



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

**LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL :
OU EN EST-ON AU SEIN DE L'HÔPITAL PUBLIC ?**

– Groupe n° 3 –

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| – Arnaud DAVID | – Jeanne SOULARD |
| – Damien DESFONDS | – Régis BREINLINGER |
| – Anne-Sophie RIBOUCHON | – Alix QUINTALLET |
| – Amandine HERY | – Jean-Marc KIMENEAU |
| – Ellen HERVE | – Anne-Claire GODARD |

Animatrice :
Florence DELAUNE

Sommaire

Introduction	1
1 A l'hôpital public, lieu d'exercice professionnel exigeant, aux contraintes organisationnelles fortes, les agents expriment de manière croissante un mal-être face à la densification du travail et à la dégradation de leurs conditions d'exercice.....	5
1.1 Soumis à des contraintes fortes liées au service public hospitalier, les agents subissent une pression croissante dans l'exercice de leurs fonctions, dans un contexte de réformes.	5
1.1.1 L'hôpital public constitue pour ses agents un environnement professionnel hautement exigeant de par ses principes de fonctionnement et son importante charge émotionnelle.	5
1.1.2 L'hôpital public a fait l'objet d'une sédimentation de réformes, à un rythme soutenu, déstabilisant les organisations de travail et plongeant les agents dans un contexte anxiogène.....	7
1.1.3 La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital public interroge les agents quant au sens de leurs missions et les valeurs qu'elles sous-tendent.....	9
1.2 A l'hôpital public, les agents témoignent d'une densification du rythme du travail et d'une dégradation de leurs conditions d'exercice.....	10
1.2.1 Les personnels hospitaliers expriment leurs difficultés face à la densification du travail.....	10
1.2.2 Les équipes hospitalières affirment leur frustration et leur insatisfaction face à la dégradation de la prise en charge des patients.	11
1.2.3 Les organisations de travail à l'hôpital public sont jugées peu optimales et demeurent perfectibles.	13

2	Face aux difficultés rencontrées à l'hôpital public, un certain nombre d'outils évaluatifs, opérationnels et managériaux existent, qu'il convient de généraliser.	16
2.1	Favoriser le bien-être des agents à l'hôpital public suppose <i>a priori</i> d'évaluer les conditions de travail, puis de mettre en œuvre les outils permettant de construire un cadre de travail de qualité.....	16
2.1.1	La volonté des pouvoirs publics est l'aiguillon indispensable de la promotion du bien-être au travail à l'hôpital public.	16
2.1.2	Il convient, a priori, pour les établissements, de se doter des instruments nécessaires à l'évaluation des situations de travail.	17
2.1.3	Les établissements peuvent disposer de nombreux outils en faveur d'un cadre de travail de qualité pour leurs agents.	19
2.2	Favoriser le bien-être au travail à l'hôpital public suppose, par ailleurs, de repenser les pratiques managériales, en faveur d'un management participatif, d'une revalorisation du rôle du cadre, et d'une politique institutionnelle forte.....	22
2.2.1	Les politiques publiques doivent inciter à une refondation des pratiques managériales à l'hôpital.	22
2.2.2	Le management participatif, quoique faisant débat, peut s'avérer être un levier pertinent dans l'amélioration du bien-être au travail.	23
2.2.3	Il convient enfin de repenser le dialogue à l'hôpital dans le cadre d'une politique générale de reconnaissance, dans laquelle le cadre doit jouer un rôle pivot.	25
	Conclusion.....	27
	Bibliographie.....	29
	Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons tout d'abord remercier Florence Delaune pour son accompagnement dans l'organisation des différents entretiens avec les professionnels, ainsi que pour son aide dans nos recherches bibliographiques.

Nous remercions également l'ensemble des interlocuteurs rencontrés pour leur accueil, leur partage d'expérience et leur expertise. Les entretiens réalisés nous ont permis d'approfondir nos connaissances sur le thème et d'apporter une plus-value à notre travail.

Nous tenons enfin à remercier l'équipe pédagogique de l'EHESP, et plus particulièrement Emmanuelle Guevara et Christophe Le Rat, pour leur soutien logistique et l'organisation de ce module favorisant l'interfiliarité.

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ASHQ	Agent de Service Hospitalier Qualifié
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CFDT	Confédération française Démocratique du Travail
CFP	Congé de Formation Professionnelle
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CORPS	Cellule Opérationnelle des Risques Psychosociaux
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche des Etudes et des Statistiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH	Direction des Ressources Humaines
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EPIC	Etablissement Public Industriel et Commercial
FIPH	Fonds pour l'Insertion Professionnelle des personnes Handicapées
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IAE	Institut d'Administration des Entreprises
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PHARES	Projet Hospitalier Absentéisme Recherche intervention Santé au travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels
T2A	Tarifification A l'Activité
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

Introduction

Alors que la qualité de vie au travail¹ ressort comme le deuxième élément le plus important après l'intérêt porté au travail, les sondages nous interpellent sur le sentiment des salariés français concernant une dégradation des conditions de travail et sur un mal-être au travail. Ce constat n'épargne pas le secteur hospitalier comme l'illustre le nombre croissant de suicides d'origine professionnelle. Récemment un praticien hospitalier du service de pneumologie de l'hôpital de Nevers s'est donné la mort sur son lieu de travail. Ce mal-être au travail est aussi illustré par la manifestation du groupe de soignants « *Ni bonnes, ni nonnes, ni pigeonnes* » contre des conditions de travail dégradées. Tous ces faits divers nous questionnent aujourd'hui sur le bien-être au travail des professionnels de santé.

La place du travail dans notre société est centrale. Le travail n'est pas seulement vu comme une ressource financière mais il est partie intégrante de l'épanouissement personnel. Il est effectivement le moyen de s'intégrer socialement et de créer du lien social. Ce lien fort place le bien-être au travail au cœur des solutions du bien-être individuel et par conséquent interroge la responsabilité sociale de l'employeur. La notion de qualité de l'emploi est évoquée politiquement en France à partir des années 70. En améliorant la qualité de vie au travail, elle vise à développer les modes d'organisation du travail capables de concilier l'efficacité et l'intérêt du travail. Ainsi pour garantir la santé et la sécurité des salariés, le Code du travail intègre cette dimension. L'article L.4121-1 affirme l'obligation de l'employeur de s'assurer de la protection de la santé et de la sécurité des salariés. Il précise que l'employeur prend toutes les mesures nécessaires pour assurer la santé physique et mentale des travailleurs. Il impose la mise en place d'un CHSCT pour tout établissement de plus de 50 salariés, ayant pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail. Le décret n°2001-1006 renforce cette obligation en imposant la réalisation du document unique d'évaluation des risques. Ce document permet de mettre en évidence les risques physiques et psychologiques encourus par les salariés et ainsi d'envisager une politique de prévention. Cette préoccupation n'est pas seulement française puisque l'Union Européenne

¹ La qualité de vie au travail a été définie par l'ANACT dans les années 80 : « *La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu à la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et par conséquent sur le fonctionnement global de la société* ».

a affirmé la qualité de vie au travail comme une priorité aux sommets de Lisbonne et de Lacken en formulant 10 objectifs prioritaires². La Commission Européenne élargit la dimension de la qualité de vie au travail en visant le développement d'une culture de prévention et d'une approche globale du bien-être au travail. La façon d'appréhender le bien-être au travail a évolué, passant de l'angle du harcèlement moral, aux TMS puis à une logique de prévention des risques psycho-sociaux.

Le concept de bien-être au travail est plus récent dans son acception telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Le bien-être sur le lieu de travail est défini comme un état d'esprit dynamique, caractérisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleurs, d'une part, et les contraintes et les possibilités du milieu du travail, d'autre part* ». Aussi le bien-être au travail est une approche intégrative. Par conséquent, il ne doit pas être uniquement compris comme la qualité de vie au travail mais également comme la conciliation entre la représentation du travail et son exercice réel³. L'amélioration du bien-être au travail ne se limite pas à une gestion du stress et à l'amélioration des conditions de travail des personnels. Le vrai enjeu est d'améliorer la santé des salariés au sens de l'acception de l'OMS⁴.

En tant que futurs managers, s'interroger sur le bien-être au travail dans le secteur hospitalier est primordial. En effet, en quelques décennies l'hôpital public a beaucoup changé. Si les progrès médicaux, scientifiques et technologiques ont permis d'améliorer les compétences professionnelles, ils ont conduit dans le même temps à une intensification du travail des soignants et à l'évolution des pratiques professionnelles. Ceci explique l'importance de réfléchir sur le bien-être au travail afin de prévenir en particulier les risques psychosociaux et l'épuisement professionnel⁵. Le bien-être des professionnels et sa composante, la qualité de vie au travail, sont également une condition à la qualité des soins ainsi qu'à la bientraitance des patients et inversement. En effet, la Haute Autorité de Santé

² Les sommets de Lisbonne et de Lacken formulent dix objectifs dans le domaine de la qualité de vie au travail : satisfaction des travailleurs ; éducation et formation tout au long de la vie ; égalité entre les femmes et les hommes ; non-discrimination, baisse de la fréquence des accidents du travail, des maladies professionnelles et du stress professionnel ; appui à la mobilité professionnelle et géographique ; insertion des jeunes et des chômeurs de longue durée ; équilibre entre vie professionnelle et vie privée ; dialogue social et participation des travailleurs à la vie de l'entreprise ; accroissement de la productivité et du niveau de vie.

³ Définition donnée lors de l'entretien réalisé avec la personne en charge du service social du personnel du CH Guillaume Régnier de Rennes.

⁴ Définition de la santé par l'OMS de 1946: « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*».

⁵ « *Etat causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources qui provoque un sentiment d'avoir échoué, (...) ou encore d'être exténué.* », Herbert J. Fredenberger, 1974

(HAS) définit la qualité au travail comme une condition *sine qua non* à la qualité des soins : « *la qualité de vie au travail des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins et la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent et ressentent une bonne qualité de vie au travail* ». ⁶ Au-delà de l'intérêt individuel du bien-être des professionnels de santé, la notion du bien-être au travail est un atout pour la performance globale de l'hôpital. La HAS a d'ailleurs introduit la dimension de qualité de vie au travail dans son manuel de certification. Selon ce dernier, promouvoir la qualité de vie au travail renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation.

En 2010, le rapport LACHMAN proposait à la demande du Premier Ministre 10 propositions pour améliorer les conditions de santé psychologique au travail. A l'aune de ces préoccupations récentes, nous avons souhaité réfléchir à l'intégration de l'enjeu du bien-être au travail dans la culture du travail à l'hôpital public. Il nous a semblé important de s'interroger sur la spécificité des conditions de travail de l'hôpital public ainsi que de leur impact sur la vie personnelle des professionnels de santé. En effet, comme le souligne le rapport LACHMAN « *si l'entreprise ne fait pas partie du problème, elle fait toujours partie des solutions* ». Ces questionnements nous ont conduits à nous entretenir avec des acteurs de terrain tels que des managers, des Directeurs des Ressources Humaines, des psychologues du travail ainsi qu'avec des partenaires sociaux.

Aussi convient-il de s'interroger sur les leviers d'action à disposition des établissements publics de santé pour améliorer les conditions de travail des agents hospitaliers et promouvoir une dynamique générale de bien-être au travail.

A l'hôpital public, lieu d'exercice professionnel exigeant, aux contraintes organisationnelles fortes, les agents expriment de manière croissante un mal-être face à la densification du travail et à la dégradation de leurs conditions d'exercice (1). Dès lors, face aux difficultés rencontrées, un certain nombre d'outils évaluatifs, opérationnels et managériaux existent, qu'il convient sans doute de généraliser (2).

⁶ HAS, La qualité de vie au travail, (15 mai 2013), disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

1 A l'hôpital public, lieu d'exercice professionnel exigeant, aux contraintes organisationnelles fortes, les agents expriment de manière croissante un mal-être face à la densification du travail et à la dégradation de leurs conditions d'exercice.

1.1 Soumis à des contraintes fortes liées au service public hospitalier, les agents subissent une pression croissante dans l'exercice de leurs fonctions, dans un contexte de réformes.

En commandant à M. Edouard COUTY un rapport de préconisations sur les façons de revaloriser le service public hospitalier et de rétablir la confiance au sein des établissements publics de santé, Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé, a reconnu au plus haut niveau de l'Etat l'existence d'un malaise au sein des professionnels de l'hôpital public. En effet, travaillant dans un service public hautement exigeant et régis par des principes forts (1), les personnels de l'hôpital public ont connu un empilement de réformes transformant profondément leurs pratiques (2), parmi lesquelles la mise en œuvre de la tarification à l'activité (3), générant ainsi une anxiété généralisée et un conflit de valeurs.

1.1.1 L'hôpital public constitue pour ses agents un environnement professionnel hautement exigeant de par ses principes de fonctionnement et son importante charge émotionnelle.

L'hôpital public est une administration sans pareil, il est un lieu d'exercice professionnel qui se distingue de beaucoup d'autres. Sa spécificité, en effet, réside dans les principes forts qui le régissent, parmi lesquels l'égalité d'accès aux soins, l'équité de traitement, et le principe de continuité. Inscrit à l'article R.4127-46 du Code de la Santé Publique (CSP), la continuité impose que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée* ». Si cette exigence assure à la population une prise en charge continue et de qualité sur le territoire, elle implique pour les agents de travailler selon des horaires atypiques qui n'est pas sans conséquence en termes de qualité de vie.

De même, les agents hospitaliers sont constamment soumis à l'urgence et travaillent sous échéance permanente. Cette culture de l'urgence s'explique par la fonction de production de soins de l'hôpital. Les métiers hospitaliers sont, en effet, des métiers tournés vers l'humain, tous concentrés au maintien de la vie, à l'apaisement de la souffrance, ou à l'accompagnement dans la mort. Aussi est-il nécessaire de prendre en compte, dans le débat sur le bien-être au travail des personnels de l'hôpital public, la très forte charge émotionnelle à laquelle ils sont confrontés et qui peut engendrer une usure accrue des agents. C'est d'autant plus vrai dans le contexte de vieillissement de la population, de précarisation de la société, et au regard des lourdes pathologies prises en charge à l'hôpital public. Parallèlement, les patients et usagers du système de soins témoignent de plus en plus de comportements consuméristes, renvoyant aux soignants l'image dévalorisée de « *prestataires de services* »⁷. Dans ce contexte, les soignants sont de plus en plus confrontés aux exigences des patients et de leurs familles.

De plus, l'hôpital public est un service public hautement exigeant, empreint de valeurs fortes, desquelles les agents tirent un sentiment de fierté, d'utilité sociale, mais dont découle également une pression permanente. A cet égard, la CFDT rapporte que 93% des personnes interrogées trouvent leur travail stressant⁸. Ce stress est sans doute à corrélérer avec la dégradation des conditions de travail et les restrictions financières qui illustrent une bascule dans le fonctionnement de l'hôpital public, soumis à une attente de résultat et non plus à une obligation de moyens. Il apparaît que les agents analysent la situation avec une certaine lucidité, une résignation s'approchant presque du désenchantement. Il convient cependant d'être vigilant et d'opposer à ce discours les faits. L'hôpital public demeure un environnement professionnel dynamique, foisonnant d'initiatives, où des équipes soignantes dévouées font preuve d'une énergie et d'une ingénierie innovatrice dans l'approche des soins. Dès lors, désenchantement ne signifie pas désengagement, et c'est sans doute aussi de là que naît l'épuisement des personnels hospitaliers.

⁷ Entretien avec la personne en charge du service social du personnel du CH Guillaume Rognier de Rennes.

⁸ COIFFARD D., secrétaire national de la Fédération CFDT Santé-Sociaux, 2012, *Les conditions de travail, agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées dans la FPH*, 21p

1.1.2 L'hôpital public a fait l'objet d'une sédimentation de réformes, à un rythme soutenu, déstabilisant les organisations de travail et plongeant les agents dans un contexte anxigène.

Depuis une trentaine d'années, les réformes hospitalières se sont succédé à une cadence soutenue, transformant profondément tous les pans de l'hôpital et du travail des équipes médicales et non médicales. Ces nombreuses mutations, bien que tendant vers une amélioration du fonctionnement du service public hospitalier, ont eu pour effet de déstabiliser les organisations, et de bousculer les habitudes de travail des personnels hospitaliers. Or, à défaut d'un accompagnement du changement par les directions hospitalières, les réformes deviennent génératrices d'angoisses et d'incertitudes.

Les réformes hospitalières, de la loi du 31 Juillet 1991⁹ à la loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009¹⁰, ont entraîné de nombreuses évolutions de la gouvernance hospitalière. Les évolutions sont multiples, profondes, et supposeraient de consacrer un autre travail de recherche à l'analyse précise de leur impact. Il convient néanmoins de citer les principales : les lois AUBRY de 1998 et 2001 instaurant la durée légale de travail à 35H, le passage de la dotation globale de fonctionnement à la tarification à l'activité (T2A) par la loi de financement de la sécurité sociale du 18 décembre 2003, la mise en place des pôles à partir de 2005, le renforcement des droits des malades par la loi du 4 mars 2002, l'introduction de nouveaux outils de coopération et la modification des instances hospitalières par la loi HPST, l'informatisation du dossier patient... L'empilement successif de ces réformes prouve que l'hôpital public ne connaît pas l'immobilisme. Il témoigne également d'un rythme effréné du changement qui s'avère problématique dès lors qu'il ne laisse pas le temps aux établissements et à leurs personnels de s'approprier les nouvelles organisations. Or, les réformes à marche forcée, sans pédagogie ou accompagnement particulier, peuvent être vécues par les personnels hospitaliers comme une maltraitance institutionnelle et produire une souffrance au travail.

Outre l'absence de pédagogie, les réformes récentes ont profondément modifié le travail des soignants et ont posé un haut niveau d'exigence dans un souci légitime de qualité et de sécurité des prises en charge. Aussi la procédure de certification mise en

⁹ LOI n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF, 1991.

¹⁰ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, 2009.

œuvre par la HAS exige-t-elle des établissements, et donc des agents, l'instauration de processus qualité très précis, formalisés, et administrativement lourds. En la matière, le rapport *Mission Hôpital Public* de 2012 constate la « perte d'énergie liée à la mise en œuvre d'une réglementation toujours changeante et souvent inadaptée »¹¹, qui suscite la perplexité des acteurs de terrain, lesquels perdent le sens de leurs actions. Par ailleurs, les personnels hospitaliers font l'objet d'injonctions contradictoires dans le cadre de leurs activités puisque « Faire de la meilleure qualité ou respecter les standards de sécurité s'opposent fréquemment à l'objectif de productivité »¹². Or, plus l'écart s'accroît entre la logique gestionnaire et la logique soignante, et plus la souffrance au travail augmente.

Enfin, les recompositions territoriales impulsées par les Agences Régionales de Santé (ARS) sous la nécessité de créer des complémentarités dans l'offre de soins, rajoutent au climat de méfiance à l'hôpital. Peu importe l'*output* positif des coopérations inter-hospitalières, elles sont dans un premier temps perçues par les personnels hospitaliers comme une énième reconfiguration de leurs méthodes de travail et font craindre des mobilités professionnelles subies impactant, *de facto*, la vie familiale. Il est alors possible de constater une résistance de principe au changement, animée par la peur de l'inconnu et par la crainte que la logique financière prenne le pas sur la logique de soins.

En effet, l'ensemble de ces mutations se sont réalisées dans un contexte de contrainte financière et budgétaire, et ont parfois été justifiées par celle-ci. Or, cette contrainte se traduit par un réaménagement permanent des organisations de travail et par une recherche de flexibilité : aménagement des horaires, recours croissant aux contrats à durée déterminée reconduits régulièrement, etc. Ces agents contractuels, malgré un dévouement au service public, pâtissent d'un manque de visibilité qui contribue à leur précarité. Par ailleurs, le contexte macro-économique est particulièrement anxigène (gel du point d'indice, modernisation des administrations publiques), et s'ajoute à un sentiment de non reconnaissance. En effet, 97% des personnels disent s'investir dans leur travail, mais seulement 17% estiment se sentir reconnus¹³.

¹¹ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012, *Mission Hôpital public*

¹² « Le management au secours de la santé des salariés ? », DETCHESSAHAR M in . ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

¹³ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012, *Mission Hôpital*.

1.1.3 La mise en œuvre de la tarification à l'activité à l'hôpital public interroge les agents quant au sens de leurs missions et les valeurs qu'elles sous-tendent.

La production de soins soumise à la T2A est divisée en groupes homogènes de séjour (GHS), selon leur nature et permet leur facturation aux organismes d'assurance-maladie suivant une classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le travail des soignants, et leur manière de percevoir leur activité, ont été fortement modifiés par la mise en œuvre de la T2A qui constitue, en soi, un changement de paradigme ; elle entraîne une survalorisation de l'acte technique au détriment du nursing, tout en encourageant une diminution de la durée moyenne de séjour, ce qui accentue une logique de flux en alourdissant la charge administrative des personnels. Cela a consacré le passage de l'hôpital public à une logique affirmée et assumée de performance, avec un positionnement stratégique de l'offre de soins, et des pratiques managériales relevant du Nouveau management public (basé sur l'efficience, la qualité, la réactivité, la flexibilité et l'innovation).

Ces craintes ont conduit la cour des comptes dans son rapport de 2006 à souligner les risques d'effets pervers de la T2A appliquée notamment aux soins palliatifs, pointant des incompatibilités entre la culture palliative et la recherche d'une rentabilité économique.

En profondeur, on assiste à un véritable conflit de valeurs pour les soignants. Le souci des soins pour le confort des patients, les ajustements et l'inventivité des soins de nursing pour accroître le bien-être, l'écoute, ne font l'objet d'aucune valorisation institutionnelle. Cela engendre un sentiment de déclassement et constitue une source d'insatisfaction pour le soignant qui peut estimer qu'il est contraint de dévaloriser son propre travail. Ce sentiment a également été souligné par la psychologue du travail rencontrée qui a relaté le mal-être d'un chirurgien, incité à privilégier des actes rentables.

Le Comité consultatif national d'éthique a d'ailleurs rappelé en 2007 que la mission primaire essentielle de l'hôpital est l'accueil de la précarité et de la maladie, et qu'il ne doit pas se transformer en établissement public industriel et commercial (EPIC) excessivement préoccupé par une certaine rentabilité économique. Dans sa procédure de certification des établissements, la HAS impose l'obligation d'intégrer une réflexion éthique lors des arbitrages menés dans le cadre du dispositif T2A.

Ces évolutions successives de l'environnement hospitalier impactent directement les conditions de travail des personnels, à savoir leur exercice quotidien ainsi que leurs pratiques professionnelles.

1.2 A l'hôpital public, les agents témoignent d'une densification du rythme du travail et d'une dégradation de leurs conditions d'exercice.

Le secteur de la santé se distingue par des conditions de travail et une exposition aux risques professionnels très spécifiques. L'hôpital a connu de multiples évolutions qui ont affecté l'environnement de travail de ses professionnels. L'impact de ces mutations sur la santé des individus et le collectif de travail se fait de plus en plus ressentir avec un sentiment d'une densification du travail (1) accompagné d'une dégradation de la prise en charge des patients (2) et d'une organisation peu optimale et perfectible (3).

1.2.1 Les personnels hospitaliers expriment leurs difficultés face à la densification du travail.

Depuis 2002¹⁴, la durée légale du travail est fixée à 35 heures par semaine pour l'ensemble des agents travaillant en journée dans la fonction publique hospitalière (FPH)¹⁵. Tous les agents effectuant plus de 35 heures par semaine génèrent des droits au titre de la réduction du temps de travail (RTT). « *Le temps de travail s'étant raccourci pour des tâches identiques, les temps de relève ont été diminués et sont désormais consacrés à des informations relatives aux patients dans le but d'assurer une continuité de la prise en charge; les temps de pause ont été supprimés, densifiant ainsi le travail et raréfiant les temps de parole, d'écoute, et d'échange* »¹⁶. Ainsi, la contrainte temporelle, la charge de travail et la cadence sont ressenties comme particulièrement fortes et engendrent pour certains le sentiment de ne pas pouvoir effectuer un travail de qualité. De même, une multiplicité des tâches à réaliser en même temps ou la gestion des imprévus se sont révélés être source de stress. Le rythme soutenu et l'interdépendance avec les autres collègues ne permettraient pas toujours de prendre des pauses ou du temps pour le repas.

En outre, la DARES a lancé et participé en 2010 à l'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer)¹⁷. Cette enquête révèle notamment que

¹⁴ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

¹⁵ Pour les agents travaillant la nuit, le temps de travail hebdomadaire est fixé à 32 heures 30 minutes.

¹⁶ CORTOT O, décembre 2005, « La satisfaction au travail », *Gestion Hospitalière*

¹⁷ DARES, 2013, *Les risques professionnels en 2010*, 12p

les agents de la FPH sont les plus nombreux à déclarer devoir se dépêcher pour faire leur travail (46%). De façon générale, les salariés de la FPH apparaissent les plus exposés à une forte « *demande psychologique* » (charge mentale engendrée par l’accomplissement des tâches). Enfin, c’est dans la FPH que les personnels signalent le plus souvent manquer de moyens matériels adaptés (27%) et de collègues en nombre suffisant pour effectuer correctement leur travail (32%). Le fort absentéisme constaté dans tous les établissements entraîne fréquemment un fonctionnement en effectifs restreints et une activité d’autant plus lourde et tendue.

Par ailleurs, le risque de porter atteinte, en cas d’erreur, à leur sécurité ou à celle d’autres personnes, est principalement identifié par les salariés de la FPH (69%). La crainte qu’une erreur puisse mettre la vie en danger accroît la charge émotionnelle dans l’exercice du métier. De même, la prise en charge de la douleur des résidents de plus en plus dépendants ou la gestion des fins de vie dans les services de gériatrie, de médecine, d’oncologie et d’hématologie entraînent une charge émotionnelle forte.

Les agents de la FPH signalent une recrudescence des agressions verbales dans le cadre de leur travail, aussi bien de la part de leurs collègues et de leurs supérieurs que de la part du public. Les agressions physiques et sexuelles de la part du public, dans le cadre du travail, sont également plus fréquentes.

Enfin, un manque de reconnaissance prégnant est à prendre en compte, notamment par les agents du secteur administratif, logistique et technique, des agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) et des cadres. A titre d’illustration, en 2011, 70% des infirmiers ont le sentiment de ne pas être reconnus dans leur travail¹⁸. Le besoin de reconnaissance constitue également un point largement évoqué dans nos différents entretiens.

1.2.2 Les équipes hospitalières affirment leur frustration et leur insatisfaction face à la dégradation de la prise en charge des patients.

La mission première des infirmiers et aides-soignants est d’apporter des soins de qualité aux patients. Les soins ont une visée préventive, curative ou palliative et reposent sur des actes techniques ou relationnels. Les soignants acquièrent les compétences

¹⁸ CHANU K., 2011, *Les conditions de travail des infirmières dans la FPH*, Mémoire de l’ESSEC, 127p

nécessaires à l'accomplissement de ces tâches au cours de leurs études mais aussi tout au long de leur vie professionnelle.

Pour autant, une charge administrative de plus en plus pesante est ressentie par les soignants. La politique « qualité » à l'hôpital, initiée dès 1996 par la création de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), et dorénavant portée par la HAS, a engendré la rédaction de nombreux protocoles de soins. Si les soignants ne peuvent pas nier les bienfaits de la réflexion autour des pratiques de soins à l'hôpital, ils décrivent la protocolisation à outrance et la traçabilité consommatrice de temps et d'énergie. A effectif constant, les soignants ressentent qu'ils ont de moins en moins de temps à consacrer aux soins directs aux patients. Le temps passé au chevet du patient diminue. Pour le Professeur COLOMBAT, co-auteur de l'ouvrage *Qualité de vie au travail et management participatif*, il y a un décalage qui s'installe entre ce qui est fait et ce qui devrait être fait. En effet, les protocoles mettent en avant les différents temps des soins avec des critères de qualité (respect de l'asepsie, qualité relationnelle développée, éducation thérapeutique, traçabilité), alors que les effectifs ne permettent pas le plus souvent de respecter toute la procédure. L'exigence est de plus en plus élevée alors que la réalité du terrain ne la permet pas. Ce décalage entre l'attendu et le réalisé ne peut qu'entraîner un sentiment de mal-être, voire de culpabilité chez les soignants.

De plus, les critères de qualité des protocoles de soins semblent occulter le travail d'adaptation réalisé par les cadres de santé et par les soignants afin de personnaliser les soins. Les soignants ont besoin de trouver du sens aux soins réalisés et ne veulent pas n'être que des exécutants d'actes techniques, sauf à développer un véritable sentiment d'insatisfaction au travail. « *Si la protocolisation des procédures de soins vise à une forme de standardisation des pratiques, la diversité des pathologies, la singularité de chaque patient et la variabilité des processus de prise en charge requièrent néanmoins constamment le discernement et l'autonomie des soignants.* »¹⁹

En outre, une notion est apparue à l'hôpital : la notion de recherche d'efficience. Cela a eu de nombreuses répercussions en matière d'organisation de soins et de prise en charge des patients. Ainsi, se sont développés de nouveaux types de prises en charge : les hospitalisations de courtes durées et la chirurgie ambulatoire. Les Durées Moyennes de Séjour (DMS) ont ainsi diminué de façon conséquente avec en corollaire une rotation des

¹⁹ DUTIER A, septembre 2011, « Pratique de soins et logique de gestion, le rôle médiateur des cadres de santé », *Perspectives soignantes*, n°41, p27

lits plus importante dans les services de soins. Ces nouvelles modalités de prise en charge engendrent un surcroît de travail pour les soignants et une perte des repères.

Enfin, les cadres de santé ont vu leurs fonctions évoluer progressivement. La démographie du corps, mais aussi la volonté de certains dirigeants d'hôpital de diminuer le nombre de cadres de santé dans les hôpitaux publics et de redéfinir leurs missions ont entraîné une quasi-disparition, dans certains services, de l'encadrement de proximité. En effet, les cadres de santé ont le plus souvent plusieurs unités à gérer. La volonté de mettre en place de nombreux projets (réorganisation, gestion du temps de travail, qualité) a fait croître le temps passé par les cadres de santé en réunions de travail, les éloignant peu à peu des services de soins. Leur rôle de tampon entre l'administration, les médecins, les patients, leurs familles et les équipes de terrain est de plus en plus lourd à gérer. On assiste à une véritable crise de l'encadrement. De plus, les équipes soignantes, à cause de cet encadrement de proximité peu présent, sont souvent dans l'obligation de prendre des responsabilités qui n'étaient pas les leurs auparavant. Ces prises de décisions, en plus du travail de soignants, engendrent inéluctablement des tensions personnelles et interpersonnelles.

1.2.3 Les organisations de travail à l'hôpital public sont jugées peu optimales et demeurent perfectibles.

A l'hôpital, le taux d'absentéisme varie de 9 à 14%²⁰. L'absentéisme de courte durée impacte l'organisation au quotidien. Une des missions des cadres de santé est de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge des patients. Plusieurs solutions sont proposées, parmi lesquelles la diminution de l'effectif de journée en garantissant un minimum requis (non remplacement), le rappel d'un agent en repos ou la demande auprès de la DRH d'un remplacement ponctuel. Toutefois, aucune de ces trois solutions ne semblent être optimale. En effet, le non remplacement conduit à une surcharge de travail pour le personnel présent dans l'unité. Le rappel d'un agent en repos l'oblige à bouleverser sa vie personnelle. Selon la psychologue du travail contactée, le cadre de santé « *peut jouer sur la solidarité* » dans l'équipe pour résoudre la problématique de planning. L'agent rappelé se sent contraint d'interrompre son repos et de bouleverser ainsi tous ses projets personnels pour rendre service à l'équipe. De plus, du fait des évolutions sociétales, le

²⁰ VIGOUROUX P (dir), 2011, « Attractivité professionnel hospitalière et médico-sociale : comment la réussir ? », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp.28-43

personnel hospitalier, essentiellement féminin, peut être en situation de famille monoparentale ce qui ne fait qu'accroître les difficultés d'organisation et de conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Le directeur des ressources humaines (DRH) du CH de Fougères a également fait part d'une évolution de l'engagement des jeunes soignants vis-à-vis de leur métier. En effet, ces derniers souhaitent organiser leur vie privée autant que leur vie professionnelle et ne supportent pas les rappels sur les temps de repos. Ils partagent donc une culture du travail bien différente de celle de la précédente génération. Enfin, le recours à un remplaçant met en avant le problème du temps d'adaptation nécessaire d'un agent extérieur au service avant d'être totalement opérationnel. A noter également que les contraintes budgétaires des établissements de santé rendent difficile le recrutement d'un remplaçant en contrat à durée déterminée (CDD).

De la même façon, la continuité de prise en charge des patients impose des horaires très contraignants pour le personnel soignant. En effet, 62% des agents de la FPH sont amenés à travailler le dimanche et les jours fériés. 38% n'ont pas les mêmes horaires tous les jours²¹. Malgré une législation du travail qui prévoit la connaissance par les agents de leur planning au moins 15 jours à l'avance, des changements intempestifs sont fréquents et une incertitude sur les plannings demeure²².

En outre, les tâches inhérentes à la fonction de soignant engendrent des contraintes physiques fortes : manutention des patients, station debout prolongée, piétinement. Ces gestes et postures répétés favorisent l'apparition de troubles musculo-squelettiques (TMS) (lombalgie, tendinite ...) ou de troubles circulatoires des membres inférieurs (insuffisance veineuse, phlébite ...), et génèrent *in fine* de nombreux arrêts. La réduction des effectifs accroît les risques de survenu de ces maladies liées au travail.

Enfin, l'organisation est tributaire de l'espace. En diminuant les déplacements et en disposant de locaux adaptés, il est possible d'augmenter le temps passé au chevet du malade et à la concertation pluridisciplinaire. Or, d'après la HAS²³, « moins de 40 % des infirmiers et moins de 50 % des médecins disent bénéficier d'un espace de travail adapté. Ils évoquent des locaux exigus et mal répartis ». Les architectes des récentes reconstructions de centres hospitaliers (plans Hôpital 2007 et 2012) ont davantage tenu compte de ce manque d'espace que de l'adaptation des locaux à l'organisation. Ainsi, les nouvelles constructions font apparaître de vastes services aux longs couloirs, peu

²¹ DARES, 2013, *Les risques professionnels en 2010*, 12p

²² Entretien avec un représentant syndical SUD du CH de Saint Malo

²³ HAS, *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé*, 21 octobre 2010, 48p

ergonomiques. La solution développée afin de ne pas accroître les déplacements des soignants est l'interphonie pour les appels malades, conduisant à encore moins de temps consacré au relationnel avec le patient, ce qui peut être frustrant pour certains soignants.

Aussi ce diagnostic appelle-t-il à s'interroger sur les leviers à disposition des établissements pour améliorer le bien-être au travail des personnels hospitaliers.

2 Face aux difficultés rencontrées à l'hôpital public, un certain nombre d'outils évaluatifs, opérationnels et managériaux existent, qu'il convient de généraliser.

2.1 Favoriser le bien-être des agents à l'hôpital public suppose *a priori* d'évaluer les conditions de travail, puis de mettre en œuvre les outils permettant de construire un cadre de travail de qualité.

Les recherches effectuées ont montré que, sous l'impulsion de politiques publiques volontaristes (1), il est possible pour les établissements de se doter d'instruments pertinents d'analyse des situations de travail (2), et d'outils favorisant le bien-être au travail (3).

2.1.1 La volonté des pouvoirs publics est l'aiguillon indispensable de la promotion du bien-être au travail à l'hôpital public.

Le plan santé au travail 2010-2014 identifie l'objectif de développement de la santé au travail et d'amélioration des conditions de travail comme « *un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir* »²⁴. Les pouvoirs publics donnent un cadre propice aux améliorations des conditions de travail qui se traduit par un accompagnement technique et financier sur lequel les hôpitaux publics peuvent s'appuyer.

Le Fonds d'Intervention Régional (FIR) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 relève de cette démarche et intervient pour favoriser l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé. En 2012, l'ARS Bretagne a consacré 0,65 million d'euros à ces missions²⁵. Les mesures soutenues concernent la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (politique de recrutement, orientations du plan de formation, organisation du travail...), les aides

²⁴ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Lancement du second plan de santé, (10 mai 2013), disponible sur internet : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-du-second-plan-de-sante.html>

²⁵ ARS, Note de cadrage relative à l'élaboration de l'EPRD 2012 du FIR, (7 mai 2013), disponible sur internet : <http://ars.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE>

individuelles (la prise en charge du différentiel de rémunération, l'indemnité exceptionnelle de mobilité...), et les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Ces derniers permettent « *d'accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention des risques professionnels* » et « *de promouvoir des réorganisations du travail de nature à améliorer les rythmes de travail et la qualité de vie au travail* »²⁶. Dans le cadre de l'appel à projet CLACT 2012, le CHRU de Brest a ainsi pu mettre en place un animateur pour la prévention des TMS²⁷ partagé sur le territoire. La DGOS s'est également engagée à mobiliser les ARS et les établissements sur la prévention des risques psychosociaux (RPS), et un appel à projet a été lancé le 31 juillet 2012 pour faire émerger les bonnes pratiques existantes et les promouvoir.

D'autres initiatives s'inscrivent dans la volonté d'offrir aux établissements de santé des outils et des analyses pour développer le bien-être au travail. On peut citer l'action de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), ou encore des projets à l'image du projet hospitalier « *absentéisme recherche intervention santé au travail* » (PHARES). Lancé par la Fédération hospitalière de France dans les Pays de Loire, il vise à apporter des analyses et des repères d'ordre organisationnel afin de permettre aux établissements de la FPH de gérer au mieux l'absentéisme des personnels.

Il convient toutefois d'améliorer l'effectivité et la pérennité de ces aides. Ainsi le CH de Saint Malo, qui a fait partie des onze établissements sélectionnés au niveau national au titre d'un appel à projet lancé par la DGOS pour la réduction des RPS, ne bénéficie du recrutement d'un ergonome et d'un psychologue du travail seulement pour une durée de 3 ans²⁸. Le discours national positif doit également davantage s'adapter aux réalités concrètes du terrain, et veiller à être relayé par les professionnels qui doivent souvent mener une « *politique pragmatique liée au contexte budgétaire* »²⁹.

2.1.2 Il convient, a priori, pour les établissements, de se doter des instruments nécessaires à l'évaluation des situations de travail.

L'évaluation des risques est une obligation des chefs d'établissement inscrite par la loi du 31 décembre 1991. Plus largement, pour agir au mieux sur le bien-être au travail, il

²⁶ Circulaire n°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012

²⁷ Entretien avec la directrice adjointe à la DRH du CHU de Brest

²⁸ Entretien avec un syndicaliste SUD au CH de St Malo

²⁹ Entretien avec un cadre de CHU

convient de « *percevoir les dynamiques, anticiper les ruptures, adapter les réponses, prendre soin du détail* »³⁰. Il faut pour cela s'appuyer sur des outils et des compétences permettant de comprendre ce qui se joue au sein de l'établissement. Au-delà du document unique d'évaluation des risques professionnels, certains établissements mettent ainsi en place des indicateurs. Ceux-ci doivent être « *simples, pertinents, fiables, sensibles, restitués de façon claire* »³¹.

A titre d'exemple, le CHRU de Brest a instauré un baromètre des RPS qui permet d'identifier, via des scores, les services en difficulté sur le trimestre, en s'appuyant sur des critères précis. Il s'agit cependant d'un raisonnement *a posteriori* que l'établissement a souhaité compléter par une cellule opérationnelle des risques psychosociaux (CORPS). Elle est composée d'experts se déplaçant sur le terrain pour accompagner le personnel en situation difficile et chargés d'émettre des préconisations, sans caractère obligatoire, à destination des pôles³².

Dans l'analyse des situations de mal-être, deux niveaux doivent être identifiés : celui du service ou du pôle, qui est plus à même de saisir la dimension subjective et vécue des agents, et la direction de l'établissement qui doit exploiter les informations remontées par l'encadrement et qui décide en conséquence des mesures à adopter. Au niveau des services, les cadres de santé gagneraient à définir un « tableau de bord de bien-être au travail » qui permettrait une évaluation continue et un retour aux « décideurs » en cas de d'atteinte du seuil d'alerte prédéfini. Au nombre des indicateurs objectifs, il convient de noter : l'absentéisme, la réponse à l'absentéisme, les demandes de mutation, les accidents de travail, le recours aux syndicats, les réclamations de patients, les lettres de remerciements, la présence aux réunions de service et groupes de réflexion, le nombre de référents par service, la participation aux formations, les contributions à des actions pédagogiques et à l'encadrement des nouveaux professionnels et des stagiaires. Pour les indicateurs subjectifs, on peut citer : les attitudes des équipes (bonne humeur, entraide, soutien, silences), les réponses aux sollicitations du cadre, l'écoute et la disponibilité du cadre, le niveau de satisfaction concernant le planning, la satisfaction de l'équipe par rapport à la qualité de son travail et des soins, la motivation et l'implication notamment dans l'entretien spontané de l'environnement de travail et du matériel, la prise d'initiatives.

³⁰ « *Du point de vue d'un professionnel de la santé* », Dr Philippe Davezies in ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

³¹ BENOIT C. (dir), 2012, *Quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier? Pertinence et objectifs*, Mémoire de l'EHESP du module interprofessionnel (MIP) : EHESP, 26p

³² Entretien avec la directrice adjointe à la DRH du CHRU de Brest

L'analyse des situations de travail est également permise par le recrutement de professionnels compétents, à l'analyse pertinente : ergonomes, psychologues, conseiller en parcours professionnel par exemples.

Ces initiatives montrent l'importance d'agir en amont, et de disposer des outils pour établir un diagnostic et avoir des capacités d'action. Il est possible de définir des critères «*qui reflètent la réalité de la vie au travail dans toute ses dimensions et sa complexité* »³³ et d'avoir une image précise de la réalité de l'hôpital.

Certains établissements, les plus petits, doivent cependant faire face à des manques, l'absence de médecin du travail par exemple. Ceux-ci sont contraints de faire appel à des intervenants extérieurs, notamment des cabinets externes d'ergonomes pour étudier des postes de travail, en particulier pour les travailleurs handicapés. Il est également complexe d'individualiser les analyses. A cet égard, une psychologue du travail contactée souligne le caractère urgent de ses interventions et la nécessité d'un suivi plus régulier des équipes³⁴.

L'évaluation des situations de travail est le préalable à la construction d'une culture du bien-être au travail, cela doit conduire à se projeter dans l'activité de l'hôpital afin de la remodeler.

2.1.3 Les établissements peuvent disposer de nombreux outils en faveur d'un cadre de travail de qualité pour leurs agents.

L'indicateur utile est tourné vers l'action, il est nécessaire d'interpréter les résultats puis de proposer des pistes de travail. Il s'agit alors de dépasser l'approche du risque et sa minimisation et de rechercher le bien-être : il faut passer à une logique de construction³⁵.

Ce passage est bien illustré par le CHRU de Dijon qui, à partir de l'évaluation initiale des indicateurs et afin de développer un programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable, a mis en place des groupes d'échanges où des actions prioritaires ont été définies avant l'élaboration d'un plan d'actions. Le CHRU de Dijon met en avant plusieurs points forts : le caractère très opérationnel du plan, les idées

³³ « Travail et changement », Editorial de Jean-Baptiste OBENICHE in ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

³⁴ Entretien avec une psychologue du travail

³⁵ « Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? », Joël MALINE IN ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

ayant été émises par les professionnels, l'implication importante de la direction générale, le lien fait avec la performance globale de l'établissement³⁶.

Le projet social constitue un outil majeur pour donner du sens à l'action de l'hôpital, il « *définit les objectifs généraux de la politique sociale d'un établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels* »³⁷.

La recherche de solutions pour le maintien dans l'emploi des populations fragilisées constitue une orientation intéressante à l'image du programme mis en place au CHRU de Brest pour favoriser le travail des femmes enceintes³⁸. Au CHRU de Rennes une convention avec le fond pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (FIPH) a été signée afin de sensibiliser l'établissement à l'intégration d'agents handicapés dans les services et à davantage prendre en charge chaque personne qui pourrait relever d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Dans le même établissement, une commission de prévention des conduites addictives (tabac, alcool et autre drogues) accompagne les agents et leur propose des solutions³⁹. Son action consiste notamment à mettre des substituts nicotiques à la disposition du personnel afin de lutter contre le tabagisme. Ce dispositif repose toutefois sur la volonté de l'agent, qui doit accepter de rentrer dans un parcours d'accompagnement.

Les aménagements de poste pour les agents permettent également d'améliorer le cadre de travail. Le centre hospitalier Guillaume Régnier se situe dans cette « *façon différente d'envisager le travail* » : dans la mesure où « *il faut accepter que les organisations de travail s'adaptent* »⁴⁰. Avec la modulation des horaires pour les agents diabétiques ou le financement de trajets en taxi pour les agents éloignés de l'hôpital sans possibilité de conduire. Le CHRU de Brest travaille avec une commission de concertation (médecin du travail, ergonome, ressources humaines, direction des soins, service social) qui examine le dossier et fait des propositions. L'accompagnement personnalisé reste toutefois complexe pour les très gros établissements.

Le soutien logistique et une réflexion sur l'organisation sont essentiels pour faire émerger un environnement sain à l'hôpital dans le cadre d'un plan de prévention des TMS.

³⁶ CHU de Dijon, 2012, *Développer un programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable*

³⁷ Article L 6143-1 CSP

³⁸ Entretien avec la directrice adjointe à la DRH du CHU de Brest

³⁹ Entretien avec la directrice adjointe à la DRH du CHU de Rennes

⁴⁰ Entretien avec un membre du service social du personnel, CH Guillaume Régnier à Rennes

Cela peut prendre la forme d'équipements nouveaux - conduire le lit avec une aide mécanisée (*bed movers*), ou reposer sur l'aide d'un intervenant ergonomiste chargé de faire un diagnostic et de veiller à l'appropriation par les agents des bons gestes, du matériel à disposition⁴¹. Le pool de remplacement doit également être suffisant pour limiter le rappel du personnel et l'impact sur leur vie privée⁴².

Des actions plus originales participent au développement positif du climat de travail à l'hôpital : la mise en place d'ateliers de relaxation impliquant les kinésithérapeutes de l'établissement et à destination du personnel⁴³, un projet « plan déplacement entreprise » avec la mise en place d'abris vélos, le remboursement d'abonnements, le covoiturage...⁴⁴

Concernant l'offre de services, l'ensemble des professionnels souligne la nécessité d'ouvertures de crèches pour permettre la conciliation des temps privés et professionnels. A titre d'exemple, le CHU de Rennes envisage un partenariat avec des crèches d'entreprises de l'agglomération afin d'augmenter le nombre de places disponibles et la mise à disposition d'assistantes maternelles pour les enfants plus âgés. La HAS confirme cette orientation : les hôpitaux attractifs doivent multiplier les initiatives « *pour favoriser l'équilibre entre famille et travail : aménagement des horaires dans la nuit, lits en pédiatrie pour les enfants malades du personnel...* »⁴⁵

L'offre de formation constitue une solution pour les personnes en situation difficile et renforce l'assurance des agents. Ainsi, le congé de formation professionnelle (CFP) donne la possibilité de suivre, à titre individuel, des formations autorisant la reconversion ou la réalisation d'un projet personnel. Les axes des hôpitaux attractifs consistent à « *adopter des programmes et politiques de personnels créatifs et flexibles et à favoriser le développement professionnel.* »⁴⁶

L'ensemble de ces actions doit s'inscrire dans une stratégie qui dépasse une vision de court terme et permet l'appropriation par les agents des initiatives, à l'image du CHRU de Dijon dont la mise en œuvre du plan d'actions s'étale sur la période 2013-2017 dans le cadre du projet social, avec des évaluations planifiées.

Se dessine ainsi la conception d'un travail de qualité qui présente les caractéristiques suivantes : « *donner du sens aux actions engagées, permettre la reconnaissance de leur utilité sociale, favoriser la compatibilité avec les valeurs portées,*

⁴¹ Entretien avec la directrice adjointe de la DRH du CHU de Brest

⁴² Entretien avec un représentant syndical SUD du CH St Malo

⁴³ Entretien avec la directrice adjointe du CHU de Brest

⁴⁴ Entretien avec la directrice adjointe à la DRH du CHU de Rennes

⁴⁵ HAS, *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé*, 21 octobre 2010, 48p

⁴⁶ *Ibid.*

laisser des marges de manœuvre pour réinvestir son expérience, ne pas altérer les capacités physiques, permettre aux salariés d'adopter des stratégies compensatoires face aux contraintes des situations de travail⁴⁷. »

2.2 Favoriser le bien-être au travail à l'hôpital public suppose, par ailleurs, de repenser les pratiques managériales, en faveur d'un management participatif, d'une revalorisation du rôle du cadre, et d'une politique institutionnelle forte.

Promouvoir le bien-être au travail à l'hôpital public suppose une politique volontariste (1), fondée sur un management de type participatif (2) et une reconnaissance des acteurs (3).

2.2.1 Les politiques publiques doivent inciter à une refondation des pratiques managériales à l'hôpital.

Cet enjeu est renforcé dans le discours politique, notamment dans le rapport d'Henri LACHMANN au premier Ministre⁴⁸ qui préconise un rôle prépondérant des managers quant à la promotion de la santé au travail. Dans les 10 propositions formulées on retrouve bien cette responsabilité managériale : la santé des salariés est d'abord l'affaire des managers et ceux de proximité sont les premiers acteurs de santé. Il leur faut donc considérer les conditions de santé et sécurité au travail comme une condition du développement du bien-être en entreprise et être préparés et formés à ce rôle du manager. Le rapport insiste sur la nécessité d'appréhender l'entité "équipe de travail" comme un tout et pas simplement comme une somme d'individus ou de personnalités. Il leur appartient aussi d'anticiper et de prendre en compte l'impact des changements sur l'humain, ainsi, tout projet de réorganisation ou de restructuration, doit comporter un volet sur la faisabilité et l'acceptabilité par les salariés de ce changement. Un autre rôle important du manager mis en exergue est celui de se préoccuper de l'accompagnement individuel et d'identifier les

⁴⁷ «Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ? », Joël MALINE IN ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

⁴⁸ LACHMAN H. LAROSE C., PENICAUD M., 2010, *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, 19p

personnes en difficulté, afin de les orienter vers des recours adaptés comme la médecine du travail ou une psychologue du travail.

Ce rôle managérial est renforcé par le « Pacte de Confiance » marquant la volonté de Mme TOURAINE, Ministre de la santé, de restaurer un dialogue social à l'hôpital afin de contrecarrer les effets d'une « marchandisation » de la santé et des soins. L'enjeu est de remobiliser les personnels hospitaliers déconcertés par la succession des réformes afin que des solutions concrètes soient trouvées en particulier sur l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital et sa gestion des ressources humaines. Ce renouveau du dialogue social au sein de l'hôpital, entre soignants et administratifs, permettra selon Madame la Ministre de la santé de « *rétablir la confiance des professionnels dans l'avenir de l'hôpital public* » en utilisant une démarche participative.

2.2.2 Le management participatif, quoique faisant débat, peut s'avérer être un levier pertinent dans l'amélioration du bien-être au travail.

Le management participatif est donc mis en avant comme vecteur de bien-être au travail pour les équipes. Il est un levier important garantissant la qualité des soins, comme le développe notamment le Professeur COLOMBAT⁴⁹ du CHU de Tours, suite à ses recherches menées dans les services où sont réalisés des soins palliatifs. Ainsi le dispositif managérial suivant est préconisé :

- La création d'espaces de rencontre des équipes qui peuvent répondre à différents besoins ponctuels : soutien, aide à la décision... Ainsi les participants peuvent être différents en fonction des objectifs : équipes, responsables médicaux ou paramédicaux. Il s'agit de favoriser la pluriprofessionnalité. Ces temps de rencontre nécessitent une répartition de la parole dans un climat d'écoute empathique permettant un exposé des différents points de vue avant toute prise de décision par le manager.

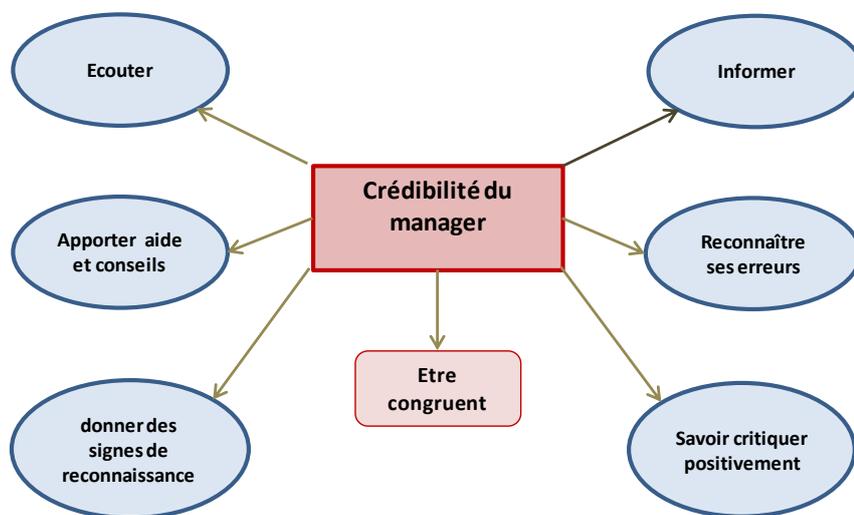
- Pour que ce dialogue soit possible, le manager doit avoir une capacité d'écoute de l'autre permettant l'apprentissage de la discussion en commun dans le respect et la tolérance de chacun. Il doit montrer une humilité, accepter ses limites et savoir changer d'avis. Le management "participatif" nécessite des qualités : se rendre disponible, s'intéresser aux autres, faire preuve d'empathie, être respectueux de ses collaborateurs en

⁴⁹ Entretien avec le Pr COLOMBAT du CHU de Tours

proscrivant l'humiliation et l'agressivité. Il doit être capable de gérer les conflits interpersonnels, les personnalités difficiles. Sa présence sur le terrain, sa capacité à donner du sens en formulant des valeurs fondamentales, son éthique et son exemplarité sont des qualités incontournables pour la réussite d'une démarche participative.

Il doit également savoir décider : en s'assurant que la règle du jeu et l'objectif ont été clairement énoncés et validés. Ses décisions doivent être expliquées et respecter le principe d'équité. Aussi l'image du manager nécessite la traduction d'une congruence dans les actes et impose d'éviter tout décalage avec le discours.

Le schéma suivant résume la démarche participative fondée sur une crédibilité du manager⁵⁰ :



Mathieu DETCHESSAHAR, professeur de sciences de la gestion à l'institut d'administration des entreprises (IAE) de Nantes nuance l'approche participative. Son questionnement vise à comprendre comment et pourquoi les pratiques actuelles d'organisation et de management altéreraient la santé des salariés. Il conclut qu'un des objectifs du management n'est pas l'appel au participatif à tout prix mais une réflexion globale sur la mise en discussion du travail et la relation entre le salarié et son supérieur hiérarchique. Cette mise en discussion nécessite d'être réfléchie en amont afin de ne pas aboutir à une remise en cause de la cohérence de l'organisation globale de l'établissement. En effet, le risque de la démarche consiste à voir l'aspect participatif prendre le dessus sur la hiérarchie, nécessaire à l'organisation de la structure hospitalière.

⁵⁰ COLOMBAT P (dir). 2012, Qualité de vie au travail et management participatif, Ed LAMARRE

2.2.3 Il convient enfin de repenser le dialogue à l'hôpital dans le cadre d'une politique générale de reconnaissance, dans laquelle le cadre doit jouer un rôle pivot.

Roland OLLIVIER, directeur de l'Institut du Management met en évidence une situation de dialogue bloqué dans certains établissements de santé⁵¹. Un DRH rencontré partage ce constat : « *le CHSCT est devenu une tribune pour les partenaires sociaux, il est dommage d'avoir perdu son aspect pratique pour résoudre les problèmes concrets de travail* » Il est dès lors nécessaire de retrouver un dialogue institutionnel sain et effectif, des échanges réels au sein de l'établissement. Il est certes important d'être réactif dans la prise de décision mais il ne s'agit pas de négliger « *l'appropriation par les équipes des décisions* »⁵².

Dans cette optique, a été évoqué de renforcer la place du cadre de proximité chargé de faire le lien entre les services et la direction : « *il faut réinvestir la place du cadre de proximité au sein des équipes, faire en sorte que la direction l'entende* »⁵³. Une enquête menée dans un centre hospitalier de la région Bretagne en février 2013 aboutit aux mêmes conclusions : « *il faut améliorer les relations avec les cadres, mieux faire comprendre aux agents leur rôle, développer les réunions de cadres, les conforter dans leurs missions* ». Seulement 49% des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) considèrent que le cadre de santé sait prendre de bonnes décisions, 36% qu'il tient compte des préoccupations du personnel⁵⁴. Cette situation n'est pas viable et il s'agit de faire du cadre un moteur de la politique de l'établissement avec une plus forte implication dans le devenir de l'établissement. En ajustant sa stratégie managériale au travers d'actions concrètes comme l'écoute des besoins de son équipe, l'équilibre des plannings, la gestion des problèmes récurrents du quotidien..., le manager de proximité peut faire évoluer une situation difficile. Cette reconnaissance des compétences mais aussi des besoins des salariés, en améliorant les conditions de travail, permettrait à chacun de se consacrer à sa mission plus sereinement.

Dans le cadre des entretiens, la notion de reconnaissance est apparue à de multiples reprises et une réflexion doit être menée à ce sujet. Roland OLLIVIER exprime que « *les personnels souhaitent être reconnus dans leur contribution au fonctionnement de*

⁵¹ Entretien avec le Directeur de l'institut du management de l'EHESP, Roland Ollivier

⁵² Entretien avec le Directeur de l'institut du management de l'EHESP, Roland Ollivier

⁵³ Entretien avec la DRH adjointe du CHRU de Brest

⁵⁴ CHANU K., 2011, *Les conditions de travail des infirmières dans la FPH*, Mémoire de l'ESSEC, 127p

l'institution ». Les soignants qui souffrent n'attendent pas seulement « *de reconnaissance financière* », ils veulent surtout travailler autrement. A ce sujet, la chargée de mission de l'ARS Bretagne explique que le mal être au travail est surtout engendré par des managers ayant des difficultés à communiquer et place l'attitude relationnelle au premier rang des idées pour garantir le bien-être au travail⁵⁵.

Pour une politique active de promotion du bien-être au travail, il apparaît que le dénominateur commun est la nécessité d'une politique institutionnelle forte menée par une équipe de direction préoccupée par cette thématique. La volonté d'améliorer le bien-être au travail ne doit pas être de la seule responsabilité de l'encadrement de proximité et de la DRH. Cette dernière doit aussi « *se donner le temps de l'échange, du dialogue et du sens* »⁵⁶. Selon Matthieu DETCHESSAHAR, « *il faut que le sommet stratégique effectuée vis-à-vis de l'externe un travail de conquêtes de moyens et de marges de manœuvre qu'il pourra ensuite réinjecter en interne pour donner du temps et des moyens à la discussion* ». Roland OLLIVIER souligne l'importance de « *faire confiance aux équipes qui, une fois mobilisées ont des capacités d'organisation parfois supérieures à celles du sommet* »

Le principal élément de réussite est la capacité d'un manager à obtenir l'adhésion de son équipe et l'accompagner vers dans le changement, « *les agents s'attachent vite à une organisation, il est donc complexe de revenir dessus* »⁵⁷. Par ailleurs, comme l'a précisé la psychologue interviewée, la part du bien-être collectif a un impact direct et souvent prépondérant sur l'équilibre du bien-être individuel. Les managers doivent avoir en tête l'ensemble de ces problématiques et les considérer comme des priorités en s'appuyant sur le lien entre le bien-être et la performance et sur les répercussions positives pour les usagers.

⁵⁵ Entretien avec la chargée de mission de l'ARS en charge du dialogue avec l'établissement

⁵⁶ Entretien avec le Directeur de l'institut du management de l'EHESP Roland OLLIVIER

⁵⁷ Entretien avec le DRH du CH de Fougères

Conclusion

L'évolution du paradigme d'une conception négative telle que le mal-être ou la souffrance au travail vers la notion de bien-être au travail, tant dans le discours politique que dans les pratiques managériales, constitue une nouvelle approche plus positive du problème. Notre étude a permis de mettre en évidence la réalité des risques psycho-sociaux à l'hôpital public et leur lien avec l'évolution des conditions de travail des professionnels de santé.

Ainsi, après un constat inquiétant concernant le vécu par les professionnels de santé de leurs situations de travail, des outils et des dispositifs commencent à être mis en œuvre soutenus par un discours politique volontariste. L'objectif est de promouvoir le bien-être au travail et prendre en compte le personnel hospitalier dans sa globalité aussi bien physique que psychosociale.

Il conviendra de suivre avec attention le bilan de ces premières mesures, afin d'envisager leur déploiement à plus grande échelle. La démarche de développement du bien-être au travail ne se limite donc pas à la prévention des risques psycho-sociaux, même si cette dernière doit être développée. Elle vise également à restaurer un dialogue constructif entre l'ensemble des acteurs de l'hôpital public. Cette approche sera favorisée par le développement d'un leadership positif, levier puissant de la reconnaissance et de la performance au travail.

Bibliographie

Lois et décrets :

Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF, 1991.

Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, JORF, 2000

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF, 2002

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF, 2003

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, 2009

Décret 2001-1006 relatif au document unique d'évaluation des risques, JORF, 2001

Décret N° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF, 2002

Décret n°2008-1382 du 19 décembre 2008, Art L4121-1 relatif à la protection de la santé et à la sécurité des salariés, JORF, 2008

Circulaire DGOS/RH3 no 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

Circulaire n° DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012

Ouvrages :

CAOUI P., MAURANGES A., FLORENTIN A., LESAGE I., 2008, *Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel*, Ed MASSON

COLOMBAT P (dir), 2012, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Ed LAMARRE

TIRMARCHE O., 2010, *Au-delà de la souffrance au travail*, Ed Odile JACOB

Mémoires :

BENOIT C. (dir), 2012, *Quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier? Pertinence et objectifs*, Mémoire de l'EHESP du module interprofessionnel (MIP) : EHESP, 26p

CHANU K., 2011, *Les conditions de travail des infirmières dans la FPH*, Mémoire de l'ESSEC, 127p

LAGARDE R., 2009, *Temps de travail et temps hors travail. La concordance des temps des personnels soignants à l'hôpital local de Lodève*, Mémoire EHESP de DESSMS : EHESP, 48p

THOMARDEL A., 2012, *Bien-être au travail et qualité des soins*, Mémoire de Cadre de santé : IFCS du CHU de Nancy, 79p

Conférences :

ANACT, *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?*, 10 et 11 mars 2010, ANACT Editions

ARS Bretagne, *Établissements de santé : l'ARS Bretagne accompagne les réorganisations et veille aux conditions de travail*, 19 octobre 2011

HAS, *Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé*, 21 octobre 2010, 48p

OMS, *Santé et bien-être sur les lieux du travail*, 1981, Prague

Rapports et études:

CHRU de Brest, 2012, *Enquête sur la qualité de vie au travail*

CHU de Dijon, 2012, *Développer un programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable*

DARES, 2013, *Les risques professionnels en 2010*, 12p

Fabrique SPINOZA, 2012, *Le bien-être au travail, vecteur de performance socio-économique*

ISNAR-IMG, octobre 2011, *Amélioration des conditions de travail des internes de médecine générale, des droits des internes à la prévention du burn-out*, 14p

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2012, *Mission Hôpital public*

COIFFARD D., secrétaire national de la Fédération CFDT Santé-Sociaux, 2012, *Les conditions de travail, agir ensemble pour des conditions de travail maîtrisées dans la FPH*, 21p

COUTY E (Président), 2013, *Le Pacte de confiance pour l'hôpital*, 72p

LACHMAN H. LAROSE C., PENICAUD M., 2010, *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, 19p

Articles de périodique :

CNRACL, octobre 2012, « Qualité de vie au travail dans la FPH : enjeux, acteurs, démarches », *Bulletin CNRACL*, 20p

CORTOT O, décembre 2005, « La satisfaction au travail », *Gestion Hospitalière*

DUTIER A, septembre 2011, « Pratique de soins et logique de gestion, le rôle médiateur des cadres de santé », *Perspectives soignantes*, n°41, p27

GHADI V. (dir), 2011, « La HAS s'engage en faveur de la qualité de vie au travail », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp.36-40

MELIN M-H (dir), 2006, « La santé au travail : un enjeu social », *Personnel*, n°473, pp. 26-51

PEOC'H N. (dir), 2012, « Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives?», *Revue hospitalière de France*, n°549, pp.28-31

VIGOUROUX P (dir), 2011, « Attractivité professionnel hospitalière et médico-sociale : comment la réussir ? », *Revue hospitalière de France*, n°540, pp.28-43

Sites internet :

ARS, Note de cadrage relative à l'élaboration de l'EPRD 2012 du FIR, (7 mai 2013), disponible sur internet : <http://ars.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE>

HAS, La qualité de vie au travail, (15 mai 2013), disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Lancement du second plan de santé, (10mai 2013), disponible sur internet : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-du-second-plan-de-sante.html>

Liste des annexes

- I. FICHE METHODOLOGIQUE**
- II. LISTE DES ENTRETIENS**
- III. GRILLE D'ENTRETIEN**
- IV. GRILLE D'ENTRETIEN ARS**

FICHE METHODOLOGIQUE

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un module interprofessionnel.

Le groupe est composé de :

- deux élèves Directeurs d'hôpital,
- trois élèves Directeurs d'Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- une élève Directrice des soins,
- deux élèves Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale,
- une élève Attaché d'administration hospitalière,
- une Attaché d'administration en formation continue.

Après une réflexion générale sur la thématique, le groupe a décidé l'organisation suivante :

- Désignation du référent logistique du groupe
- Répartition des lectures des documents et ouvrages proposés par la référente et réalisation de fiches de lecture mises ensuite en commun (envoi par mail). Des lectures supplémentaires ont complété la bibliographie initiale.
- Réflexions sur les interlocuteurs à rencontrer : en plus des interlocuteurs désignés, le groupe a souhaité interroger une psychologue du travail et un représentant du personnel d'un centre hospitalier. Définition des grilles d'entretien. Répartition des entretiens par binôme. A l'issue de chaque entretien, le rapporteur désigné du binôme a fourni à l'ensemble du groupe une synthèse de l'entretien.
- Discussion et réalisation en commun du plan.
- Répartition de la rédaction par binômes.
- Partage de l'uniformisation et de la rédaction des annexes entre les membres du groupe.

LISTE DES ENTRETIENS

Date	Etablissement	Fonction de la personne rencontrée	Noms des auditeurs
02/05	CHRU Brest	DRH adjointe	A.DAVID ; J.SOULARD
06/05	CH Saint-Malo	Représentant du personnel (Syndicat SUD)	D.DESFONDS ; E.HERVE ; A-S.RIBOUCHON
06/05	Hôpital privé de Metz	Cadre supérieur de santé	J-M.KIMENEAU
06/05	EHESP	Directeur de l'institut du management	D.DESFONDS, E.HERVE
07/05	CH Fougères	DRH	D.DESFONDS ; E.HERVE
07/05	CHRU Rennes	DRH adjointe	A.QUINTALLET ; A.HERY
13/05	CHRU Brest	Psychologue du travail	A-C.GODARD ; A.DAVID
13/05	CH Guillaume Régnier	Référent handicap et chargé de mission de maintien dans l'emploi	R.BREINLINGER ; J.SOULARD
13/05	ARS Bretagne	Chargé de mission sur le dialogue social avec les établissements de santé	J-M.KIMENEAU ; A-S.RIBOUCHON ; A-C.GODARD
13/05	CHU Tours	Professeur COLOMBAT	A.DAVID ; E.HERVE

GRILLE D'ENTRETIEN

I/ Fiche identitaire : fonction / mission/ environnement de l'établissement :

Nom

Fonction

Etablissement :

Quelle est votre conception du bien-être au travail ?

Que vous évoque la notion ?

Quels sont pour vous les enjeux liés au bien-être au travail ?

II/ climat social de l'établissement :

Quelles sont les principales problématiques rencontrées dans votre établissement ?

Comment percevez-vous le climat social dans votre établissement ?

Estimez-vous les instances et espaces de concertation suffisants dans l'hôpital public ?

Quelle serait votre réponse au déficit de confiance constatée dans les établissements ?

III/ Le bien-être au travail : état des lieux :

Diagnostic

Méthode de diagnostic du bien-être au travail/ prévention des risques psychosociaux ? (consultant, audit, ressources internes ?)

Démarches mis en place en faveur du bien-être au travail dans votre établissement ?

Quels indicateurs de diagnostic d'un mal-être au travail ?

Action :

Sur quels principes vous-êtes-vous fondés pour élaborer ces actions ?

Hiérarchisation des actions ?

Les acteurs impliqués dans la mise en place et les bénéficiaires des actions ?

Politique de formation ?

Evaluation :

Evaluation-suivi des dispositifs ?

Pouvez-vous estimer le coût de ces démarches ?

Constatez-vous un « retour sur investissement » ? Y a-t-il un effet positif ?

Comment évalueriez-vous le retour ?

Incidence du bien-être au travail sur la qualité de la prise en charge des patients ?

IV/ Perspective d'avenir :

Où s'arrête la responsabilité morale de l'employeur et où commence celle de l'agent dans son bien-être personnel au travail ? (Responsabilités respectives de l'établissement et les démarches individuelles propres à chaque agent ?)

Pistes de réflexion dans les années à venir : quelles actions à prioriser et à quel terme ?

GRILLE D'ENTRETIEN ARS

I/ Fiche identitaire : fonction / mission

Nom _____ Fonction _____

Etablissement :

Quelle est votre conception du bien-être au travail ?

Que vous évoque la notion ?

Quels sont pour vous les enjeux liés au bien-être au travail?

En quoi l'ARS Bretagne contribue-t-elle à la promotion de la santé sur le lieu de travail ?

II/ Plan régional de santé,

- Comment est mis en application l'axe du PRS dans les établissements de santé ?

Pour mémoire : priorité 1 du PSRS : Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie. La promotion de la santé réaffirme la volonté d'agir sur les déterminants de santé, et évoque les conditions de travail

- Avez-vous un axe de prévention des risques psycho-sociaux dans les CPOM?

- comment articuler les axes du PRS, les responsabilités de l'ARS envers le personnel hospitalier, et le plan régional santé au travail de la DIRECCTE?

III/ Bilan social des ES:

- Avez-vous d'autres sources d'information sur le management des personnels au sein d'un ES que le bilan social (prévention des RPS, prise en compte de la pénibilité, politique de formation et gestion du stress)?

- Prenez-vous en compte les bilans sociaux avant ces nouvelles instructions?

- Le nouveau bilan social va-t-il modifier vos relations avec les établissements de santé?

- Quelle exploitation peut être faite par l'ARS de ces bilans?

IV/autres points :

- Pensez-vous que l'ARS puisse avoir un impact sur le management interne d'un ES? A quel titre, avec quelle légitimité? Avec quels leviers? –

Quelles ont été les retours d'expérience sur les mesures d'accompagnement mises en œuvre dans le cadre des réorganisations hospitalières ?

Avez-vous eu recours au FIR ? (CLACT, GPMC)

Le bien-être au travail, où en est-on au sein de l'hôpital public ?

*Arnaud DAVID (D3S)- Damien DESFONDS (D3S)
Anne Claire GODARD (AAH) - Ellen HERVE (DS)
Amandine HERY (AAH) - Jean Marc KIMENEAU (IASS)
Alix QUINTALLET (IASS) - Régis REINLINGER (DH)
Anne Sophie RIBOUCHON (D3S) – Jeanne SOULARD (DH)*

Résumé :

Le code du travail impose aux employeurs de prendre toutes les mesures nécessaires pour s'assurer de la protection de la santé et de la sécurité des salariés. Si la prévention des risques physiques est aujourd'hui bien intégrée, la prévention des risques psycho-sociaux est une notion plus récente qui intègre désormais la notion de promotion de la santé dans son acception OMS de "complet bien-être physique, mental et social" de laquelle découle l'expression de bien-être au travail.

Au sein de l'hôpital public, univers régi par des règles spécifiques, soumis à des contraintes particulières et en perpétuelle évolution, les soignants sont exposés à des risques psychologiques particuliers essentiellement liés aux complexités des organisations et au contact avec des usagers eux-mêmes en situation de fragilité.

Plusieurs études et rapports publics ont déjà alerté le législateur qui a essentiellement utilisé le levier financier pour mettre en place des actions d'amélioration des conditions de travail des agents hospitaliers. A l'heure actuelle, la prise de conscience de la nécessité de favoriser le bien-être au travail a permis de développer des projets innovants et d'asseoir le rôle du cadre de santé comme manager de proximité au service des agents. Ces actions ne sont efficaces que si elles s'inscrivent dans une politique institutionnelle forte.

Mots clés :

Bien-être au travail – Risques psycho-sociaux – Hôpital public – Qualité de vie au travail – FPH – Management -

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs