plus souvent les participants de s'impliquer réellement dans la l'élaboration des réponses institutionnelles. Les participants ont été réduits à un rôle de précision du diagnostic. L'état des lieux des sujets a occupé les premières réunions de chaque groupe. En revanche, l'entre deux réunions n'a que rarement été mis à profit par les acteurs pour proposer des solutions. Implicitement, il était attendu que la DRH revienne autour de la table avec une solution clé en main. Les participants ont été le plus souvent cantonnés à amender des propositions déjà bien engagées. Sans réduire l'apport de ces réunions en termes d'appropriation des dispositifs, le pilotage technique a inscrit les participants dans une logique de passivité.

A l'inverse, les groupes 1 (organisation du forum QVT) et 5 (plan de formation à destination de l'encadrement) ont davantage profité de la gestion technique du plan d'actions. En réunissant peu d'acteurs, deux pour le groupe 1, et un pour le groupe 5, le travail a réellement pu être délégué de manière efficace. Par ailleurs, la position de ces porteurs de projets dans l'hôpital n'est pas comparable à celles des membres des groupes précités 7 et 9. Le choix de la formation QVT a été fait par la responsable de la politique de formation, placée directement sous la responsabilité fonctionnelle de la DRH. Le forum QVT a été organisé par les membres de la cellule qualité, des agents plus rompus à l'exercice administratif que les autres soignants. L'avancement des axes s'est fait de manière autonome, indépendamment de l'implication de la DRH. Les réunions se sont résumées à des points d'étape fructueux, les décisions à prendre étant d'emblée présentées à la DRH avec les options possibles.

La DRH a occupé une place centrale dans la gouvernance du plan d'actions. Elle a toutefois géré les premiers axes de manière souple en se plaçant à l'écoute des participants,

notamment en soutenant les propositions des participants. Ainsi, le groupe 9 a proposé la rédaction d'une « politique QVT », texte à portée institutionnelle, conjointement à la « charte QVT ». Également, le groupe 7 a proposé de créer un sous-groupe, devenu le dixième, afin de poursuivre l'action de prévention des RPS par l'écriture d'une plaquette d'information à destination du personnel.

L'inégale efficacité du management trouve son origine dans une feuille de route trop vaste et avec des objectifs positionnés de manière variable dans l'institution. Malgré les tentatives de cadrage, la diversité des participants, des objectifs et des sujets a empêché une clarification du projet QVT. Se heurte ici les objectifs de transversalité et de lisibilité de la démarche QVT. Autant, on peut admettre que la politique de prise en charge des RPS ou des TMS se décide au niveau de l'institution, autant des réalisations plus quotidiennes nécessitent une action décentralisée et participative. Ces actions visibles par les agents se situent idéalement au niveau de chaque service et en faisant participer les personnels soignants et médicaux, à l'image du projet PACTE de la HAS (exemple mentionné dans la partie 1).

## **2.3 La priorité donnée au cadrage de la politique et à la prise en compte des RPS permet de positionner le sujet dans l'agenda social de l'hôpital**

Le terme « valise » de la QVT manifeste à la fois l'engagement de la direction sur les questions de prévention mais peut avoir des effets pervers. Le recours à ce terme peut décourager les agents face à une amélioration jugée insuffisante des conditions de travail. Au-delà du management du projet, un premier bilan à mi-parcours des axes de travail peut donc être fait.

### **2.3.1 Le cadrage de la politique QVT au CHA s'avère nécessaire mais non suffisant**

Le passage d'une politique centrée sur la prévention des « risques professionnelles » à une politique de QVT plus transversale a nécessité dès le début un cadrage de la démarche.

Le groupe 9 a formalisé l'ensemble des principes et actions de la démarche QVT de l'établissement. Un travail bibliographique a été effectué afin de s'inspirer des démarches réalisées dans d'autres établissements ou entreprises : charte des valeurs de l'APHP, charte d'un EPHAD, document de politique QVT du CH de Rambouillet, document de travail proposé par les représentants du syndicat autonome ; 15 engagements du ministère du droit des femmes ; document interne au CHA « respectons nous » ; la stratégie nationale faite par le Ministère de la santé « prendre soins de ceux qui nous soignent » ainsi que la charte d'engagement de la SNCF. Au regard de cette base documentaire, il a été choisi de

formaliser la démarche QVT par deux documents distincts. Premièrement, la « politique QVT » recense les objectifs, les acteurs et les outils de la démarche QVT<sup>28</sup>. Deuxièmement, la « charte QVT »<sup>29</sup> est destinée au personnel et affichée dans l'établissement. Ce deuxième document reprend le premier mais de manière pédagogique. Elle est un outil de promotion auprès du personnel de la politique QVT et de ses principes.

La politique QVT s'inspire de celle réalisée par le CH de Rambouillet tout en reprenant les enseignements de l'enquête QVT de 2016. Elle rappelle qu'un engagement de tous est au fondement d'une bonne qualité de vie au travail : dirigeants, agents et partenaires sociaux. Elle passe par des modes de communication et de participation adaptés et la promotion de valeurs comme le respect ou la bienveillance. Elle reprend notamment les éléments de définition proposée par le Ministère de la santé dans son document « Prendre soins de ceux qui nous soignent » (2016) : *« Développer la QVT, c'est être attentif à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de parcours professionnels offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. Développer la QVT, c'est donc améliorer le quotidien des personnes, c'est leur redonner la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients »*. Ce cadrage du périmètre de la QVT du CHA rappelle la complémentarité entre le CHSCT et le CAQVIT dans l'évaluation et la formalisation de recommandations en matière de qualité de vie au travail. Il détaille aussi les outils mis en place dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'objectif est de rendre visible les différents leviers d'action de l'institution : Plan Violence, Prévention des TMS, Questionnaire de satisfaction, Accès aux formations, Évaluation et prévention des RPS, DUERP et PAPRIPACT.

### **2.3.2 La priorité donnée à la lutte contre les risques psychosociaux donne un point d'appui pour les travaux ultérieurs**

Le CHA s'est engagé dans un processus concret de prise en charge des RPS.

En dépit des recommandations nationales, son caractère multifactoriel et son appréciation sur un fondement autant qualitatif que quantitatif rendent délicates la mise en œuvre opérationnelle de dispositifs. Les RPS couvrent des réalités différentes en fonctions des pôles, services et postes de travail. Selon le rapport Gollac (2011), *« ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les RPS seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emplois et les facteurs organisationnels et relationnels »*

---

<sup>28</sup> Annexe 2 : Politique de QVT du CHA

<sup>29</sup> Annexe 3 : Charte de QVT du CHA

*susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* ». L'INRS estime que les RPS correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non : du stress (déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes de son environnement de travail et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face); des violences internes commises au sein de l'entreprise par des salariés (harcèlement moral ou sexuel, conflits exacerbés entre des personnes ou entre des équipes); des violences externes commises sur des salariés par des personnes externes à l'entreprise (insultes, menaces, agressions...).

Au CHA, le travail réalisé au sein du groupe de travail n°7 a permis tout d'abord d'adopter un mode d'évaluation partagé, collectif et formalisé. Trois objectifs ont été poursuivis : consolider les indicateurs de veille sociale ; définir et formaliser les actions préventives (repérage des situations de risque) ; Organiser la prise en charge des situations de RPS sur le plan individuel (procédures).

Ainsi, le repérage des situations à risques au niveau de l'établissement se fait par le suivi des indicateurs de veille sociale. Réalisée chaque année, la veille sociale alimente le bilan annuel global et est présentée en CAQVIT. Ces indicateurs ont une vocation statistique pour fonder une analyse de long terme sur la prise en charge des RPS. Du fait de leur collecte et de leur consolidation par année au niveau du CAQVIT et par trimestre au niveau de la DRH (avec présentation en regroupement de services), ils apportent un éclairage *a posteriori* sur des situations critiques ou pouvant le devenir (exemple de l'absentéisme persistant sur plusieurs trimestres dans un secteur). D'autres sources d'information seront donc privilégiées pour une intervention plus rapide. En revanche, ces indicateurs peuvent être utilisés par la cellule de reclassement. A la demande des participants, deux indicateurs ont été ajoutés au tableau de bord de veille sociale portant à onze les items suivis : indicateur du recours aux vacataires ; indicateur du nombre de reclassements pour raison de santé et de retour après arrêt maladie. Des indicateurs sur la formation ou sur l'organisation interne du service (par exemple la fréquence des réunions de service) ont été exclus car ils ne rentraient pas dans le périmètre de la veille sociale.

Ensuite, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est devenu au CHA un document pivot du repérage collectif, à l'échelle du service et pour chaque poste de travail. L'article L. 4121-1 du code du travail énonce les neuf principes généraux de prévention que l'employeur doit mettre en œuvre. Une évaluation annuelle des RPS a déjà été prévue par service et par poste de travail au sein du DUERP. Toutefois, le périmètre de l'évaluation n'est pas assez précis pour permettre à l'encadrement, en lien avec le service de qualité, de faire une analyse exhaustive permettant d'apporter des mesures proportionnées. L'innovation proposée par le groupe de travail a été de réaliser une annexe

au DUERP afin de préciser les critères d'appréciation des RPS au regard des pratiques existantes au CHA. Cette annexe facilitera la description des risques inhérents à chaque poste dans le service, par le cadre du service et l'équipe de la qualité. Des actions de préventions ciblées pourront ainsi être apportées.

Enfin, au niveau individuel, une procédure de signalement a été définie<sup>30</sup>. Elle s'organise autour du rapprochement de plusieurs symptômes individuels<sup>31</sup> - qu'ils soient émotionnels, intellectuels ou physiques - repérés par l'encadrement et/ou la médecine du travail. Cette procédure est à disposition des cadres. Ces derniers sont formés à son maniement lors des formations QVT, ayant lieu en trois fois sur 2018-2019. L'objectif est de permettre à chaque acteur d'agir de manière structurée pour gérer les crises, notamment en permettant l'adressage rapide à la médecine du travail et au psychologue ou psychiatre de garde. De manière complémentaire, le recours à cette procédure peut alimenter d'éventuels signalements collectifs : faits de violence, événements indésirables associés aux soins, etc.

### **2.3.3 Le forum QVT peut permettre un dépassement du périmètre des instances sociales, ouvrant une deuxième phase plus participative du programme d'actions**

Lors des premiers groupes de travail, les membres du CAQVIT ont montré leur motivation pour imaginer des solutions concrètes aux problématiques soulevées. Les groupes 2 (gestion des absences) et 4 (sur la fidélisation des vacataires), initiée avant la fin du stage de professionnalisation manifestent cette volonté d'adopter des procédures concrètes pour réduire les difficultés de gestion au quotidien.

Le forum « *Qualité de Vie au Travail et Bien-Être : une semaine pas comme les autres* » a vocation à diffuser à l'ensemble des agents cette volonté de changement au sein de l'institution. Une semaine d'ateliers et de conférences à l'intention de tous les professionnels de l'établissement est prévue du 8 au 12 octobre 2018<sup>32</sup>. La cellule de communication a été mobilisée pour promouvoir l'initiative. La direction des ressources humaines a diffusé avec la fiche de paie le programme des journées. Cette semaine propose d'approfondir trois grands axes institutionnels : les risques psycho-sociaux, la prévention des chutes, la prise en charge des professionnels victimes de violence. Par ailleurs, ce forum offre l'occasion de découvrir des ateliers « Bien-être » et de récolter les propositions des professionnels afin d'intégrer des actions concrètes d'amélioration de la

---

<sup>30</sup> Annexe 4 : procédure de signalement

<sup>31</sup> Symptômes émotionnels : nervosité ou sensibilité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, tristesse ou sensation de mal-être.

Symptômes intellectuels : troubles de la concentration, oublis, erreurs, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions

Symptômes physiques : douleurs musculaires ou articulaires, troubles du sommeil, coliques, maux de tête, perturbation de l'appétit ou de la digestion, sensation d'essoufflement ou d'oppression, sueurs inhabituelles.

<sup>32</sup> Annexe 5 : programme du forum QVT

QVT et de bien-être dans leur quotidien. Dans une démarche participative, ce forum reprend aussi des idées émises précédemment par les agents. Proposer un atelier d'une dizaine de minutes d'échauffement collectif dans un espace commun du lieu de travail avait ainsi été inscrit dans les DUERP du bloc opératoire et du Pôle Gériatrie. Une formation à ce type d'action permet de renforcer la cohésion d'équipe et de préserver le capital santé et bien-être des collaborateurs.

Outre la possibilité de participer à des ateliers, le forum est un levier de communication sur la démarche QVT initiée par le CAQVIT. La plaquette rédigée au sein du groupe 10 sur la prise en charge des RPS sera ainsi distribuée aux agents et la charte sur la QVT sera présentée.

### **3 Si la dynamique nationale autour de la QVT reste peu opérationnelle ou reproductible, le projet du CHA rappelle combien des faire-savoir existent en la matière**

Après avoir présenté le plan d'actions QVT du CHA, plusieurs questions restent en suspens. Elles concernent tant la dynamique nationale de promotion des actions QVT que le management interne du projet.

#### **3.1 L'impulsion nationale sur la QVT reste peu opérationnelle pour les établissements**

La QVT reste un terme ambiguë et mal perçu par les soignants. D'autres approches auraient pu être privilégiées.

##### **3.1.1 La démarche QVT pourrait s'enrichir de l'approche du « magnet hospital » en promouvant une culture d'établissement**

La notion de magnétisme hospitalier, élaborée au début des années 1980 suite aux travaux de l'American Academy of Nursing, vise à répondre aux problématiques de pénurie de personnels soignants.

Dans un environnement concurrentiel accru, les établissements doivent répondre à une double attractivité : attirer les meilleurs professionnels ; être attractifs auprès des usagers. Ces deux nécessités conduisent les établissements publics de santé à rechercher la meilleure organisation du travail pour les personnels de l'hôpital tout en veillant à ce que celle-ci soit orientée vers la prise en charge optimale du patient. En cela, le concept de « magnet hospital » se rapproche de la notion de qualité de vie au travail. Comment attirer et à fidéliser le personnel des hôpitaux ? Pour Erwann Paul, « *le modèle de l'hôpital magnétique doit avoir pour clé d'action la valorisation. Il s'agit d'impliquer l'ensemble des personnels à la prise de décision* »<sup>33</sup>.

Les hôpitaux seront attractifs si la qualité de vie au travail est élevée. L'épanouissement au travail réside dans l'autonomie laissée à chacun. Cette autonomie peut prendre plusieurs formes. Trop souvent, une faible implication des médecins est observée dans le suivi des unités et des équipes. Une piste d'amélioration pourrait consister à créer des « espaces ritualisés d'échange » au sein des services de santé, afin de resserrer la coordination entre les différents professionnels, qu'ils soient médecins, soignants ou cadres. Il convient aussi

---

<sup>33</sup> Erwann Paul, « Magnet hospital et attractivité hospitalière. Quelle articulation ? », mars 2015, Gestions hospitalières.

de laisser une gestion plus libre aux différents professionnels dans les services ou d'améliorer la reconnaissance des missions de gestion et d'organisation réalisées par les personnels médicaux pour favoriser leur implication. Enfin, faciliter l'accès à la formation continue doit permettre à chacun de rester proactif dans sa carrière. L'autonomie dans le travail peut ainsi passer par une prise de décision accrue vis-à-vis du patient par les infirmières. L'accès au statut d'infirmier de pratique avancée y ouvre la voie. Cette responsabilisation peut permettre *in fine* de lutter contre l'absentéisme.

Le concept d'hôpital magnétique s'attache à renforcer l'équilibre vie professionnelle/vie familiale. Dans certains hôpitaux anglo-saxons, des groupes de travail ont été mis en place sur cette thématique afin de s'adapter aux besoins réels des salariés. Un tel positionnement peut être repris. Cette préoccupation peut passer par des services à la personne (gardiennage, ouverture de places de crèche aux horaires atypiques ou salle de sport) ou en préparant l'arrivée des nouveaux praticiens (journées d'accueil et guide d'accueil par profession), à l'image de ce qui est mis en place en Allemagne avec le service Famille & Beruf ou en France avec Happytal. A titre d'exemple, le CHU de Caen a organisé au printemps 2018 une journée au zoo pour les agents de l'hôpital.

Le magnet hopital est finalement une autre manière d'approcher la QVT mais en mettant l'agent davantage au centre. Au-delà de l'amélioration des conditions de travail, il y a un objectif de renforcement de la culture d'appartenance à l'établissement qui est inspirant. En étant attractif aux yeux de ses agents, l'action publique hospitalière retrouve tout son sens. Cette recherche de sens et d'appartenance à une communauté de projet devrait inspirer davantage les projets QVT.

### **3.1.2 Les démarches QVT peinent à associer au sein d'une même politique personnels médicaux et non médicaux**

Les plans QVT étudiés durant le stage se réduisent bien souvent à deux types antagonistes. Dans ces deux cas, l'incapacité à associer personnels médicaux et non médicaux accentue le décalage et le risque d'être cantonné à un faire-valoir.

Le CHA a centré son projet QVT sur les conditions de travail des personnels non médicaux. Le pilotage est assuré par la direction des ressources humaines. La direction des soins est mobilisée. Dans ce premier type de projet, il y a un lien fort entre la démarche QVT et le projet de soins. Les questions soulevées sont celles des remplacements, de l'absentéisme ou du temps de travail. A ce titre, la formation sur la QVT (axe 5 du plan argenteuillais) a été pensée uniquement pour les cadres de services et de pôles, alors même que la participation des chefs de service médicaux aurait pu être envisagée.

L'autre type de plan QVT est celui réalisé par CHU de Grenoble en 2018, afin de répondre au mal-être des médecins. Le CHU a connu fin 2017-début 2018 une grave crise, née du

suicide d'un neurochirurgien dans son bureau et de la découverte de cas d'épuisement professionnel chez deux praticiennes spécialisées en endocrino-diabéto-pédiatrie. A l'issue du rapport Couty, le plan d'actions repose sur la formation et l'aide à la progression dans la carrière. La rénovation des statuts médicaux hospitalo-universitaires et hospitaliers en CHU ou la formation initiale des professionnels médicaux en sont des axes structurants. Ce plan prévoit en outre des mesures dites « opérationnelles » pour prévenir les ruptures d'approvisionnement en matériels, pour accélérer le déploiement du dossier patient informatisé, améliorer les remplacements des agents ou pour faire évoluer l'aval des urgences. Dans ce type de programme d'actions, le directeur des affaires médicales ou le président de CME sont bien davantage au cœur du projet que dans le premier groupe de travail.

Entre ces deux types, il serait judicieux de penser la QVT en réunissant les préoccupations des soignants et des médecins. L'exemple du programme PACTE au CHA (précité) montre que l'amélioration au quotidien des conditions de travail vient de la compréhension des contraintes de chacun et de la volonté de transformer les organisations pour qu'elles soient mieux traitantes. Au CHA, il pourrait être intéressant de mieux articuler les temps soignants et médicaux. Traiter du sujet des prescriptions dans les unités d'hospitalisation peut permettre de réduire l'intensité des demandes adressées aux infirmières et aux aides-soignantes, sans pour autant réduire la qualité de la prise en charge. Une réflexion sur les horaires des visites médicales et paramédicales participerait en ce sens de l'amélioration de la qualité de vie au travail.

### **3.1.3 L'absence de démarche normative est préjudiciable**

Le principal écueil des démarches de QVT réside dans la difficulté à agir sur des processus complexes, multifactoriels et transversaux.

La démarche QVT est issue d'un processus complexe que ne peut jamais être la juste reproduction « en local » d'un plan national. Les particularités de chaque établissement (le contexte propre, le nombre de lits, les spécialités, etc) limitent le caractère reproductible des initiatives. Les acteurs présents dans le site hospitalier doivent d'avoir s'approprié la démarche. Ils le font par rapport aux configurations entre services, entre métiers ou par rapport à la qualité du dialogue social. Pour Anne-Marie Gallet de l'ANACT, la démarche QVT « *se construit socialement dans chaque établissement, en fonction d'un contexte spécifique, d'une histoire singulière et d'acteurs locaux singuliers également* »<sup>34</sup>. Ainsi, une dynamique initiée dans un établissement ne sera jamais vraiment reproductible, quand bien même la démarche serait orchestrée exactement de la même manière.

---

<sup>34</sup> Actes du colloque HAS, 2017, p8

A la différence d'un plan de retour à l'équilibre ou d'un programme d'investissement pluriannuel, la démarche QVT ne repose pas sur des indicateurs précis. En ce sens, on ne peut pas parler de démarche normative. Les indicateurs de veille sociale n'ont ainsi pas de portée réellement opérationnelle. On ne peut faire reposer une politique QVT uniquement sur l'évolution des indicateurs. Que retenir d'une chute des accidents du travail ? Que voir dans une hausse de l'absentéisme ? D'autant que le manque de recul s'ajoute à ce constat. Une hausse de l'absentéisme sur dix ans est significative, mais celle de deux semestres peut l'être beaucoup moins. Le manager bute également sur la mise en évidence du lien de causalité. L'arrêt est-il lié à l'organisation du travail ? Est-il la conséquence d'une problématique personnelle ? Enfin, le dernier aspect problématique tient dans l'impossibilité de donner une signification universelle à un indicateur. Est-ce qu'un taux d'absentéisme de moins de 5 ou 6% est un idéal à atteindre au même titre qu'une marge brute de 35% pour décider d'un investissement comme au sein des Hospices civiles de Lyon ? Si dans le deuxième cas, l'investissement sera réalisé, dans le premier les agents n'accréditeront pas nécessairement ce résultat à la démarche QVT. Les perceptions des agents ne sont donc pas uniquement liées à des courbes de tendance.

### **3.2 Les savoir-faire au cœur de la mise en œuvre managériale du projet**

Au niveau micro, celui d'un établissement, la mise en place d'une démarche QVT se heurte à plusieurs difficultés. Celles-ci doivent être bien anticipées afin d'être contournées. Il s'agit d'un faire-savoir du manager hospitalier : dépasser les contraintes du réel pour transformer les organisations.

#### **3.2.1 La gouvernance du projet gagnerait à se préciser**

Les projets QVT peinent dans les établissements publics de santé à reposer sur une démarche institutionnelle à la hauteur de l'objectif de transversalité. Le plus souvent, ils sont cantonnés à un projet secondaire et pris en charge de manière technique.

Au CHA, la démarche de QVT a initialement été discutée au sein des instances de représentants du personnel et a été traitée du point de vue réglementaire (la réponse à la dynamique nationale et à la certification HAS). Cette position dans l'agenda hospitalier marque un intérêt second. Une prise de distance s'affirme avec ce qui relève du stratégique, comme le projet médical ou le projet institutionnelle. Ainsi, si les étapes de mise en place du projet QVT sont présentés régulièrement au sein du CAQVIT, du CHSCT et du CTE, elles ne sont pas présentées ni en Directoire ou ni en Conseil de surveillance.

Le fait de traiter la thématique de l'amélioration des conditions de travail de manière technique limite son ambition. La délégation à la direction des ressources humaines (DRH)

(comme au CHA) ou à la direction des affaires médicales et au président de la CME (comme au CHU de Grenoble) réduit l'ambition du projet à un traitement technique alors même que le sujet est politique. Autant les problématiques que les solutions mises en avant appartiennent au registre classique d'actions de la DRH ou de la DAM. Les solutions ne sont pas transversales mais élaborées au sein d'une direction fonctionnelle.

Une évolution de la gouvernance permettrait de repositionner le sujet QVT au bon niveau. La délégation à un membre de la direction du projet ne doit sous aucun prétexte se traduire par son isolement dans l'agenda hospitalier. Au CHA, un portage du sujet par le chef de l'établissement et par le président de la CME, en relai de l'action de la DRH, pourrait être bénéfique. Ce portage, au moins sur le plan de la promotion institutionnelle, aurait un impact sur sa diffusion et sur sa réception. Il gagnerait en autorité et en transversalité. Un rappel régulier des étapes mises en œuvre et du cap institutionnel sur l'amélioration de la QVT lors d'instances non uniquement sociales participerait de la légitimation de la démarche.

### **3.2.2 La gestion de la temporalité à l'hôpital est au cœur du projet**

L'expérience du CHA montre en quoi la temporalité du projet est une variable centrale de la réussite ou de l'échec du projet. Il convient au manager de savoir cadrer en amont sa démarche.

L'animation des groupes de travail est chronophage. Si la démarche de QVT doit reposer sur un management participatif, afin d'élaborer un diagnostic complet et de le partager avec la centaine de métiers et de statuts hospitaliers, elle reste complexe à mettre en place au quotidien. Mener un programme de dix actions en une année représente un investissement colossal en temps de travail pour un DRH. Le temps est un coût, tant pour le membre des groupes de travail que pour l'institution. Pour les cadres travaillant au forfait jour, la participation à des groupes comme celui n°7 ou n°9 a pris trois réunions de 2h, en plus de la préparation. Ce temps aurait pu être consacré à autre chose. Il y a donc un choix, même implicite, visant à privilégier ce programme au détriment d'un autre. Pour les agents en services de soins, la question du remplacement pour participer à des telles réunions de travail se pose. Peut-il quitter son poste pendant 2-3h ? Qui le remplace ? Faut-il payer des heures supplémentaires ? Ce temps est-il inclus dans le temps syndical ? La question de la juste allocation des ressources financières et humaines est donc centrale.

Ce projet interroge également la temporalité du changement. Le projet QVT est partagé en permanence par des dynamiques de court et de long terme. Le dispositif mis en œuvre en 2018 pour réduire les RPS sera-t-il visible ? A quelle échéance ? Il y a une nécessité dans la communication de bien indiquer la temporalité dans laquelle s'inscrit chaque action : ne pas communiquer de la même façon sur l'ensemble des actions peut être une option ;

communiquer une fois l'action réalisée permet de promouvoir un succès, sans prendre le risque de communiquer sur une action au final inefficace.

Enfin, reste la question des ressources internes pour animer le projet QVT. L'animation des réunions et la rédaction des comptes rendus, s'ils installent la démarche, sont très chronophages. Si la direction des ressources humaines assume l'intégralité de ces actions, il faut modifier la fiche de poste des agents. La sortie au zoo du CHU de Caen a reposé sur une organisation par les agents administratifs, à la fois en amont du projet (prise de contact avec le zoo, détermination du prix par agent, modalités spécifiques du projet), au moment du projet (accueil des agents, assurance de la qualité et du bon déroulement de la journée) et en aval (évaluation, retour sur expérience). Dans le même sens, la réalisation d'un spectacle de Noël pour les enfants du personnel nécessite une mise en concurrence. Un travail doit être ainsi réalisé par la direction des achats. Enfin, les conciergeries de services (crèche, salles de sport, etc) nécessitent parfois d'officialiser la prise de responsabilité, et le cas échéant, de créer un statut ou d'offrir une rémunération pour cette prise en charge.

### **3.2.3 La « labélisation » des actions QVT permet de dépasser une feuille de route fermée pour promouvoir une démarche continue d'amélioration des conditions de travail**

L'approche de la QVT centrée sur un unique plan d'actions inscrit la dynamique sur un temps restreint et sur une liste d'actions déterminées à l'avance et forcément réduites.

La démarche proposée par la HAS peut être en sens intéressante à étudier. Le projet PACTE consiste à partir d'un sujet de prise en charge et à le travailler par l'ensemble des acteurs PM et PNM, en mode projet. Dans le cadre du projet réalisé au CHA sur la prise en charge des troubles de la déglutition, les participants ont dû revoir leur communication entre eux et mieux comprendre les difficultés de chacun. Pour atteindre cet idéal de co-construction, il faut encourager les services à former des collectifs soudés. Des concours inter-services peuvent permettre de mobiliser les énergies autour de projets unificateurs. La proposition d'un dispositif innovant de prise en charge des patients peut être l'objet de tels concours. Les mutuelles et des assureurs, comme la MNH ou la GMF, accompagnent régulièrement les hôpitaux dans ces projets. Ils permettent incidemment d'améliorer la qualité de vie au travail.

Pour décentraliser le plan d'actions, la démarche QVT pourrait reposer demain sur une labélisation. Il s'agirait alors d'une démarche non plus institutionnelle, animée par la direction, mais d'une démarche décentralisée, effectuée au niveau des unités de soins ou des pôles. La réalisation du forum QVT au CHA participe de cette décentralisation des responsabilités : les agents qui ont pris en charge le projet ne sont pas des membres de la direction des ressources humaines. La labélisation permet une plus grande créativité et une

modification de la nature des sujets, davantage en lien avec le quotidien du service. Concrètement, la labélisation reposerait sur le recensement des projets réalisés au sein d'un service, sur leur sélection sur des critères d'amélioration de la QVT par le CAQVIT, puis sur leur promotion au sein de l'hôpital par le biais de présentations en réunions de cadres, au sein des instances de l'établissement ou dans le journal du CHA<sup>35</sup>. Ce mécanisme permet de valoriser les initiatives de terrain et de ne pas limiter l'action QVT à des sujets au périmètre étroit (comme les RPS) ou au contraire trop vaste, au risque d'être peu opérationnels (comme la charte QVT).

La labélisation permet ainsi d'alimenter en permanence la plateforme d'actions pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. On évite ainsi le risque qu'une fois les dix actions effectuées, la dynamique prenne fin.

### **3.2.4 L'évaluation de l'action**

L'évaluation de la politique QVT sera nécessaire pour déterminer l'impact des changements effectués et si les managers se situent du côté des savoir-faire ou des faire valoir.

Les indicateurs, bien que plus subjectifs que sur d'autres sujets, doivent être consolidés pour fonder des analyses de moyen terme. Le projet social du CHA propose en ce sens de réaliser une enquête de satisfaction tous les 2 ans. Cette durée est probablement excessive au regard du temps consacré à l'élaboration et à l'analyse de l'enquête. Toutefois, en reprenant le modèle du questionnaire QVT distribué en 2016, les évolutions de certains items pourraient être observées. Ainsi, on pourrait voir si les attentes des agents ont changé et si les dispositifs mis en place ont amélioré le quotidien des agents. En revanche, cette démarche a comme contrepartie de figer le périmètre de l'évaluation. Des questions pourraient ainsi être rajoutées au gré des envies des membres du CAQVIT, tout en faisant attention à ne pas trop allonger la durée de réponses des agents.

En parallèle, une démarche qualitative peut renseigner sur le sens des variations observées en moyenne et en longue périodes. L'approche qualitative réduit le risque de sur-interpréter ce qui n'est au demeurant que des artefacts statistiques, sans pertinence pour l'action managériale. Ce recours à un avis extérieur reste difficile à obtenir en pratique. On peut imaginer, parmi d'autres formes possibles, la réalisation d'une thèse d'un étudiant en sociologie des organisations. Ce regard extérieur permettrait de voir sous un jour différent le programme d'actions.

Enfin, un recensement des moyens financiers consacrés aux démarches de prévention et d'amélioration des conditions de travail pourrait être effectué. Ce recensement permettrait

---

<sup>35</sup> Publication du journal de l'établissement (Apostroph'a) tous les deux mois.

à la fois un affichage du degré d'investissement de l'établissement et aussi de piloter celui-ci. Au CHA, les référents TMS contribuent à la politique d'aménagement des postes de travail. Un affichage clair des moyens consacrés à la QVT peut contribuer à soutenir une dynamique positive.

### **3.2.5 La difficile gestion des externalités négatives**

Enfin, en dépit de actions QVT, il existe un risque de voir les progrès apportés sur les conditions de travail minimisés par des facteurs incidents. Ce sont ces externalités aux conséquences plus ou moins fortes qu'il faut prendre en compte.

Au CHA, l'amélioration de la prévention des RPS est directement impactée par les difficultés du service de médecine préventive. L'établissement peine actuellement à remplacer le médecin du travail qui souhaite faire valoir son droit à la retraite, dans un contexte démographie médicale défavorable pour cette spécialité. Si une poursuite partielle d'activités du praticien a été obtenue, les vacances du médecin du travail sont réduites à quelques jours dans la semaine, partagées entre les établissements d'Argenteuil et de Taverny. Cette externalité réduit la capacité à capitaliser sur les dispositifs de lutte contre les RPS issus du plan d'actions.

La question des plannings est une préoccupation centrale des agents. Au CHA, cet enjeu fait l'objet d'un axe du plan d'actions, mais celui-ci n'a pas encore été initié au moment du stage de direction. L'incapacité à disposer d'un planning sur plusieurs mois impacte leur qualité de vie au travail, et notamment le lien entre vie privée et vie professionnelle : prise de rendez-vous médicaux, organisation de la garde des enfants, etc. Au cœur du sujet, il y a bien entendu les aléas inhérents à un service de soins, comme la gestion des urgences et des remplacements, mais aussi un manque de compétences de l'encadrement dans l'utilisation d'outils de planification informatique. Certains services proposent encore des plannings papiers : tout changement nécessite donc de refaire le planning, là où un simple clic aurait suffi dans le cadre d'une gestion informatisée. Cet enjeu des plannings a été souligné par Cap Gemini lors du PRE. Il s'agit d'un enjeu d'amélioration indispensable.

Egalement, il faut faire attention à ce que l'esprit de service, très développé dans certaines unités de soins, ne conduise pas à des externalités négatives. Un esprit de service très affirmé peut conduire le service à évoluer en vase clôt. Leur sentiment d'appartenance ne s'exprime plus envers l'institution mais uniquement envers leur service. En conséquence, il peut y avoir des tensions lors de la réaffectation d'un agent. Par ailleurs, le service peut chercher à étouffer en interne les différents exprimés, jusqu'à ce qu'une crise éclate et laisse des traces profondes dans le collectif de travail. Une action préventive n'ayant pu être apportée, la gestion par le DRH ou le DS devient alors plus complexe.

## **Conclusion – Et demain, le GHT ?**

Loin d'être une démarche clés en mains, la politique QVT s'affirme dans les établissements hospitaliers. Certes, elle reste encore trop souvent un mot valise manifestant un effet de mode des pouvoirs publics pour les questions de prévention et de conditions de travail. Toutefois, réduire les démarches QVT à un faire-valoir est une erreur. On voit dans le cas du CH d'Argenteuil la volonté de développer de réels faire-savoir. Couche supérieure des actions entreprises pour améliorer les conditions de travail, les démarches QVT offrent une occasion de réinterroger les dispositifs mis en place jusqu'à aujourd'hui et de les consolider dans une approche transversale.

Si les établissements hospitaliers s'inscrivent dans un contexte de pressions très fortes, pesant en bout de chaîne sur les opérateurs, il y a une attente forte vis à vis des politiques d'amélioration des conditions de travail. Au-delà de l'aspect financier, une difficulté importante semble résider dans la perception portée sur les actions menées, perceptions qui divergent fortement entre les managers et les agents. La perception par les agents, tant du climat social que de la capacité de la direction à prévenir et à améliorer les situations concrètes de travail, constitue une variable clé de la réussite d'une démarche QVT. Faire collectif, redonner du sens au travail et assurer l'intercompréhension entre les équipes de soins et les services administratifs sont au moins aussi importants pour une bonne qualité de vie au travail que l'investissement dans l'outil de travail.

En l'absence d'une prescription encore très précise de politiques efficaces dans le domaine promues par les autorités de santé, les établissements sont nombreux à initier des démarches créatives et innovantes dans le domaine. Demain, un travail pourra être mené sur ce sujet au sein du GHT. Le forum QVT organisé par le CHA peut très bien être pensé demain au sein du territoire. De même, une politique commune de formations sur la prévention des TMS ou le management peut permettre un essor important des bonnes pratiques. Mutualiser les équipes et les expériences sur le territoire est un enjeu fort de montée en charge des compétences. La formation commune des directeurs des ressources humaines du GHT au printemps 2018 sur l'organisation des CHSCT et sur l'actualité des questions d'hygiène et de sécurité dessine un cap possible. Enfin, la création de postes partagés pour des emplois atypiques comme les ergonomes, les psychologues du travail, les toxicologues ou les préventeurs de risques peut élargir la palette des services offerts sur le territoire aux agents en décompensation. Les savoir-faire en matière de QVT sont donc en construction.

---

# Bibliographie

---

## Articles :

AMAR Anne, BERTHIER Ludovic, « *Le nouveau management public : avantages et limites* », *Gestion et Management Publics*, vol.5, Décembre 2007, pp 1-14.

BRUNELLE Yvon, « *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 40, no. 1, 2009, pp. 39-48.

CASH, Roland, « *La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ?* », *Les tribunes de la santé* 2017/4 (n°57), pp. 35-55

DETCHESSAHAR Mathieu, « *Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution...* », *Revue française de gestion*, vol. 214, no. 5, 2011, pp. 89-105.

FRANÇOIS Françoise, BROEKAERT Sandrine, BERTHOMIER Marie-Claire, « *Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail* », *Connexions*, vol. 94, no. 2, 2010, pp. 135-148.

LAROUCHE Viateur, TRUDEL Johanne, « *La qualité de vie au travail et l'horaire variable* », *relations industrielles*, vol 38, no 3, 1983, pp. 568–597

OMNES Catherine, « *De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable* », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 56, no. 1, 2009, pp. 61-82.

LEVET Pascale, « *Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT* », *Négociations*, vol. 19, no. 1, 2013, pp. 97-111.

PELLETIER, Julien, « *La QVT une voie pour innover* », *La Revue des conditions de travail*, no 3, 2015, pp 16- 24

ROSENTAL, Paul-André, OMNES, Catherine. « *L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de « santé au travail »* », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 56, no. 1, 2009, pp. 5-11.

## Revue :

ANACT, *La Revue des conditions de travail*, n°4, « *Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale* », 2016, p.180

## Article de revue en ligne :

PAUL, Erwann, « *Magnet hospital et attractivité hospitalière. Quelle articulation ?* », *Gestions hospitalières*, mars 2015

DOMIN, Jean-Paul, « *La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement* », *La Vie des idées*, 5 avril 2016.

## **Ouvrages :**

DUPUY François, *La Faillite de la pensée managériale*, Le Seuil, 2015, 233p.

DELUZET Marc, *Changer le travail pour changer de société*, Fondation Jean Jaurès, 2017, 110p.

## **Rapports et guides :**

ANACT et HAS, Actes du colloque du 11 septembre 2017 « *La QVT au service de la qualité des soins - Expérimenter, c'est imaginer* », 62p.

ANACT et HAS, Rapport « *10 questions sur... La qualité de vie au travail. Comment mettre en oeuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?* », 2016, 18p.

ANAP, Rapport « *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé : Démarche méthodologique* », version 2, 2017, 60p.

CHA, *Rapport d'activités 2017*, 2018

CHA, *Rapport financier 2017*, 2018

DGAFF, *Guide d'élaboration d'une étude d'impact en matière de ressources humaines*, 2016, 22p.

DGAFF, *Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique*, 2014, 84p

DGAFF, *Guide télétravail « Guide d'accompagnement de la mise en oeuvre du télétravail dans la fonction publique »*, 2016, 72p.

FHF, Rapport « *Les actions à partager, les engagements attendus* », 2018, 68p.

HAS, *Revue de littérature, Qualité de vie au travail et qualité des soins*, 2016, 54p.

HAS, Rapport « *repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout* », mars 2017, 148p

PENICAUD M., LACHMANN H., LAROSE C. et MOLEUX M., Rapport « *Bien-être et efficacité au travail* », 2010, 19p.

Réseau de l'Anact et des Aract pour l'amélioration des conditions de travail, *La qualité de vie au travail en 2007*, Édition spéciale.

SHAM, Baromètre 2018 : « *Hôpital & médico-social - qualité de vie au travail et santé des agents* »

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Questionnaire relatif à la qualité de vie au travail (CHA, 2016)

Annexe 2 : Politique QVT du CHA (CHA, 2018)

Annexe 3 : Charte QVT du CHA (CHA, 2018)

Annexe 4 : Procédure de signalements (CHA, 2018)

Annexe 5 : Programme du forum QVT (CHA, 2018)

Annexe 6 : Plaquette sur la prévention des risques psychosociaux (CHA, 2018)

**Annexe 1 :**

Questionnaire relatif à la qualité de vie au travail (CHA, 2016)

# Questionnaire relatif à la qualité de vie au travail de votre point de vue

Ce questionnaire, anonyme, élaboré par un groupe de travail comprenant des membres de l'équipe de direction, le médecin du travail, des membres du service qualité-gestion des risques-hygiène et les représentants du personnel, est proposé afin de mieux cerner les attentes et le ressenti des professionnels médicaux, s'agissant de la qualité de vie au travail au CHA.

Nous vous remercions de le remplir et de le retourner au service qualité-gestion des risques pour le 15 novembre 2016.

1. VOTRE SERVICE

2. VOTRE FONCTION

3. VOTRE ANCIENNETE AU CHA

< 5 ans

5 à 10 ans

> 10 ans

## LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

4. Merci de nous indiquer les 5 éléments les plus importants pour vous en les numérotant du plus important au moins important (de 1 à 5)

01. accès à certains services de type crèche, restaurant du personnel
  02. association aux décisions
  03. autonomie dans le travail
  04. capacité à résoudre les dysfonctionnements
  05. charge de travail
  06. communication au sein des équipes
07. équilibre entre vie professionnelle et vie privée
  08. contenu du travail lui-même
  09. degré de responsabilité dans vos fonctions
  10. locaux
  11. matériel utilisé
  12. organisation du travail dans le service
13. plannings et horaires de travail
  14. possibilité de développement professionnel (évolution carrière, formation...)
  15. reconnaissance du travail
  16. transport, accès au stationnement
  17. relations de travail
  18. accès à la salle de sport et/ou à l'association Apach
19. autre

5. SI AUTRE PRECISEZ

## LES RELATIONS PROFESSIONNELLES

Quel regard portez vous sur les relations avec ?

	tout à fait satisfaisant	plutôt satisfaisant	peu satisfaisant	pas du tout satisfaisant	non concerné
6. l'équipe de votre service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. les patients/ usagers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. les prestataires extérieurs (Elior, BIH...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. l'équipe médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. votre supérieur hiérarchique n+1 (responsable, chef de service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. votre supérieur hierarchique n+2 (responsable de pôle, directeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. la direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. le service de santé au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considérez vous le respect de la vie en collectivité professionnelle (respect du matériel et des locaux (vestiaires), respect d'autrui) comme:	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> non concerné

## L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Quel regard portez-vous sur ?

	tout à fait satisfaisant	plutôt satisfaisant	peu satisfaisant	pas du tout satisfaisant	non concerné
15. les locaux	<input type="checkbox"/>				
16. les matériels/ équipements	<input type="checkbox"/>				
17. les fournitures	<input type="checkbox"/>				
18. l'aménagement du poste de travail	<input type="checkbox"/>				
19. les dispositifs de protection aux risques professionnels	<input type="checkbox"/>				
20. le niveau sonore	<input type="checkbox"/>				
21. l'ambiance lumineuse	<input type="checkbox"/>				
22. la température des locaux	<input type="checkbox"/>				
23. la restauration	<input type="checkbox"/>				
24. les transports en commun	<input type="checkbox"/>				
25. les parkings	<input type="checkbox"/>				
26. les mesures prises dans le cadre du développement durable (piles...)	<input type="checkbox"/>				

## L'INFORMATION, LA COMMUNICATION

27. Considérez-vous la communication quotidienne au sein de votre équipe	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> non concerné
28. Considérez-vous les supports et les actions de communication interne (Apostroph'A, Charis'Q, Actus, Intranet, Journées à thème)?	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> non concerné
29. Vous considérez-vous informé(e) sur les projets en cours au niveau de l'établissement ou du pôle?	<input type="checkbox"/> parfaitement	<input type="checkbox"/> en grande partie	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> pas du tout	
Etes-vous sollicités pour participer à:		oui		non	
30. des réunions service		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
31. des réunions de pôle		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
32. des assemblées générales du personnel organisées par la direction		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
33. des groupes de travail institutionnels		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

# Questionnaire relatif à la qualité de vie au travail de votre point de vue

## L'IMPLICATION DANS LES PROJETS, LES REFLEXIONS

Votre avis est-il sollicité sur les projets:		oui	non
34. au niveau de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. au niveau du pôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. au niveau de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Etes-vous impliqué(e) dans la rédaction de protocoles/procédure visant à organiser votre travail, notamment dans la prise en charge du patient?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement
38. Etes-vous impliqué(e) dans la rédaction du document unique d'évaluation des risques professionnels (consultable sur Chadoc)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> partiellement
39. Vous sentiez-vous reconnu(e) dans votre travail?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

## LES PLANNINGS

Comment considérez-vous:	tout à fait satisfaisant	plutôt satisfaisant	peu satisfaisant	pas du tout satisfaisant	non concerné			
40. l'élaboration des plannings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
41. le respect du délai d'affichage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
42. le respect des plannings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
43. votre consultation sur les changements de planning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
44. l'équité dans les plannings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
45. Merci de préciser votre amplitude de temps de travail:	<input type="checkbox"/> 7h	<input type="checkbox"/> 7h30	<input type="checkbox"/> 7h50	<input type="checkbox"/> 8h	<input type="checkbox"/> 9h	<input type="checkbox"/> 10h	<input type="checkbox"/> 12h	<input type="checkbox"/> autre
46. Travaillez-vous:	<input type="checkbox"/> jour	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> alternance jour/nuit					
47. Travaillez-vous à:	<input type="checkbox"/> temps plein	<input type="checkbox"/> temps partiel						
48. Considérez-vous les horaires de travail comme:	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> non concerné			

## LES CONGES

49. Considérez-vous la possibilité de prise de vos congés (CA, RTT):	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisante	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisante	<input type="checkbox"/> peu satisfaisante	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisante
--	--	---	--	--

## LES SOUHAITS DE FORMATION

Considérez-vous que vos souhaits de formation sont pris en compte de manière:	tout à fait satisfaisante	plutôt satisfaisante	peu satisfaisante	pas du tout satisfaisante	non concerné(e)
50. formation qualifiante (DU, master...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. formation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Considérez-vous les retours concernant vos demandes de formation comme:	<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> non concerné

## LES MODALITES DE SOUTIEN DANS LE TRAVAIL

53. Vers qui vous tournez-vous en cas de difficultés au travail? (plusieurs réponses possibles)					
<input type="checkbox"/> vos collègues	<input type="checkbox"/> le cadre de proximité	<input type="checkbox"/> le cadre de pôle	<input type="checkbox"/> le médecin chef de service	<input type="checkbox"/> le médecin chef de pôle	<input type="checkbox"/> le service de santé au travail
<input type="checkbox"/> la direction (DRH, DS)	<input type="checkbox"/> les organisations syndicales	<input type="checkbox"/> appui extérieur au CHA (médecin traitant...)			
54. Vous sentez-vous soutenu(e) dans votre quotidien?					
<input type="checkbox"/> parfaitement	<input type="checkbox"/> en grande partie	<input type="checkbox"/> partiellement	<input type="checkbox"/> pas du tout		

## LA CHARGE DE TRAVAIL

Quel regard portez-vous sur:	tout à fait satisfaisant	plutôt satisfaisant	peu satisfaisant	pas du tout satisfaisant	
55. l'organisation du travail au sein du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
56. l'adaptation de votre charge de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57. la charge physique de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58. la charge mentale de votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59. Quel regard portez-vous sur votre activité réelle, comparée à la fiche de poste?					
<input type="checkbox"/> tout à fait satisfaisant	<input type="checkbox"/> plutôt satisfaisant	<input type="checkbox"/> peu satisfaisant	<input type="checkbox"/> pas du tout satisfaisant	<input type="checkbox"/> je ne connais pas ma fiche de poste	<input type="checkbox"/> je n'ai pas de fiche de poste
60. Considérez-vous que les tâches réalisées sont en adéquation avec vos compétences?					
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/> jamais		
61. Vous arrive-t-il d'avoir plusieurs tâches à exécuter simultanément?					
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/> jamais		
62. Vous arrive-t-il d'être souvent interrompu(e) avant d'avoir terminé votre tâche, vous obligeant à y revenir plus tard?					
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/> jamais		
63. Considérez-vous que la charge de travail ressentie a un effet sur votre vie personnelle?					
<input type="checkbox"/> toujours	<input type="checkbox"/> souvent	<input type="checkbox"/> rarement	<input type="checkbox"/> jamais		
64. Avez-vous des suggestions pour améliorer la qualité de vie au travail au CHA?					

**Annexe 2 :**

Politique QVT du CHA (CHA, 2018)

 <p>Centre Hospitalier Victor Dupouy Argenteuil</p>	Date d'application :	<b>POLITIQUE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL</b>	<b>Réf :</b>
<b>Professionnels/services d'application : Ensemble des professionnels</b>			page 1 sur 2

Le Centre hospitalier d'Argenteuil développe et promeut une politique de « qualité de vie au travail ».

La promotion de la qualité de vie au travail passe par une attention renforcée à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de parcours professionnels offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

La qualité de vie au travail améliore le quotidien des personnes et redonne la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients.

La qualité de vie au travail repose sur un engagement de tous : dirigeants, agents et partenaires sociaux. Elle passe par des modes de communication et de participation adaptés et la promotion de valeurs tels que le respect ou bienveillance.

## 1. La démarche de qualité de vie au travail au Centre hospitalier d'Argenteuil

Pour atteindre cet objectif, le Centre Hospitalier d'Argenteuil agit pour :

- Garantir la santé physique et psychologique au travail des personnels, par des actions de prévention, de traitement et de promotion ;
- Favoriser un contexte motivant pour le personnel au travail en veillant, notamment, au sens et à la cohérence des actions menées ;
- Promouvoir des démarches participatives pour donner les moyens à tous les niveaux du management de l'établissement d'améliorer les conditions de travail, en utilisant notamment les moyens de communication adaptés.

Pour ce faire, il procède à l'analyse des outils d'expression des personnels, comme l'enquête sur la qualité de vie au travail (2016), et aux outils de suivi et d'analyse existants.

## 2. Les acteurs et les outils de la politique de qualité de vie au travail

La politique d'amélioration de la qualité de vie repose sur la chaîne managériale, des organes institutionnels et des outils complémentaires.

### 2.1. Les rôles complémentaires du CHSCT et du CAQVIT

Le CHSCT est le lieu privilégié du dialogue social dans la prévention des risques, de la qualité de travail et de la promotion de la santé.

Le CAQVIT met en œuvre la politique de qualité de vie au travail et a pour missions de :

- Proposer des axes de travail et des plans d'actions d'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail. ;

 <p>Centre Hospitalier Victor Dupouy Argenteuil</p>	Date d'application :	<b>POLITIQUE DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL</b>	<b>Réf :</b>
<b>Professionnels/services d'application : Ensemble des professionnels</b>			page 2 sur 2

- Identifier et suivre des indicateurs liés à son domaine d'activité ;
- Proposer des actions de professionnalisation, de formation, de sensibilisation et de communication liées à son domaine d'activité.

En lien avec le CHSCT, des indicateurs de veille sociale sont définis et suivis annuellement par le CAQVIT.

Il rend compte régulièrement au CHSCT de ses actions et lui présente son programme et son bilan annuels d'activités.

Il est composé :

- De représentants de la direction, dont le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Soins
- De représentants du personnel
- De membres du service « Qualité Gestion des Risques et Hygiène »
- De cadres de pôle et de chefs
- Des deux préventeurs TMS
- Du médecin du travail
- D'un contrôleur de gestion sociale

## 2.2. Les outils de la politique de qualité de vie au travail

Pour améliorer la qualité de vie au travail, le Centre hospitalier d'Argenteuil s'appuie sur différentes actions conjointes :

- Une démarche continue de prévention des risques professionnels, à l'image de l'intervention des référents TMS ou des plans d'actions spécifiques sur la violence ou la prévention des risques psychosociaux,
- Des questionnaires de satisfaction auprès du personnel de l'hôpital ou au sein d'un service spécifique,
- Une part importante du plan de formation continue destinée à la prévention et à la réduction des risques professionnels à l'attention de l'encadrement comme des agents,
- Une évaluation continue des risques, à travers l'actualisation annuelle du Document Unique d'évaluation des Risques Professionnels et du Papripact, prenant en compte notamment les risques psychosociaux.

	<b>Rédaction</b>	<b>Validation</b>
Nom	Groupe de travail CAQVIT- Axe n°9	Bertrand MARTIN
Fonction		Directeur
Date	29 mars 2018	18 mai 2018
Visa		

**Annexe 3 :**

Charte QVT du CHA (CHA, 2018)



# CHARTRE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL



## DU CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL

La Charte de la qualité de vie au travail montre l'engagement du Centre Hospitalier d'Argenteuil dans une démarche participative de prévention et d'amélioration de la qualité de vie au travail visant à renforcer la reconnaissance au travail, le sentiment d'appartenance, l'attractivité et la motivation.

La Qualité de Vie au Travail concerne tous les agents. Elle participe à des soins de qualité.

Chacun doit être le garant des principes du mieux travailler ensemble en les appliquant dans ses activités quotidiennes.

### → FAIRE VIVRE L'ESPRIT D'ÉQUIPE

Nous fondons le collectif de travail sur un esprit d'équipe qui commence par

- ▶ Le respect des horaires ;
- ▶ La nécessité de la continuité de service ;
- ▶ L'accomplissement de ses tâches ;
- ▶ Le rappel que le problème de l'un concerne les autres ;
- ▶ La consultation de tous, afin de donner son idée sur un projet concernant le service ou l'établissement.

### → FAIRE DU RESPECT LA BASE DE RELATIONS PROFESSIONNELLES SAINES

Nous comprenons le respect de manière multiple :

- ▶ Le respect des personnes, quels que soient les fonctions et les statuts (se dire bonjour, respecter les différences et les choix de vie personnelle sans interférer avec le professionnel) ;
- ▶ Le respect du matériel et de l'environnement de travail ;
- ▶ Le respect du travail de chacun.

### → COMMUNIQUER DE MANIÈRE FORMELLE ET INFORMELLE

Nous soutenons l'instauration et la pérennité d'échanges réguliers, formels ou informels, sur le travail :

- ▶ En cas d'incompréhension ou de désaccord, nous clarifions les choses avec l'intéressé ;
- ▶ Nous osons nous exprimer dans un climat de confiance sans nous sentir jugé et acceptons le point de vue de l'autre.

### → PROMOUVOIR UNE ORGANISATION ACCUEILLANTE ET APPRENANTE

Nous adoptons une attitude bienveillante vis-à-vis des patients comme des collègues. L'intégration de tous repose :

- ▶ sur l'absence de jugement de valeur et de discrimination ;
- ▶ sur la prise en compte du handicap ;
- ▶ sur l'accompagnement des évolutions professionnelles par la formation.

### → PROMOUVOIR UNE ORGANISATION PROTECTRICE

Nous trouvons auprès de notre hiérarchie un espace d'écoute des difficultés vécues.

- ▶ Être écouté, c'est recevoir un retour de ce que l'on dit, positif ou négatif, accompagné d'explications.
- ▶ En cas d'erreur ou de problème, il faut alerter la hiérarchie au plus tôt afin de trouver des solutions en interne.

### → GARANTIR UN ÉQUILIBRE VIE PROFESSIONNELLE ET PRIVÉE

L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée commence par le respect par et pour tous des horaires de travail.

- ▶ Les situations compromettant la prise de congés et de repos, dont les modifications de dernière minute, doivent être réduites au strict besoin du service public, en recherchant dans la mesure du possible l'accord de l'agent.
- ▶ Un équilibre des contraintes liées au service est recherché afin de garantir l'équité entre agents.

Le Centre hospitalier d'Argenteuil développe et promeut une politique de « qualité de vie au travail ».

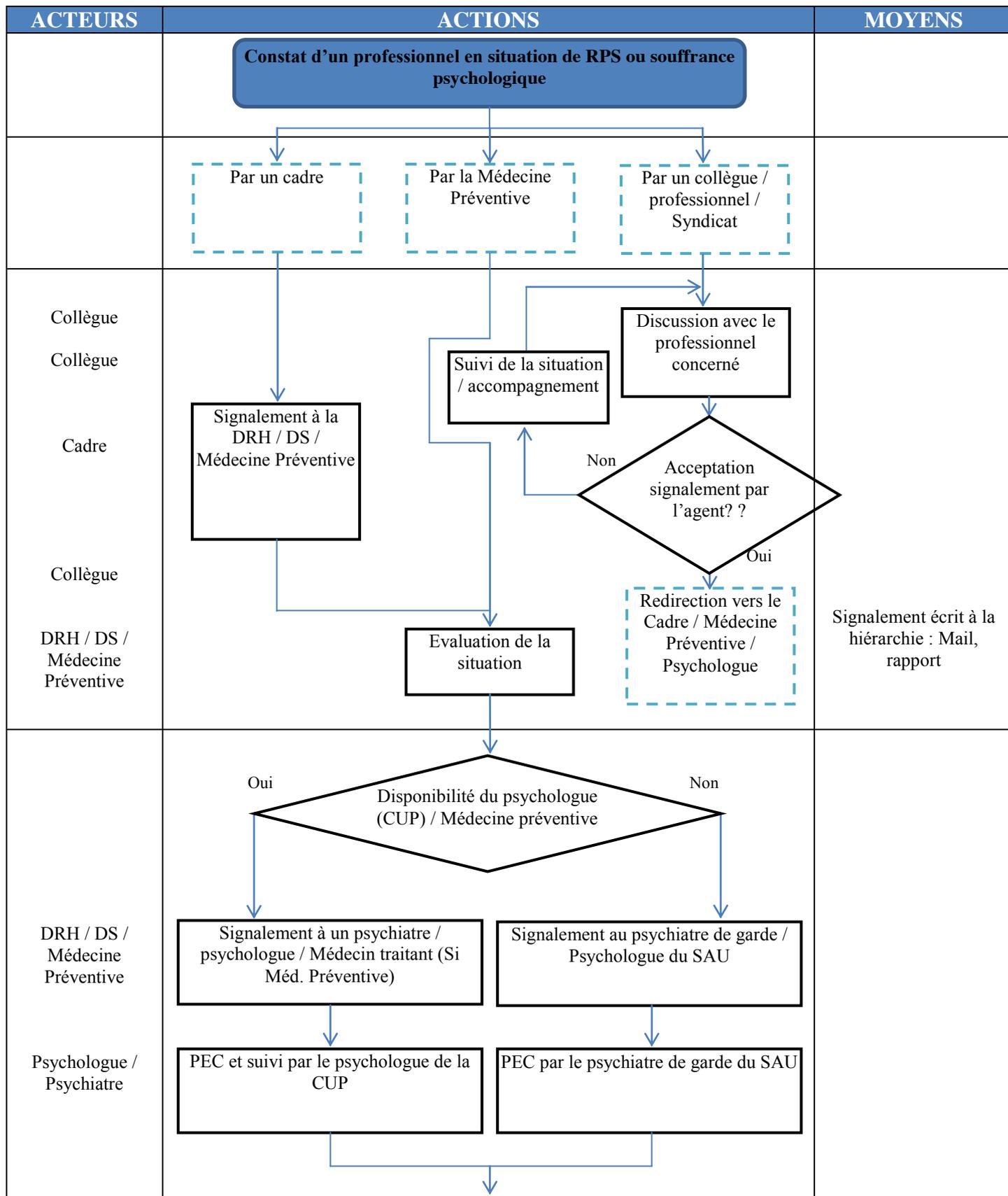
La promotion de la qualité de vie au travail passe par une attention renforcée à la qualité des relations sociales et professionnelles, au contenu du travail, à son organisation, aux possibilités de parcours professionnels offertes à chacun et à la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

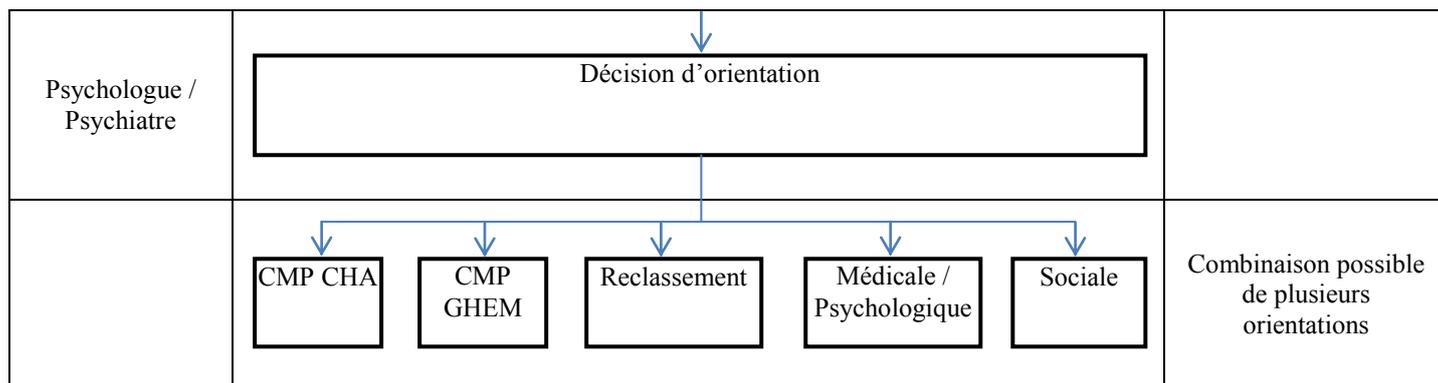
Il adopte une attitude de vigilance et de prévention vis-à-vis de tout ce qui pourrait faire naître des risques psychosociaux.

Il se place à l'écoute des agents en difficultés.

**Annexe 4 :**

Procédure de signalements (CHA, 2018)





	Rédaction	Vérification	Validation
Nom			
Fonction			
Date			
Visa			

**Annexe 5 :**

Programme du forum QVT (CHA, 2018)

# JEUDI 11

Salle Agora

📅 10h à 16h - **Hypnose relaxante**  
Olivier Debonne - 30 min

10h à 16h - **Atelier CGOS**

10h à 16h - **Office du tourisme du Val d'Oise**

12h à 12h45 / 13h à 13h45  
**Café discussion : «la QVT quésako ?»**  
Yves Cottret (MACSF)

14h à 16h - **Atelier nutrition «Lunch Box, habitudes alimentaires et sommeil»** - Service diététique

11h à 16h avec la MNH :  
fontaine à chocolat et lots à gagner

Formation 3

12h à 14h - **Gym, étirement**  
Kinésithérapeutes du CHA - 20 min

📅 14h à 17h - **Atelier : «Gestion du stress»**  
**Respiration, relaxation dynamique et visualisation mentale** - Céline Mestre - 1h

Food Truck - Rozell & Co: crêperie, hot dog bio



Participez aux ateliers  
tout au long de la semaine  
et tentez de gagner des lots :

petit-déj d'équipe,  
panier garni, livres...

# VENDREDI 12

Salle Agora

📅 10h à 11h - **Atelier «Savoir gérer le poste du matin»** - MySommeil - 1h

📅 11h30 à 12h30 - **Atelier «Les bienfaits du sommeil ou comment bien dormir»**  
MySommeil - 1h

13h à 14h - **Conférence «S'adapter aux rythmes décalés grâce à la vitalité»** - MySommeil - 1h

📅 14h à 18h - **Atelier «Réveil musculaire et étirements»** - Ostéo Entreprise - 30 min

📅 16h à 17h - **Atelier «Faciliter l'endormissement et gérer le stress : initiation à la respiration et à la relaxation»** - MySommeil - 1h

📅 17h30 à 18h30 - **Atelier «Savoir gérer le poste de nuit»** - MySommeil - 1h

Salle de formation 3

📅 10h à 13h - **Atelier «Sensibilisation au bon chaussage»** - Société Ortho Medika  
(4 places - 30 min)

📅 17h à 20h - **Atelier «Gestion du stress»**  
Respiration, relaxation dynamique et visualisation mentale - Céline Mestre - 1h

Amphi IFSI

10h à 12h - **Conférence «Hôpital et médico-social : qualité de vie au travail et santé des agents»**  
SHAM

Food Truck - Le camion du Vexin : produits locaux



## SEMAINE



**DU 8 AU 12  
OCTOBRE 2018**

## LE PROGRAMME

Démarche participative de prévention et d'amélioration de la qualité de vie au travail du CHA : [cette semaine est la vôtre !](#)

> **Conférences et ateliers** : salle Agora (RDC de l'Amandier), salles de formation n°1 et 3 (-1 de Forestier), amphithéâtre de l'IFSI

> **Food trucks** : parking face à la salle Agora (11h30 à 14h30)

📅 = Inscription (places limitées) auprès de la formation continue : [samira.mazari@ch-argenteuil.fr](mailto:samira.mazari@ch-argenteuil.fr) / tél. 2157

🕒 = Durée d'une session

**Dernière minute** : vous souhaitez participer et n'êtes pas inscrit ? Contactez Bruno Le Falher (3668) ou Mathieu Eon (3726), les organisateurs, pour connaître la disponibilité en temps réel.

**Attention**, ce programme est susceptible d'évoluer : modifications à suivre sur intranet et sur les affiches à l'entrée de chaque bâtiment.



# LUNDI 8

Salle Agora

📅 9h à 12h / 13h à 17h - **Simulateur de chutes de plain-pied** - CLIEMA - ☹️1h

📅 10h à 16h - **Hypnose relaxante**  
Olivier Debonne - ☹️30 min

10h à 17h - **Prévention des TMS «Des outils novateurs» (outils, simulations, soins de manutention)**

11h à 16h30 - **Atelier : bienfaits des huiles essentielles**  
Cécile (méd. préventive) et Frédéric (USP)

13h à 16h - **Présentation gamme de chaussage professionnel** - Société Crocs

📅 14h à 18h - **Atelier «Réveil musculaire et étirements»** Ostéo Entreprise - ☹️30 min

15h 18h - **Atelier TMS «Travailler sur poste informatique»** - Christophe Bon (Cramif)

Horaire à venir - **Atelier: conseil podologique**  
Marion Gouzien

Formation 1

Horaire à venir - **Serious game «TMS et risques professionnels»** - Jean Christophe Riccardi - ☹️1h30

Formation 3

📅 12h à 14h - **Atelier de sophrologie «parler en public, confiance en soi...»** - Valérie Guay - ☹️20 min

📅 14h à 17h - **Atelier «Gestion du stress : respiration, relaxation dynamique et visualisation mentale»** - Céline Mestre - ☹️1h

Amphi IFSI

14h à 15h - **Conférence TMS «Approche soignante de la manutention des patients»** - ☹️1h  
Dorothee Malet et Christophe Bon (Cramif)

Food Truck - La fée Tartine

# MARDI 9

Salle Agora

10h à 12h - **Atelier «Formation tout au long de la vie»** - Formation continue - ☹️5 min

10h à 12h - **Atelier «Les RH à votre écoute : votre carrière, votre paie, vos interlocuteurs»**  
Représentants RH - ☹️5 min

10h à 12h - **Atelier «présentation des activités de la salle de sport»** V. Dumas, J-L. Pierre, C. Grigaut

📅 10h à 16h - **Hypnose relaxante**  
Olivier Debonne - ☹️30 min

De 11h à 16h - **Atelier «Santé au travail: nutrition et sommeil »** - Médecine préventive

11h à 16h30 - **Atelier: bienfaits des huiles essentielles**  
Cécile (méd. préventive) et Frédéric (USP)

14h à 16h - **Débat théâtral «Aux petits maux, les grands remèdes»** (travail en équipe, communication entre professionnels, bien-être au travail...)  
La troupe Entrée de jeux

Salle de formation 3

📅 11h à 14h - **Atelier «Gestion du stress»**  
Respiration, relaxation dynamique et visualisation mentale - Céline Mestre - ☹️1h

Food Truck - Rozell & Co: crêperie, hot dog bio

# MERCREDI 10

Salle Agora

📅 10h à 16h - **Atelier bien-être et détente : massage relaxant, luminothérapie**  
MNH - ☹️15 min

10h à 17h - **Qui veut un smoothie ? Vélo et rameur à disposition** - Juju's animation

10h à 11h30 / 14h à 15h30 - **Atelier automassage des mains** - Socio-esthéticiennes du CHA - ☹️30 min

10h à 11h30 / 14h à 15h30 - **Atelier: exercices de respiration et de relaxation**  
Socio-esthéticiennes du CHA - ☹️30 min

Salle de formation 1

12h à 14h - **Gym, étirement**  
Kinésithérapeutes du CHA - ☹️20 min

Salle de formation 3

📅 11h à 12h / 13h à 14h  
15h à 16h / 17h30 à 18h30  
**Atelier «Violences subies par les hospitaliers : à propos de situations vécues, quelles (ré)actions ?»**  
Germain Decroix (MACSF) - ☹️1h

Amphi IFSI

Horaire à venir - **Conférence violences**  
ONVS, Commissariat, Parquet de Pontoise

Food Truck - Épicuroise : concept de cuisine bio

**Annexe 6 :**

Plaquette sur la prévention des risques psychosociaux (CHA, 2018)

## > NE RESTEZ PAS SEUL.E!

Un processus d'alerte et de soutien anonyme et gratuit est mis en place au Centre hospitalier d'Argenteuil pour vous aider.



### À qui en parler ?

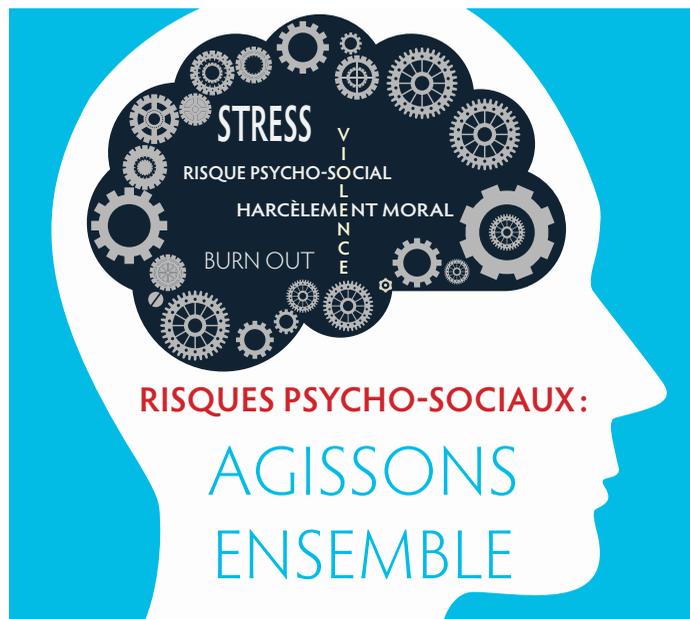
- ➔ A vos proches
- ➔ A votre médecin traitant
- ➔ A un psychologue
- ➔ Aux collègues
- ➔ A votre encadrement
- ➔ Au service de médecine du travail (n° 2711), soumis au secret médical
- ➔ A la direction des ressources humaines (n° 2562)
- ➔ A la direction des soins (n° 2280)
- ➔ A la direction des affaires médicales (n° 2449)
- ➔ Aux syndicats présents au CH d'Argenteuil
  - > Syndicat autonome (n° 2818)
  - > CGT (n° 2475)
  - > FO (n° 8132)

Centre Hospitalier  
d'Argenteuil Victor Dupouy

69, rue du Lt-col Prudhon, 95107 Argenteuil Cedex



Tél. 01 34 23 24 25



### > LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX, DE QUOI PARLE-T-ON ?

On parle de « risques psycho-sociaux » pour caractériser les éléments qui, dans le quotidien du travail, pourraient porter atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des travailleurs.

Si le travail offre des opportunités d'accomplissement de soi et de satisfaction personnelle, des difficultés de différentes natures, individuelles et/ou collectives, peuvent être ressenties dans le quotidien :

- ➔ Sens du travail et reconnaissance,
- ➔ Relations avec les collègues, la hiérarchie ou le public,
- ➔ Organisation du travail,
- ➔ Contenu et charge de travail,
- ➔ Moyens, ressources à disposition et autonomie dans le travail,
- ➔ ...

Il n'est pas toujours évident de savoir gérer les situations de travail face à ces difficultés, de trouver comment y faire face.

## > LES MANIFESTATIONS DE LA SOUFFRANCE

Des effets sur l'organisme non spécifiques et variables d'une personne à l'autre

- Repli sur soi
- Agressivité
- Difficultés de concentration
- Conduites addictives

Souffrance  
comportementale

- Maladies cardio-vasculaires
- Troubles digestifs
- Insomnies et troubles du sommeil
- Douleurs
- Fatigue

Souffrance  
physiologique

Souffrance  
psychologique

- Nervosité
- Mal-être
- Anxiété
- Peur
- Ennui
- Insatisfactions
- Épuisement
- Stress
- Syndrome dépressif

## RETENTISSEMENT :



- > Baisse de la motivation et de l'investissement
- > Erreurs, oublis, retards
- > Absentéisme
- > Burn out

## > ÊTRE VIGILANT ET AGIR COLLECTIVEMENT

Soyez attentifs à votre état de santé et à celui de vos collègues

- ➔ Si vous constatez des modifications dans votre comportement, votre humeur
- ➔ Si vous avez des perturbations de santé (sommeil, digestion, douleur)
- ➔ Si au travail vous êtes moins performant durablement, faites des erreurs
- ➔ Si vous vous sentez isolé, en difficulté pour faire face.

Il est essentiel de ne pas rester seul. Beaucoup de situations nécessitent d'agir ensemble et non pas seul.

Toutes ces manifestations, potentielles expressions d'un mal-être doivent trouver en premier lieu une écoute et ensuite des réponses adaptées.

## > LE CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTEUIL AGIT

L'hôpital d'Argenteuil a instauré un Comité d'amélioration de la qualité de vie au travail (CAQVIT), en lien avec le CHSCT.

Le CAQVIT met en œuvre un plan d'actions dans un but d'amélioration des situations concrètes de travail et répondre aux besoins de prévention :

- ➔ Prévention primaire : en empêchant la survenance des risques
- ➔ Prévention secondaire : en protégeant les agents face aux risques
- ➔ Prévention tertiaire : en accompagnant les agents face aux conséquences des risques

HENAFF

Quentin

Octobre 2018

**Directeur d'hôpital**  
Promotion 2017-2018

**Qualité de vie au travail, savoir-faire ou faire-valoir  
du manager hospitalier**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : sans

**Résumé :**

Le Centre hospitalier d'Argenteuil s'est engagé depuis 2017 dans la mise en place d'une politique QVT. Promues par les pouvoirs publics, ces démarches opèrent un changement de paradigme en matière d'amélioration des conditions de travail, en dépassant la simple prévention des « risques professionnels » pour aller vers une réflexion sur l'organisation et le quotidien du travail.

Les savoir-faire en matière de politique QVT sont encore relativement éparses. La démarche QVT se construit en effet socialement dans chaque établissement, en fonction d'un contexte spécifique, d'une histoire singulière et d'acteurs locaux singuliers également. Les guides méthodologiques et les instructions ne peuvent donc pas offrir des processus clés en main pour les établissements.

Pour autant, les plans d'actions QVT ne seraient se réduire à de simples faire-valoir. L'exemple du CH d'Argenteuil montre comment, de l'élaboration d'une enquête QVT auprès du personnel à la mise en œuvre d'un plan d'actions, un établissement public hospitalier peut innover dans la traduction d'objectifs transversaux en dispositifs concrets. Ainsi, prenant appui sur les dispositifs de prévention des troubles musculo-squelettiques ou sur les actions en matière de lutte contre les violences hospitalières, cet établissement a élargi son action à la prise en charge des risques psychosociaux et à la politique de remplacement.

Revenant sur la mise en œuvre du plan d'actions, ce mémoire présente la gestion de projet par la direction de l'hôpital. Au-delà de la seule définition du contenu du plan, la co-construction et la promotion sont des étapes décisives dans la réussite d'une telle démarche.

**Mots clés :**

organisation du travail, risques psychosociaux, magnet hospital, qualité, remplacement, ressources humaines, dialogue social, formation

*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.*