



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

Comment concrétiser la qualité de vie au travail à l'hôpital ?

L'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou

Anne-Sophie ANBAR

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir afin de partager leur vision de la qualité de vie au travail à l'hôpital et participer ainsi à ma formation de directrice d'hôpital, les cadres de pôles, les cadres de proximité, les médecins, les soignants, les directeurs.

Je remercie tout particulièrement Marianne FRANIER, directrice des ressources humaines qui m'a confiée le sujet de la qualité de vie au travail et m'a accueillie durant ces mois de stage.

Je remercie aussi tous ces professionnels passionnés qui ont su me donner le goût du métier, Malika BROTFELD, directrice des soins, Sophie MARAVAL, directrice des affaires médicales, Stéphanie TRINIOL, chargée de la stratégie médicale et Anne LEFEBVRE, directrice du site de l'HEGP.

Je remercie enfin Alain MOURIER pour sa bienveillance et son écoute.

Sommaire

Introduction	3
1 La genèse du concept de qualité de vie au travail et ses liens avec le management à l'hôpital	9
1.1 La qualité de vie au travail est un concept large mais dont le contenu se précise progressivement	9
1.1.1 Quelle(s) définition(s) pour la qualité de vie au travail ?	9
1.1.2 Des tentatives de définition du contenu grâce à un portage politique et institutionnel de plus en plus prégnant.....	12
1.1.3 Une définition de la qualité de vie au travail par son objectif : une réponse à l'absentéisme ?	15
1.2 Qualité de vie au travail et management à l'hôpital.....	16
1.2.1 Le système hospitalier est soumis à de nombreuses contraintes organisationnelles et humaines	16
1.2.2 Le management peut être une réponse à ces contraintes et contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels	17
2 Qualité de vie au travail et management à l'épreuve d'une réorganisation : l'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou	20
2.1 Un contexte de réorganisation : la « nouvelle AP-HP »	20
2.1.1 La création du nouveau groupe hospitalier AP-HP Centre Université de Paris : une volonté de déconcentration à concrétiser	20
2.1.2 La qualité de vie au travail est remise en question dans un contexte de réorganisation	22
2.2 Etat des lieux de la qualité de vie au travail	23
2.2.1 Faire réagir les acteurs de l'hôpital sur leur vision de la qualité de vie au travail.....	23
2.2.2 Les pratiques de management innovantes.....	30
3 La qualité de vie au travail : une culture à mettre au cœur de la gestion des ressources humaines et du management.....	33
3.1 Piloter et mieux connaître la qualité de vie au travail grâce à des outils qualitatifs et quantitatifs	33
3.1.1 Etablir une gouvernance large et pérenne	33

3.1.2	Etablir un diagnostic des dispositifs existants et mesurer la qualité de vie au travail de manière régulière.....	34
3.2	Former tous les acteurs à la qualité de vie au travail	35
3.3	Favoriser les pratiques managériales innovantes	36
3.4	Valoriser les acteurs de la qualité de vie au travail.....	38
3.5	Promouvoir le soutien organisationnel.....	39
	Conclusion.....	41
	Bibliographie.....	43
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CMEL : Commission Médicale d'Etablissement Locale
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CUP : Centre – Université de Paris
CVHL : Commission Vie Hospitalière Locale
DAM : Direction des Affaires Médicales
DMU : Département Médico-Universitaire
DRH : Direction des Ressources Humaines
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
FHF : Fédération Hospitalière de France
HAS : Haute Autorité de Santé
HEGP : Hôpital Européen Georges Pompidou
HUNEM : Hôpitaux Universitaires Necker Enfants-Malades
HUPC : Hôpitaux Universitaires Paris Centre
HUPO : Hôpitaux Universitaires Paris Ouest
QVT : Qualité de Vie au Travail
RPS : Risques Psychosociaux

Introduction

« Prendre soin de ceux qui nous soignent », tel est l'objectif affiché de la stratégie nationale de santé élaborée en 2016 par le ministère de la santé. Cette ambition est forte et portée par les pouvoirs publics pour favoriser la qualité de vie au travail des professionnels exerçant au sein des établissements de santé. Mais cet objectif se heurte à la réalité. « La grève aux urgences n'en finit pas de s'étendre » souligne un article du Monde¹ pour décrire un mouvement de contestation qui dure. Malgré le déblocage exceptionnel en juin 2019 de 70 millions d'euros pour la revalorisation des rémunérations des professionnels par la ministre des solidarités et de la santé, les urgentistes déplorent leurs conditions de travail.

L'intérêt porté à la qualité de vie au travail résulte ainsi d'une curiosité envers un concept au premier abord, assez flou sur ses tenants et ses aboutissants, ses contours et son effectivité dans le monde hospitalier. L'actualité a aussi joué un rôle dans le choix du sujet. En effet, la qualité de vie au travail est une notion qui préoccupe tous les professionnels mais aussi les institutions qui cherchent à en faire un levier de performance et de qualité du travail et des soins² dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint. Mais plus encore, ce qui a pu guider ce choix est le questionnement relatif aux écarts existants entre la proclamation d'un objectif à poursuivre pour les établissements de santé et la réalité plus complexe, se présentant au travers des mouvements de grève notamment aux urgences, de l'absentéisme et des difficultés de recrutement dans les services de soins tant s'agissant du personnel médical que paramédical. Autant de défis à résoudre pour les directions des hôpitaux, et plus particulièrement pour la direction des ressources humaines. Pourquoi existe-t-il un discours politique et institutionnel aussi fort et de plus en plus prégnant et une réalité beaucoup plus floue sur les moyens et les outils, les acteurs et les niveaux de la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail et ses effets.

A la croisée des facteurs objectifs (conditions matérielles de travail) et subjectifs (relations de travail et management pour l'essentiel), des facteurs collectifs (organisations) et individuels (compétences et psychologie), la qualité de vie au travail est le résultat de l'interaction, de la complémentarité ou pas, de ces différents facteurs dans une organisation donnée. Pour autant, dans tous les discours des acteurs, certaines notions ressortent et relèvent à la fois des conditions matérielles du travail mais aussi des valeurs portées au quotidien. Il s'agit de la demande de reconnaissance du travail, de l'humanisation, du respect, de l'équité, de la bienveillance, etc. Un ensemble de valeurs consensuelles

¹ « Après trois mois de grève aux urgences, plus de 200 services touchés », Le Monde, 23 juillet 2019

² *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent*, 5 décembre 2016, Ministère des affaires sociales et de la santé

auxquelles tout le monde semble adhérer. Ainsi, la difficulté se trouve dans la concrétisation de ces valeurs au quotidien dans le travail à l'hôpital. La première piste de réflexion se trouve dès lors dans ce type de questionnement : quelles sont les conditions dans lesquelles ces valeurs peuvent s'incarner pour les professionnels exerçant dans les établissements de santé ?

Par la suite, il semblait indispensable de rechercher à définir plus précisément le concept de « qualité de vie au travail » et de voir comment cette notion s'est imposée sans remplacer d'autres concepts de gestion des ressources humaines, comme la prévention des risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail, la prévention des risques psychosociaux, etc. En effet, la particularité de ce concept tient au fait qu'il dépend à la fois du contexte dans lequel il s'inscrit, la qualité de vie au travail ne sera pas définie de la même manière dans un centre hospitalier, un centre hospitalier universitaire, une entreprise ou un service. De la même manière, il ne sera pas équivalent selon les professions concernées et leur rôle et place au sein d'un établissement. Il est par conséquent intrinsèquement mouvant selon les périodes, les établissements et les individus. La Haute Autorité de Santé note ainsi dans son guide pour la mise en place d'une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé³ que les professionnels « n'y trouveront pas de démarches clés en main, car **la qualité de vie au travail s'appréhende surtout au regard des enjeux locaux et d'une situation concrète**. Il appartient à chaque établissement de construire son propre chemin de qualité de vie au travail ». Toutefois, elle précise aussi qu'« identifier des points de repère est cependant utile avant de passer à l'action ».

En outre, les premières interactions avec les professionnels de santé ont montré que si tout le monde s'accorde sur la nécessité de favoriser la qualité de vie au travail, dans le même temps, le sujet apparaît tellement global, complexe et dépendant du ressenti de chaque individu qu'il peut décourager tant l'ampleur des actions à mener peut être vaste. L'hôpital est soumis à des tensions quotidiennes et des émotions fortes liées à la souffrance et à la mort, et provenant des patients, des familles et au sein même des équipes. Alors que ce sujet tient une place et s'avère d'une acuité toute particulière à l'hôpital, lieu du soin de l'autre, il est critiqué⁴, malmené parce que, soit souvent considéré comme inexistant ou impossible à concrétiser, soit accusé d'être instrumentalisé par l'institution pour obtenir la paix sociale ou faire accepter les plans de réduction des effectifs et d'efficience⁵.

³ *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*, Haute Autorité de Santé, Septembre 2017

⁴ Une cadre supérieure de santé s'exprimait ainsi dans un entretien sur la qualité de vie au travail : « *La qualité de vie au travail, plus on en parle, moins on en fait...* »

⁵ Sylvaine Perragin, *Le salaire de la peine. Le business de la souffrance au travail*, Seuil, collection Don Quichotte, 2019

S'approprier un tel sujet demande d'en accepter la complexité, l'aspect abstrait et les critiques qui pourront lui être adressé sur sa réalité. En outre, il peut ouvrir tellement de pistes de réflexion qu'il demande une certaine rigueur dans son étude et nécessite d'en recentrer son analyse sur quelques éléments. Le choix a été fait de se concentrer sur la partie management et les pratiques managériales favorables à la qualité de vie au travail dans le cadre de ce mémoire.

Le contexte hospitalier est particulièrement propice à la réflexion sur ce sujet ainsi qu'à la mise en œuvre de nouvelles modalités de management. D'une part, les contraintes budgétaires auxquelles sont soumis les établissements limitent les moyens pour développer les aspects matériels d'attractivité et de fidélisation des professionnels (places en crèches, logements, rémunérations), tout aussi indispensables et nécessaires à la qualité de vie au travail. D'autre part, la diversité des professionnels qui se côtoient dans une même institution rend l'exercice difficile puisque les intérêts en jeu ne seront pas les mêmes pour les infirmiers, les médecins ou les logisticiens. Enfin, l'organisation hiérarchique et bureaucratique peut entraver ou freiner le développement et le déploiement des bonnes pratiques managériales.

Au regard de ces éléments propres au contexte hospitalier, il apparaissait intéressant de se poser la question suivante : à la lumière de l'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou et du contexte de réorganisation, dans quelles mesures la prise en compte de la qualité de vie au travail vient-elle transformer les pratiques managériales et quelles sont les perspectives pour les améliorer ?

Afin de répondre, une grille d'analyse précise doit pouvoir être dressée pour structurer les différentes conséquences de la prise en compte de la qualité de vie au travail à l'hôpital. En effet, étant donné que l'appropriation par les acteurs de ce concept est récente, les outils qui vont les accompagner dans de nouvelles pratiques managériales sont en cours de déploiement⁶. En outre, un contexte de réorganisation lors du stage a pu enrichir la réflexion en dévoilant à la fois les opportunités mais aussi les menaces pour la qualité de vie au travail. Il s'agira donc de montrer que la qualité de vie au travail dépend de pratiques managériales basées sur la participation des acteurs, d'autant plus dans un contexte d'instabilité organisationnelle. Cette analyse s'appuiera sur les hypothèses suivantes :

- La prise en compte de la qualité de vie au travail permet-elle concrètement de promouvoir les bonnes pratiques managériales ?

⁶ Voir les différents guides de la HAS, de l'ANACT, de la FHF, de la DGAFP, etc.

- Les conditions de la réussite d'une politique de qualité de vie au travail sont-elles le résultat des moyens, des personnes, de la gouvernance et du portage institutionnel mis en place ?
- La qualité de vie au travail garde-t-elle une place et un rôle dans un contexte instable de réorganisation ?
- Une politique de qualité de vie au travail est-elle en mesure de modifier les pratiques des acteurs et leur mobilisation sur les questions de recrutement et de fidélisation des professionnels ?

Pour tenter de confirmer ou d'infirmer ces hypothèses, différentes disciplines et matériaux seront utilisés. Le principal domaine d'étude dans lequel s'inscrit ce mémoire est la sociologie, sera ainsi mobilisée la sociologie des organisations mais aussi les sciences de gestion et plus particulièrement des ressources humaines. La sociologie des organisations permettra d'appréhender les jeux d'acteurs et les différentes dimensions (organisationnelle, institutionnelle, professionnelle, etc.) dont il faut tenir compte dans la définition et la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail. Une partie psychologie sera aussi mobilisée dans la mesure où les risques psychosociaux mais aussi la qualité de vie au travail intègrent des éléments relevant du ressenti et du subjectif sans pour autant en évacuer les causes organisationnelles. Le croisement de ces différentes disciplines illustre bien la complexité des interactions à l'œuvre dans la question de la mise en œuvre de la qualité de vie au travail.

La méthode empirique est aussi celle de la sociologie, si l'on considère que le matériel utilisé pour répondre aux questions est largement influencé par l'observation participante ou pas, rendue possible grâce à un stage effectué à l'hôpital européen Georges Pompidou faisant parti de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'immersion au sein de cet hôpital dans un contexte de réorganisation et de fusion a pu contribuer à glaner des informations, notamment institutionnelles, ainsi qu'à pouvoir étudier le discours, le travail et le jeu des différents acteurs lors des réunions diverses et variées (comité de direction, séminaires, bureau de bloc, CHSCT, réunions d'équipes, etc.) La qualité de vie au travail et son application via le management irrigue de toute part une institution. Ainsi, l'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou est intéressant à observer à plusieurs égards. D'abord, il est le plus récent des hôpitaux parisiens, son activité se maintient bien et elle est spécialisée sur des actes médicaux pointus (exemple de la greffe du visage, de l'acquisition de deux robots chirurgicaux, d'une salle de radiologie interventionnelle). Ensuite, c'est un hôpital qui bénéficie à la fois d'une notoriété publique, cité comme la vitrine de l'AP-HP de par la modernité de son architecture monobloc et de la qualité de ses professionnels avec des médecins de renommée internationale, mais il a aussi fait l'objet

de controverses à la suite d'une affaire très médiatisée, le suicide d'un praticien sur son lieu de travail. Enfin, il fait partie d'un ensemble plus large, l'AP-HP, et subit par conséquent la lourdeur des procédures bureaucratiques associée à ce type de structure. Sa transformation dans le cadre de la « nouvelle AP-HP », détaillée dans le mémoire, questionne la qualité de vie au travail et les modalités de management.

La lecture de différents ouvrages traitant de la question de la qualité de vie au travail, du management, du bien-être au travail ont utilement complété la réflexion en apportant la perspective historique et des éléments plus conceptuels, notamment en ce qui concerne les apports du management dans la qualité de vie au travail⁷.

Par ailleurs, en stage auprès de la direction des ressources humaines, une mission m'a été confiée concernant la qualité de vie au travail. Elle a consisté à établir un diagnostic des dispositifs existants dans un contexte de réorganisation avec la fusion de trois établissements du centre de Paris (les hôpitaux universitaires de Paris Centre, les hôpitaux universitaires Necker enfants-malades, et les hôpitaux universitaires de Paris Ouest) et de définir des axes d'amélioration de la prise en charge de la qualité de vie au travail et de ses modalités de gouvernance. Dans ce cadre, de nombreux entretiens, plus d'une vingtaine, ont été effectués avec les professionnels de tous bords qui composent l'hôpital allant des cadres de pôles, aux médecins en passant par les directeurs des ressources humaines. Ils ont ainsi constitué une base de travail sur laquelle s'appuyer afin d'identifier les principes d'actions relatifs à la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail mais aussi d'identifier les pratiques managériales qui lui sont favorables. En revanche, peu d'aspects quantitatifs étayeront la réflexion et constituent un écueil de ce mémoire mais révèlent aussi les difficultés lorsque le sujet de la qualité de vie au travail est abordé, celui de son évaluation. En effet, il n'existe pas d'outil au niveau institutionnel permettant de mesurer la qualité de vie au travail. Les tentatives pour mettre en place un baromètre ayant avorté. D'autres écueils de ce travail peuvent être relevés, il s'agit de l'inscription des éléments présentés dans une démarche en cours de construction. La culture de la qualité de vie au travail reste à implanter de manière durable et pérenne, et ce plus particulièrement dans un contexte de réorganisation. De la même manière, l'analyse des documents institutionnels reste pauvre dans la mesure où ils peuvent être en cours de renouvellement tel que le projet d'établissement ou le projet social. Mais il est à noter que des documents ont tout de même pu servir aux travaux menés comme le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ou encore des documents réalisés par la direction des affaires médicales pour améliorer la gestion des professionnels médicaux, etc. La comparaison

⁷ Sous la direction de C. Dejours, *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Petite bibliothèque Payot, 2011

avec d'autres établissements hors de l'AP-HP n'a pas été conduite alors même que des expériences inspirantes sont connues et reconnues par les acteurs comme celles menées aux Hospices Civiles de Lyon⁸. Le choix a été fait de se concentrer sur le lieu de stage afin d'en tirer l'analyse la plus fine et d'éviter la dispersion déjà forte lorsque ce type de sujet est abordé.

Le présent mémoire se décompose en trois parties. Dans un premier temps, un retour sur la notion de qualité de vie au travail et les difficultés liées à sa définition conceptuelle serviront à mettre en avant les liens étroits entretenus avec le management⁹. Cette partie sera aussi l'occasion de montrer en quoi la qualité de vie au travail et le management sont d'une importance particulière au sein de l'hôpital, d'autant plus lorsqu'il connaît des réorganisations. La deuxième partie sera consacrée à la présentation de l'expérience vécue lors du stage et des éléments d'analyse qui en ressortent sur les bonnes pratiques managériales mais aussi les limites de la qualité de vie au travail. Enfin, la troisième partie permettra de déterminer quelles sont les perspectives pour renforcer la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail à l'hôpital.

⁸ Pulsations 2023, projet d'établissement des Hospices Civiles de Lyon

⁹ Au sens des relations de travail et des espaces d'expression laissés aux travailleurs permettant leur motivation et leur coopération.

1 La genèse du concept de qualité de vie au travail et ses liens avec le management à l'hôpital

Comment la qualité de vie au travail s'est-elle imposée comme un nouveau paradigme de la gestion des ressources humaines ? Peut-on la définir précisément ? Qu'apporte la qualité de vie au travail aux professionnels et aux institutions qui s'en emparent ? Si le concept de qualité de vie au travail est récent, sa définition est en outre très large. Il résulte par ailleurs de la prise de conscience par les pouvoirs publics et décideurs de la nécessité de prendre en charge de manière globale les difficultés rencontrées au quotidien par les professionnels (1.1), au-delà des conditions matérielles de travail et en tenant plus spécifiquement compte du management (1.2).

1.1 La qualité de vie au travail est un concept large mais dont le contenu se précise progressivement

Comme le relève F. Brillet, I. Sauviat et E. Soufflet dans leur ouvrage dédié à la qualité de vie au travail¹⁰ : « Si la qualité de vie au travail a largement été abordée sur le plan professionnel, **sur le plan théorique, il s'agit d'un concept encore mal stabilisé, voire dans une certaine errance conceptuelle** ». Toutefois, différentes institutions¹¹ ont cherché à définir le concept ainsi que les démarches à mener pour instaurer une qualité de vie au travail. Aussi, plusieurs approches permettent de la définir, une approche historique (1.1.1) et une approche par son contenu élaborée par les institutions (1.1.2). Un des objectifs de la qualité de vie au travail est de fidéliser les professionnels (1.1.3).

1.1.1 Quelle(s) définition(s) pour la qualité de vie au travail ?

Une définition historique

Eu égard aux difficultés pour définir précisément les contours de la notion de qualité de vie au travail, un détour par sa construction historique permet de la remettre en perspective et de comprendre quels sont les éléments structurants qui ont conduit à en faire un nouveau paradigme de gestion des ressources humaines.

Le développement d'une approche de la qualité de vie au travail débute dans les années 1960-1970 axé sur la prise en compte des conditions de travail mais principalement dans ses aspects matériels. L'action des directions de ressources humaines est dès lors orientée

¹⁰ F. Brillet, Isabelle Sauviat, Emilie Soufflet, *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*, Dunod 2017

¹¹ Notamment la HAS, l'ANACT, la FHF ou encore la DGAFP¹¹ (*Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT*, édition 2019, Ministère de l'action et des comptes publics, DGAFP, ANACT)

vers l'amélioration des conditions de travail qui résulte des éléments physiques et matériels tels que les locaux, le bruit, la chaleur, la lumière mais aussi la prévention des risques sanitaires et chimiques. La création de l'Agence nationale de l'amélioration des conditions de travail (ANACT) en 1973 et l'accord-cadre du 17 mars 1975 sur les conditions de travail mettent également l'accent sur ce champ. Pour autant, l'accord va aller au-delà des seules conditions matérielles pour intégrer l'organisation du travail ou encore le rôle de l'encadrement.

La notion de qualité de travail au service de la gestion des ressources humaines et de la performance des soins est récente. Il correspond au croisement d'une approche stratégique de l'organisation du travail qui se développe dans les années 1990-2010, mettant l'accent sur l'employabilité des salariés avec l'émergence et le développement de nouveaux risques professionnels, notamment les risques psychosociaux. Il s'agit d'une approche positive centrée sur le bien-être venant compléter une approche centrée sur les souffrances vécues par les travailleurs et visant à prévenir les risques psychosociaux.

Des facteurs de risques psychosociaux à la qualité de vie au travail, un nouveau paradigme

La prévention des risques psychosociaux est bien implantée dans les établissements. C'est un concept bien défini qui a donné lieu à l'adoption d'un cadre juridique et l'identification des acteurs en charge de sa mise en œuvre. Il s'illustre notamment par le document unique de prévention des risques professionnels (DUERP) qui recense tous les risques auxquels sont confrontés les professionnels selon plusieurs catégories.

Trois grandes catégories de facteurs de risques psychosociaux sont identifiées :

- les facteurs de risques d'origines organisationnelle, managériale et relationnelle (intensité du travail et temps de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie et de marges de manœuvre, mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, la souffrance éthique, l'insécurité de la situation de travail) ;
- les facteurs de risques d'origine individuelle et personnelle (la satisfaction des besoins de l'individu au travail, la superposition des identités professionnelles, personnelles et sociales) ;
- les facteurs de risques d'origine socio-professionnelle (l'absence de régulation ou de médiation socio-professionnelle, les changements majeurs d'ordre personnel).

Tous ces facteurs induisent des risques psychosociaux qui se traduiront par une dégradation de l'état mental et psychique des individus qui subiront du stress ou pire de la violence qu'elle soit le fait d'autres personnes (de l'équipe, des usagers) ou de l'institution.

Cette violence pourra également être une traduction de ce mal-être. En effet, Christophe Dejourné dans son ouvrage, *Conjurer la violence, travail, violence et santé*, met en exergue les mécanismes qui conduisent à la violence dans le milieu du travail. Il inscrit cette problématique dans l'ère contemporaine et l'apparition du chômage de masse mettant en péril l'identité des individus dont le travail reste un facteur essentiel. Il souligne ainsi que « dans le monde du travail, les transformations importantes de l'organisation du travail via les nouvelles technologies, la flexibilisation de l'emploi, les méthodes d'évaluation individualisée des performances et les certifications de qualité génèrent aussi de nouvelles formes de souffrance et de pathologie mentale ». Dès lors, il explique que le travail permet aux individus de maintenir un équilibre psychique : « le rapport au travail joue un rôle déterminant dans la construction, tout aussi bien que dans la dégradation de la santé. C'est la thèse dite de la centralité du travail par rapport à la construction de la santé ». Le travail n'est pas seulement un moyen de subsistance mais participe aussi à l'intégration des individus dans une société. Il offre les symboles identitaires nécessaires à l'équilibre psychique : reconnaissance, sens du travail fait et bien fait, liens avec les autres. Les individus en souffrance au travail sont dès lors fragilisés personnellement. Le désengagement et la maladie (maladies cardio-vasculaires, dépression, anxiété, suicide) peuvent être des conséquences de cette souffrance.

Ainsi, l'accès et le maintien dans l'emploi deviennent un enjeu des négociations sociales à partir des années 1980 jusque dans les années 2000. De nombreuses négociations ont lieu autour des problématiques de stress au travail, qui fait l'objet de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 2 juillet 2008. C'est dans les années 2000, avec notamment les suicides médiatisés de France Télécom¹² que culmine la vision du travail comme facteur de fragilisation psychique des individus dans des contextes de restructuration. Les auteurs Bourdu, Pérétie et Richer en 2016 ont parlé d'une « conception doloriste » du travail. Lors de cette période, les directions des ressources humaines doivent travailler à la détection et à la prévention des risques psychosociaux.

Mais un tournant s'opère à partir des années 2010. Le rapport Lachmann, Larose et Pénicaud¹³ montre que le bien-être au travail est un facteur d'efficacité. Au-delà de la prévention des risques, il convient de favoriser une dimension positive du travail. Cette approche aboutit à l'institutionnalisation de la QVT par l'ANI du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle. Cet ANI donne une première définition et consacre l'acronyme QVT : « la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même

¹² 39 personnes retenues en qualité de victimes dans la période allant de 2007 à 2010, source : *France Télécom, instants d'audience*, Le Monde, juillet 2019

¹³ *Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, Lachmann, Larose, Pénicaud, rapport fait à la demande du Premier ministre, février 2010

intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et les performances globales des entreprises, d'autant plus que leurs organisations se transforment ». Cette approche est le point de départ d'une abondante réflexion de la part des institutions afin de donner un contenu à la notion de qualité de vie au travail et de guider les acteurs dans leurs démarches.

1.1.2 Des tentatives de définition du contenu grâce à un portage politique et institutionnel de plus en plus prégnant

De nombreux acteurs se sont emparés du sujet de la qualité de vie au travail à l'hôpital, allant des ministres de la santé, des fédérations professionnelles aux organismes indépendants comme la Haute autorité de santé. Cette diversité enrichit les outils et les préconisations en direction des personnes en charge de la mise en œuvre de la qualité de vie au travail. Ces repères institutionnels cherchent ainsi à donner un cadre au travail des acteurs.

La Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail portée en 2016 par la ministre des affaires sociales et de la santé¹⁴ donne une vision aux professionnels des enjeux et des objectifs dans le monde hospitalier. Les mots de l'introduction l'expriment en soulignant qu'il « convient de passer à une nouvelle étape et de repenser dans sa globalité la qualité de vie au travail, pour la placer au cœur de nos organisations et en faire un fondement indispensable à l'atteinte des objectifs de l'hôpital, en termes de qualité des soins et de performance sociale ». Cette stratégie se décline en trois axes :

- « Axe 1 : Donner une impulsion nationale, pour porter une priorité politique
- Axe 2 : Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien
- Axe 3 : Accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux »

Ces axes sont ensuite déclinés en engagements. L'engagement n°6 et n°9 sont particulièrement intéressants puisqu'ils replacent les équipes et les expérimentations au cœur de la qualité de vie au travail. Ainsi, il s'agit pour l'engagement n°6 de « Redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes » et l'engagement n°9 de « Mieux accompagner les cadres dans les activités de management ». Ce qui ressort de ces engagements est la priorité donnée au

¹⁴ *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent*, Ministère des affaires sociales et de la santé, décembre 2016

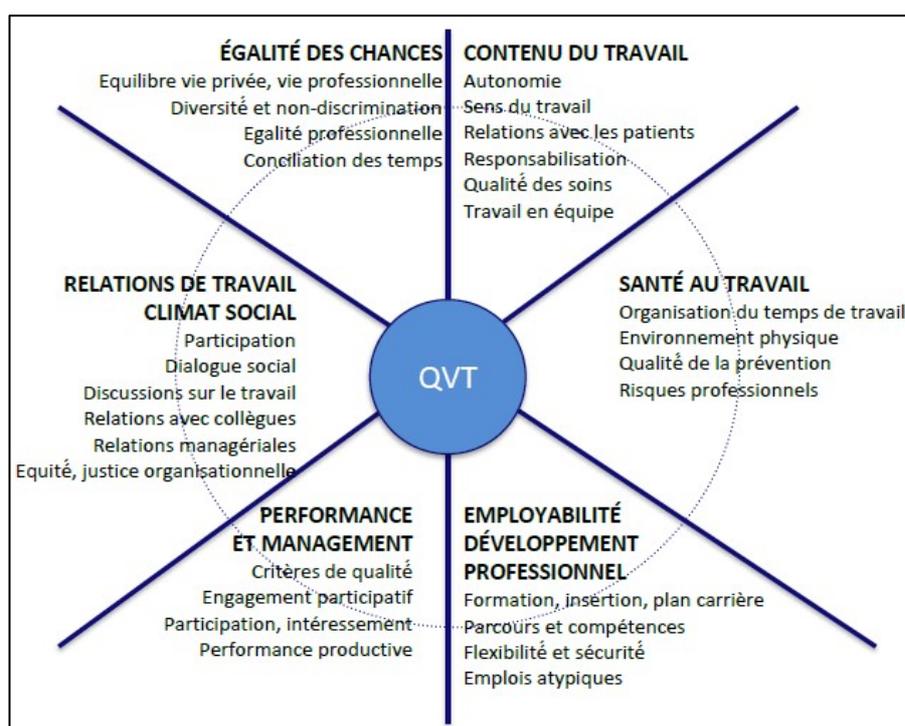
management en tant qu'organisation de l'expression des individus sur leur travail et contribution aux dynamiques d'équipe.

Afin de poursuivre cette stratégie nationale, la ministre des solidarités et de la santé a installé l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Les missions de cet observatoire sont¹⁵ :

- de produire des contributions opérationnelles permettant d'aider les professionnels à améliorer leur pratique en terme de qualité de vie au travail, tant à titre individuel que collectif ;
- de rassembler toutes les connaissances sur le sujet, de les partager et de les diffuser largement, notamment par l'organisation d'un colloque annuel.

Une définition du contenu a aussi été produite par la HAS illustrée par la célèbre boussole QVT ci-dessous :



Source : La boussole Qualité de vie au travail. Un outil pour fixer le cap. HAS-ANACT, septembre 2017

Cette boussole ou parfois fleur cherche à représenter les divers champs relatifs à la qualité de vie au travail (six au total) sur lesquels doivent agir les acteurs. Le premier constat est la diversité des thèmes abordés allant de l'égalité des chances, en passant par les relations de travail et le climat social aux questions de performance et de management. Cette diversité rend le concept à la fois riche mais aussi difficile à manier pour les acteurs des

¹⁵ Communiqué de presse du Ministère des solidarités et de la santé, Qualité de vie au travail : Agnès Buzyn installe l'observatoire national pour la qualité de vie au travail des professionnels de santé, 2 juillet 2018

ressources humaines. De plus, les sous-thèmes qui les composent sont aussi compliqués à évaluer comme « l'engagement participatif », « les relations avec les collègues », « l'équité et la justice organisationnelle ». Pour autant, c'est « un outil pour fixer le cap ». Ainsi, ce sont des objectifs à poursuivre, ce qui implique des démarches pour aller dans un sens favorable au développement de ces différents critères qui composent la qualité de vie au travail.

Un autre pas en avant vers la concrétisation et l'opérationnalité de la qualité de vie au travail a consisté à en faire **un critère du processus de certification de l'HAS**. Aussi dans ce cadre, et piloté par les directions de la qualité au sein des établissements, les équipes doivent être mobilisées sur ce thème et rendre des comptes. Un plan d'action doit définir les thématiques sur lesquelles les directions des ressources humaines (DRH) et directions des affaires médicales (DAM) doivent se mobiliser durant l'année.

Enfin, les différents guides élaborés par les acteurs, telles que la Fédération Hospitalière de France (FHF), la HAS-ANACT et la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP) tracent les grandes lignes d'une démarche QVT. **La QVT se matérialise dès lors comme une culture à diffuser. C'est à la fois un objectif et un chemin à poursuivre pour les professionnels qui doivent s'en emparer et l'adapter au terrain.** Ainsi, la HAS note que l'installation d'une culture de la qualité de vie au travail passe par un changement profond dans la posture des différents acteurs. Elle explique aussi que la qualité de vie au travail est le corollaire de l'investissement dans un management qui soutient le collectif et l'individu. En revanche, les aspects matériels sont considérés comme importants (primes, logements, places en crèche) mais ne sont pas suffisants. Ce n'est qu'un élément de la qualité de vie au travail qui est bien plus large que les accessoires qui peuvent être proposées au sein d'une institution. Pour autant, nous verrons que dans le discours des acteurs, ces éléments tiennent légitimement une large place, les professionnels revendiquent souvent l'accès à ce type d'avantages qui facilitent leur quotidien.

La qualité de vie au travail est un concept en construction. Les recherches et la profusion des documents prouvent qu'il n'est pas stabilisé mais très présent dans les discours. Il s'agit de le diffuser le plus largement possible auprès des professionnels en dessinant les lignes conductrices tout en laissant des marges de manœuvre propres à la diversité des terrains où la concrétiser pour l'adapter au mieux aux contraintes.

Au-delà de la performance et de l'efficacité, il apparaît que la qualité de vie au travail doit permettre de répondre à des problématiques propres à l'univers hospitalier et notamment le besoin d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé.

1.1.3 Une définition de la qualité de vie au travail par son objectif : une réponse à l'absentéisme ?

Désengagement, absentéisme, postes vacants, remplacement, heures supplémentaires, primes pour le présentéisme, etc. Tous ces vocables utilisés de manière fréquente et quotidiennement par tous les professionnels de santé démontrent les défis liés à l'absentéisme et les conséquences auxquels sont confrontés tous les établissements de santé, et ce tant pour les professionnels non médicaux, que médicaux. Même si le lieu de stage connaît un absentéisme de 8% environ, moins élevé que la moyenne nationale qui s'élèverait à 11%¹⁶, il n'en demeure pas moins que cette question est celle qui est posée tous les jours par les services de santé, à savoir si l'équipe sera au complet pour effectuer l'activité.

Trois types d'absentéisme peuvent être distingués¹⁷ :

- l'absentéisme structurel lié à la démographie de l'organisation. C'est un absentéisme incompressible mais prévisible.
- L'absentéisme conjoncturel résulte de la maladie des salariés ou des suites d'un accident qu'ils subissent au travail ou dans leur vie privée. L'organisation peut agir à ce niveau, notamment par les efforts faits en matière de prévention des accidents du travail. C'est certainement en l'état ce type d'absentéisme qui aujourd'hui donne lieu aux actions de prévention les plus développées dans le secteur de la santé.
- L'absentéisme dysfonctionnel résulte de la lassitude et de la démotivation du salarié. C'est sur cette forme d'absentéisme que l'organisation peut agir par des actions de prévention qui relèvent davantage du management.

La qualité de vie au travail peut être une réponse au mal-être des professionnels et un moyen de fidélisation grâce à l'investissement des établissements sur le sujet, plus particulièrement s'agissant du dernier type d'absentéisme.

¹⁶ Hospimédia, *Une enquête se penche sur les modalités de gestion de l'absentéisme à l'hôpital*, mai 2019

¹⁷ Sous la direction de Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Ollivier R., *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, 2018

1.2 Qualité de vie au travail et management à l'hôpital

Au-delà du fait que la qualité de vie au travail entre en résonance avec la qualité des soins, cœur de métier de l'hôpital, il s'avère que l'hôpital est aussi un lieu de fortes interactions entre professionnels de divers univers dans un contexte contraint sur le plan budgétaire et soumis à des réorganisations (1.2.1). Le management apparaît dès lors comme un moyen d'améliorer la qualité de vie au travail en apportant des réponses aux différentes contraintes (1.2.2).

1.2.1 Le système hospitalier est soumis à de nombreuses contraintes organisationnelles et humaines

Un système ouvert sur les contraintes externes

Les établissements de santé se caractérisent par leur système ouvert et en contact direct avec les usagers. Ils sont dès lors confrontés aux contraintes externes de leur environnement. Ainsi, ils font face à des afflux de patients lors des périodes d'épidémie, de canicule, de raréfaction des médecins libéraux. Lors des périodes hivernales, la mise à l'abri des personnes et familles sans abris vient pallier la défaillance des services d'hébergement. Cet accueil du public fragilise des conditions de travail déjà difficiles lorsqu'il est accompagné d'incivilités et de violences¹⁸.

Une pénurie de soignants

Le contexte de pénurie de soignants, tel qu'il m'a été possible de l'observer durant mon stage, entrave le travail quotidien des équipes confrontées à une surcharge de travail ou aux difficultés de remplacement. Le turn-over ou l'absentéisme fragilisent aussi les équipes et en conséquence le soin aux patients. Dans ce cadre, les relations de travail et le management apparaissent comme des leviers afin de renforcer des équipes déjà fragilisées en fidélisant les personnels déjà en place. La qualité de vie au travail et l'ambiance de travail sont au cœur d'une dynamique vertueuse : si les professionnels se sentent bien, reconnus et soutenus par leur hiérarchie et l'institution, alors ils vont s'impliquer plus fortement et sur la durée. A l'inverse, le désengagement entraîne les absences inopinées, les reports de charge de travail sur le reste de l'équipe et au final le délitement des relations humaines et du sens donné au travail.

¹⁸ Selon le rapport de l'Observatoire des violences en milieu de santé publié le 23 juillet 2019, les violences ont augmenté de +6% en un an. Les soignants sont victimes d'insultes ou de menaces.

Des conditions de travail éprouvantes

L'environnement hospitalier est par nature soumis à des risques psychosociaux forts. Au-delà des horaires atypiques, comme le travail de nuit, les professionnels sont confrontés de manière quotidienne à la souffrance et la mort. L'intensité émotionnelle ainsi que la responsabilité exceptionnelle qui découlent de cette confrontation font peser sur chacun d'entre eux des risques psychologiques évidents. Le contact avec les patients peut apporter beaucoup de reconnaissance mais la grève aux urgences, déclenchée après l'agression d'un infirmier, montre aussi que leur sécurité quotidienne sur leur lieu de travail peut être menacée. La pénibilité physique s'ajoute à ces stress psychologiques : postures debout et piétinements, charges lourdes selon les équipements utilisés pour les examens.

Des réorganisations et des demandes d'efficience

Les demandes d'efficience adressées aux établissements publics de santé peuvent induire des réorganisations. En effet, les contraintes économiques pèsent sur les établissements qui doivent réorganiser leurs services afin de baisser leurs dépenses fixes ou d'optimiser les ressources par rapport à l'activité. Ainsi, les transformations visent à mettre en cohérence les besoins avec les moyens. Les réorganisations ne poursuivent pas seulement un objectif d'économie en favorisant les mutualisations et les synergies. Apporter des réponses aux nouvelles demandes sociétales est aussi nécessaire, comme la coordination des parcours patient, le développement des liens ville-hôpital, la réduction des temps d'hospitalisation avec l'amélioration de la prise en charge en ambulatoire.

1.2.2 Le management peut être une réponse à ces contraintes et contribuer à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels

Selon le dictionnaire Larousse, le management se définit comme « l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise ». Il peut s'agir du management d'entreprise ou d'équipe, du management stratégique ou opérationnel, à un niveau macro ou micro.

La qualité de vie au travail doit pouvoir être prise en compte à tous les niveaux macro, meso et micro comme le recommande la FHF¹⁹ :

¹⁹ *Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus*, rapport de la Fédération Hospitalière de France, 2018

Niveau MICRO		Niveau MACRO	
AUTONOMISER LES ÉQUIPES ET LES RENDRE ACTRICES DE LEUR ENVIRONNEMENT		FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ ET UN ENJEU DE COHÉRENCE AVEC LA POLITIQUE NATIONALE	
PRÉREQUIS 1 ▶ Préconisation 1 ▶ Préconisation 2	Rendre les équipes autonomes 10 Promouvoir les espaces de discussion sur le travail 10 Favoriser les démarches participatives de résolution de problème et d'amélioration de la qualité par les équipes 12	PRÉREQUIS 7 ▶ Préconisation 13 ▶ Préconisation 14	Parvenir à un consensus national sur le nécessaire équilibre entre qualité des soins, qualité de vie au travail et efficacité économique 20 Clarifier la « feuille de route » assignée aux établissements et à leurs responsables 21 Réaliser une étude d'impact sur la QVT de toutes les mesures législatives 21
PRÉREQUIS 2 ▶ Préconisation 3 ▶ Préconisation 4	Faire du manager de proximité le support d'équipes autonomisées 13 Encourager les modes de management agile 13 Institutionnaliser un temps d'échange annuel individuel pour l'ensemble des professionnels 13	PRÉREQUIS 8 ▶ Préconisation 15 ▶ Préconisation 16	Développer la culture managériale 21 Décloisonner les formations 21 Développer la recherche-action en matière de QVT 22
PRÉREQUIS 3 ▶ Préconisation 5	Valoriser les compétences 14 Développer une politique de formation en interne portée par les professionnels 14	PRÉREQUIS 9 ▶ Préconisation 17 ▶ Préconisation 18	Garantir la confiance des pouvoirs publics 22 Positionner les Agences Régionales de Santé en accompagnement 22 Conforter les stratégies locales de conciliation et ne recourir à la médiation que sous réserve de l'accord des parties et dans le respect des principes de neutralité et de confidentialité 23
Niveau MESO		PRÉREQUIS 10 ▶ Préconisation 19 ▶ Préconisation 20	
FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ DE LA POLITIQUE RH DES ÉTABLISSEMENTS		Donner une visibilité sur l'évolution du système de santé et de son environnement réglementaire et tarifaire 24 S'engager dans l'élaboration d'un livre blanc sur l'évolution à cinq ans de notre système de santé 24 Simplifier pour redonner du temps et de la capacité d'initiative aux professionnels 24	
PRÉREQUIS 4 ▶ Préconisation 6	Partager les objectifs de l'institution 10 Mener une réflexion éthique 15		
PRÉREQUIS 5 ▶ Préconisation 7 ▶ Préconisation 8 ▶ Préconisation 9 ▶ Préconisation 10	Formaliser la politique de QVT 17 Rendre lisible l'engagement des établissements et des Groupements Hospitaliers de Territoire en faveur de la QVT 17 Associer l'ensemble des acteurs à cet engagement 17 Décliner cet engagement dans la politique RH 17 Prévenir, identifier, et prendre en charge les risques psycho-sociaux 18		
PRÉREQUIS 6 ▶ Préconisation 11 ▶ Préconisation 12	Promouvoir au niveau institutionnel les modes de management favorables à la QVT 19 Favoriser le « servant leadership » 19 Reconnaître et accompagner le management médical 19		

Mais c'est bien au niveau micro que le management comme conduite d'équipe est mis en valeur. « Autonomiser les équipes et les rendre actrices de leur environnement » est considérée comme la recommandation à suivre. Plusieurs préconisations l'accompagnent pour la mettre en œuvre, telles que faire du manager de proximité le support d'équipes autonomisées. Nous verrons comment cela est possible à mettre en œuvre concrètement, et quelles en sont les conditions.

Des types de management favoriseraient la qualité de vie au travail

L'investissement affectif dans le travail est un rempart contre le désengagement et le manque d'implication. La littérature consacrée au sujet du management des individus explique que des postures d'encadrement et une culture organisationnelle favorables à la qualité de vie au travail sont possibles et souhaitées. Ainsi, le soutien organisationnel pourrait se matérialiser sous deux formes, via le contrat psychologique et la posture du « servant leadership »²⁰.

Le contrat psychologique considère les obligations réciproques basées sur les promesses implicites ou explicites dans une relation d'échange entre un employé et une organisation²¹. La psychologie des individus est mise à contribution afin de renforcer leur engagement. Il s'agit de mettre en place une relation gagnant-gagnant. Les bénéfices qu'ils peuvent retirer

²⁰ Sous la direction de Louazel M., Mourier A., Ollivier E., Ollivier R., *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, 2018

²¹ Rousseau D.M, 1989, « Psychological and Implied Contracts in Organizations », *Employee Responsibilities and Rights Journal*, vol.2, p. 121-139

de l'exercice de leurs missions mais aussi les ressources mises à disposition par l'organisation sont des gages de performance. La direction des ressources humaines et la direction des affaires médicales mettent alors en place des formations, des promotions professionnelles, valorisent l'information, l'écoute et la reconnaissance en se mettant au service des personnels. Toutes ces actions doivent contribuer à rendre le soutien organisationnel le plus concret possible. En échange et selon le principe de réciprocité, plus la personne ressentira une implication élevée de l'organisation dans la recherche de son bien-être, plus elle s'investira en retour. Ce principe est aussi valable dans les relations interpersonnelles entre le supérieur hiérarchique et les membres de son équipe. Plus l'écoute des besoins des agents sera forte, plus leur investissement le sera.

La posture du « servant leadership » est, selon Daniel Belet, « un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management »²². Il explique que « le leadership du serviteur » ou le « leadership par le service » est fondé sur un paradoxe en associant la notion de leadership et celle de service. En effet, le leadership, un terme emprunté à l'anglais, définit la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus ou organisations dans le but d'atteindre certains objectifs. On dira alors qu'un leader est capable de guider, d'influencer et d'inspirer. La conception traditionnelle de ce rôle l'inscrit dans des structures hiérarchiques et centralisées dans lesquelles sont valorisées la nature « héroïque » du leader.

Cette conception a peu évolué au cours du temps avec un accent mis sur les traits de personnalité et sur les compétences. Ces aspects restent essentiels. Mais Daniel Belet tient à souligner les philosophies alternatives et innovantes en matière de leadership qui ont émergé. Il cite le concept « d'organisation apprenante », celui de « l'intelligence émotionnelle » et enfin celle de « servant leadership ». Ce dernier est fondé sur la notion de service de la part des responsables hiérarchiques vis-à-vis de leurs collaborateurs. Le contrôle et la supervision sont substitués par l'écoute, le conseil et le soutien pour faire émerger les solutions de la part des membres de l'équipe. Il s'agit d'appliquer les principes de l'*empowerment*²³ au management en donnant le pouvoir de proposer des solutions ou d'améliorations. Dans cette optique, le manager intègre les contraintes de l'environnement de ses collaborateurs et leur octroie sa confiance pour remédier aux difficultés rencontrées.

Ce détour par les types de management est utile en ce qu'il permet de se poser la question de savoir s'ils peuvent être concrètement mis en œuvre à l'hôpital.

²² BELET D., « Le « servant leadership » : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management », Association de recherche et publication en management, Gestion 2000, 2013, p. 15 à 33

²³ L'*empowerment* est un terme anglais qui signifie donner du pouvoir. Il consiste à octroyer davantage de pouvoir à des individus ou groupes pour agir sur les conditions sociale, économiques ou politiques auxquelles ils sont confrontés

2 Qualité de vie au travail et management à l'épreuve d'une réorganisation : l'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou

La qualité de vie au travail et le management sont soumis aux évolutions des organisations. Le contexte du stage a permis d'analyser la teneur et le contenu des actions mises en place pour favoriser la qualité de vie au travail (2.1) mais aussi d'interroger les opportunités, les menaces et les risques qui pèsent sur elle lors d'une réorganisation (2.2). Un focus sera fait sur les pratiques de management innovantes identifiées, leur présentation étant de nature à inspirer la politique de qualité de vie au travail à promouvoir (2.3).

2.1 Un contexte de réorganisation : la « nouvelle AP-HP »

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) est un centre hospitalier universitaire (CHU) à dimension internationale et le premier centre hospitalier d'Europe. Son budget s'élève en 2018 à 7,5 Md€, dont 4,4 Md€ sont consacrés aux dépenses de personnel, soit environ 60%.

Composé jusqu'en 2019 de trente-neuf hôpitaux regroupés en douze groupes hospitaliers (GH) liés à des universités franciliennes, il s'est engagé dans un mouvement de concentration avec le passage de douze à six groupes (2.1.1). L'organisation médicale a également évolué avec le nouveau concept de « départements médicaux universitaires » (DMU) en remplacement des pôles. Le lieu du stage, l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP) faisant parti du groupe Hôpitaux Universitaires de Paris Ouest (HUPO) était impliqué dans cette démarche de regroupement qui induit des effets sur la qualité de vie au travail (2.1.2).

2.1.1 La création du nouveau groupe hospitalier AP-HP Centre Université de Paris : une volonté de déconcentration à concrétiser

Le nouveau groupement hospitalier AP-HP. Centre - Université de Paris (CUP) est né le 1^{er} juillet 2019. Dès 2018, la phase de préfiguration de cet établissement avait été enclenchée avec la nomination des directeurs préfigureurs. La concentration visait trois établissements renommés du centre de Paris : les Hôpitaux Universitaires de Paris Centre (HUPC) comprenant Cochin, Port Royal, Broca, la Collégiale, les Hôpitaux Universitaires de Paris Ouest (HUPO) avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), Corentin-Celton et Vaugirard, et enfin les Hôpitaux Universitaires Necker Enfants Malades (HUNEM), seul site qui n'avait pas connu de regroupements précédemment.

Données 2019 sur le groupe :



Au-delà de la concentration des établissements, la politique menée vise à octroyer plus d'autonomie aux nouveaux groupements nés de ces fusions. En effet, l'AP-HP a pour particularité d'être un établissement public unique dont le siège pilote les hôpitaux membres. Dès lors, une forte centralisation de la prise de décision était déplorée par les professionnels. Lors des entretiens, les acteurs tenaient un discours paradoxal entre une demande d'unicité de l'entité et des critiques adressées au siège comme étant trop éloigné du terrain. La réorganisation vise par conséquent à favoriser le principe de subsidiarité en laissant plus de marges de manœuvre aux directions générales des nouveaux regroupements en matière de ressources humaines et de gestion financière. Les contours de ce qui sera délégué et de ce qui restera centralisé sont encore à déterminer de manière précise.

L'AP-HP est emblématique d'une administration où la hiérarchie et la centralisation des décisions restent très présentes pour tous les corps de métiers.

2.1.2 La qualité de vie au travail est remise en question dans un contexte de réorganisation

Cette réorganisation a deux types de conséquences organisationnelle et décisionnelle.

Tout d'abord, elle nécessite une réflexion et la mise en œuvre d'actions pour accompagner le personnel vers les nouvelles modalités de travail induites. En effet, les directions fonctionnelles sont désormais en charge de trois établissements aux budgets et organisations du travail différents. Le travail de coordination est dès lors très important. De la même manière, les pratiques diffèrent d'un groupe à l'autre, ce qui entraîne des comparaisons et un besoin d'uniformisation. Ensuite, la chaîne de décision est aussi modifiée. Les directeurs fonctionnels doivent travailler en réseaux et les arbitrages sont dévolus à la fois aux directeurs de site et aux directeurs généraux. Cette évolution entraîne parfois un brouillage dans la chaîne hiérarchique.

Dans ce contexte, les dynamiques d'équipes se transforment également. Le changement provoque des résistances qu'il convient d'accompagner. Ainsi, les directeurs et autres membres des équipes doivent se rencontrer régulièrement pour instaurer des relations de confiance.

Le contexte de transition durant lequel j'ai effectué mon stage m'a permis d'observer les réunions de coordination de la direction des ressources humaines notamment. Ces dernières se tenaient toutes les semaines dans des formats différents : restreint et élargi. Elles étaient indispensables pour contribuer au travail en commun alors même que les équipes étaient mises sous tension avec une perte des repères et une instabilité.

La volonté de la direction générale de l'AP-HP était d'accompagner ces évolutions en mettant l'accent sur la qualité de vie au travail. Pour autant, de nombreuses difficultés ont été rencontrées. D'une part, d'un point de vue humain, les ressources disponibles pour traiter de la question étaient réduites. En effet, la grève aux urgences a eu pour conséquence de mobiliser fortement la direction des ressources humaines que ce soit au niveau central mais aussi déconcentré. Ainsi, un effet conjoncturel est venu s'ajouter à un effet plus structurel de difficulté de pilotage de la question de la qualité de vie au travail dans un ensemble aussi large. D'autre part, les moyens budgétaires sont également en réduction. La prise en charge de la question demande dès lors des facultés de créativité et d'innovation afin d'agir sans augmenter les moyens financiers, pourtant nécessaires au développement des actions.

Toutefois, pour répondre concrètement à la question de la qualité de vie au travail, il fallait pouvoir expertiser ce qui existe déjà sur le terrain. C'est dans cette perspective que le directeur des ressources humaines m'a confiée la mission de rencontrer les cadres de pôles, des cadres de proximité, des médecins et des directeurs afin de les faire réagir sur leur vision de la qualité de vie au travail, les outils existants et les perspectives.

2.2 Etat des lieux de la qualité de vie au travail

Au-delà de l'identification des outils et dispositifs mis en place pour améliorer la qualité de vie au travail, l'intérêt de ce travail d'état des lieux a été de faire réagir les acteurs sur le sujet. La particularité de l'hôpital tient à la diversité des corps de métiers qui le compose. Pour autant, si les entretiens ont montré que la maturité du sujet n'est pas la même pour tous (2.2.1), les acteurs s'accordent à faire du management une priorité (2.2.2).

2.2.1 Faire réagir les acteurs de l'hôpital sur leur vision de la qualité de vie au travail

Le point de départ de la mise en œuvre d'un plan d'actions est l'élaboration d'un diagnostic précis sur les ressources présentes. Pour ce faire, une vingtaine d'entretiens²⁴ ont été menés. La méthodologie retenue était un entretien semi-directif avec une question principale : « que pensez-vous de la qualité de vie au travail et quelles peuvent être les perspectives ? ». Des cadres de pôles, cadres de proximité, médecins et directeurs des ressources humaines ont été rencontrés. Il en ressort plusieurs éléments détaillés ci-dessous. Les éléments principaux sont l'hétérogénéité des pratiques ainsi que la différence de maturité de la prise en charge de la question selon les corps de métier.

Les médecins et la qualité de vie au travail : un sujet récemment prise en charge

L'hôpital européen Georges Pompidou est malheureusement le lieu de l'événement dramatique ayant conduit à faire de la qualité de vie au travail un sujet important pour la communauté médicale. Très médiatisé, le suicide du Professeur Mégrien sur son lieu de travail a mis en exergue une série de dysfonctionnements ayant conduit au pire²⁵. A la suite

²⁴ Liste des personnes rencontrées pour un entretien en annexe 1

²⁵ Rapport IGAS de 2016 qui n'a pas été rendu public : « *HEGP : analyse d'un conflit entre hospitalo-universitaires au sein du CMPCV et évaluation de sa gestion* » pour des raisons de confidentialité de données relevant de l'intimité de la vie privée du défunt

de cet événement, l'IGAS a formulé des recommandations²⁶ pour prévenir les risques psychosociaux des médecins. A l'hôpital européen Georges Pompidou, ces recommandations ont été mises en œuvre sous la forme de deux dispositifs : le plan RH-PM porté par la DAM et la commission de situations à risque, émanation de la commission de la vie hospitalière (CVH).

Le plan RH-PM vise à s'inspirer des pratiques existantes pour les personnels paramédicaux en instaurant des outils de management propres à la communauté médicale comme les entretiens d'évaluation. Une journée dédiée à la qualité de vie au travail est également organisée chaque année. D'autres outils sont proposés comme le coaching pour le management d'équipe.

La commission de gestion des situations complexes est une instance de médiation. Des médecins avec des fonctions représentatives, président de la CVH et vice-président, président de la CME, des services concernés et la direction des affaires médicales, échangent sur des situations individuelles qui nécessitent un traitement particulier en cas de conflits dans les services.

Pour le président de la CME, il résulte de la mise en œuvre de ces différentes mesures depuis quatre années des effets favorables : « les relations ne sont pas plus mauvaises. En revanche, il y a une reconnaissance et une libération de la parole qui n'existaient pas il y a quatre ans ou dix ans. Ce ne sont pas les mêmes comportements. Ce qui est une très bonne chose. C'est une libération et les gens s'expriment plus. Il n'y a pas plus de douleur, mais elle se dit plus tôt et plus vite. Ce n'est pas la température qui a changé mais le thermomètre. On dit plus les choses. Je parle pour les médecins ».

Il constate que : « la qualité de vie au travail c'est comme le bonheur, on s'en rend compte quand on est dans le malheur. C'est comme la santé, on ne pense pas à sa tête quand on a pas mal la tête. Quand tout va bien c'est naturel, c'est quand on ne l'a plus que l'on ressent un besoin de qualité de vie au travail ».

S'il considère que de nombreuses avancées ont eu lieu sur la gestion des personnels médicaux, il reste de nombreux chantiers à mener. Ainsi, il s'exprime dans ces termes : « est-ce que les outils ont été mis en place ? J'ai tendance à penser que oui. Le plan RH-PM, dont on a fait grand cas, a permis d'améliorer la prise en compte de tous ces aspects. On a le thermomètre, on peut traiter la température. Le diagnostic est fait. Le côté traitement l'est moins ».

²⁶ DESAILLY-CHANSON M-A., SIAHMED H., *Etablissements de santé Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques*, Rapport IGAS, 2016

De son point de vue, les efforts doivent désormais porter sur deux domaines : le management et les perspectives de mobilité dans la carrière des médecins. Les contraintes budgétaires sont intégrées dans le discours. Il déclare ainsi : « sur le côté financier, crèches, parking, ça ne nous appartient pas. En revanche on peut améliorer les situations interpersonnelles et la détection des situations à risques pour les traiter. Quand la situation est coincée la mobilité peut être une solution ». Il suggère dès lors de favoriser des parcours professionnels avec des mobilités choisies tout en soulignant les obstacles qui s'y opposent : « la mobilité imposée, inter-site ou inter-fonction, dans notre système c'est pratiquement impossible. Une notion supplante les autres : l'appartenance à une équipe. Si on impose de changer d'hôpital ou de région, cela rend l'organisation d'une équipe quasi-impossible. C'est différent du métier administratif où il peut y avoir des missions dans différentes directions. Chez les médecins, une technicité est nécessaire, une fois que l'on est engagé dans une spécialité, on ne peut plus y déroger. J'ai des amis avocats qui changent selon les spécialités en vogue. Chez les médecins ce n'est pas possible d'être mobile. On pourrait imaginer une nouvelle formation pour que les médecins fassent autre chose ? ».

Il déplore les modalités de sélection des chefferies, des pôles et des DMU en expliquant : « dans les sélections, il n'y a souvent pas d'avis de professionnels du management sur les qualités de manager des candidats. Pourtant, on se connaît tous et on sait que certains ne sont pas forcément très bons pour les fonctions de manager. Le plus important sont les qualités managériales mais ça n'est pas regardé. Quand on est bon naturellement on peut s'améliorer mais pour ceux qui sont mauvais, il faut les ramener à la moyenne. La question n'est pas sur les premiers mais sur les autres pour les mener à la moyenne ».

Ces deux sujets, mobilité et compétences managériales, ont fait l'objet des recommandations de l'IGAS dans son rapport de 2016. Des progrès restent ainsi à faire afin de les traiter. Les outils sont progressivement déployés par la direction des affaires médicales.

Les directeurs des ressources humaines et des affaires médicales : des outils de suivi, une vision des relations managériales, une gouvernance à construire

Les directions des ressources humaines et des affaires médicales sont mobilisées et ont développé des outils et des dispositifs pour suivre et coordonner l'action. Par exemple, le compte qualité sur la qualité de vie au travail qui permet de rendre compte des actions déployées et de fixer les grands principes qui guideront la stratégie pour l'année suivante. Pour sa formalisation, la DRH, la DAM et la direction de la qualité sont réunies.

Comme évoqué précédemment, de nombreux progrès ont été menés pour la communauté médicale. La directrice des affaires médicales, directrice des ressources humaines pendant de nombreuses années, s'est appuyée sur cette expérience personnelle pour offrir aux personnels médicaux des outils de gestion. Ainsi, l'évaluation est entrée dans les mœurs ainsi que la médiation.

Pour les personnels paramédicaux, le repérage des situations de risques psychosociaux est plus ancien et plus avancé. Le CHSCT est une instance qui permet aux représentants des personnels de signaler des situations complexes. Une expertise peut par exemple être demandée et donner lieu à une enquête paritaire. Un plan d'action est alors élaboré pour tenter de répondre aux problématiques rencontrées.

La qualité de vie au travail est aussi favorisée par l'impulsion d'actions concrètes en sa faveur et le soutien aux initiatives. Lors d'un entretien avec une directrice des ressources humaines, cette dernière s'exprimait ainsi : « comment mieux la concrétiser ? Ce sont des choses complémentaires à mettre en place. Il y a ce qu'on peut voir comme de l'artifice, du saupoudrage comme les fêtes de sites, le shiatsu et puis il y a le quotidien. Je pense que ce qui paraît comme de l'artifice ne l'est pas car cela permet aux gens de se voir et de se parler. Quand je l'ai fait les gens ont dit pourquoi ? On n'y croyait pas et pourtant ça a bien marché. Ça permet de créer un sentiment d'appartenance. Mais cela ne suffit pas. C'est une ouverture d'esprit de chacun, une disponibilité, laisser des espaces d'échanges pour favoriser le travail d'équipe et les solidarités ».

Un autre directeur des ressources humaines détaille sa vision : « les problèmes les plus difficiles viennent rarement du matériel. Les locaux sont neufs. Il n'y a pas vraiment de question d'équipement, de chaleur, de bruit mais plutôt des questions de management et ça s'est multiplié avec le développement de la culture et du langage autour de la question de la souffrance psychique. La plupart des DGI (dangers graves et imminents) sont tournés vers les relations managériales avec l'encadrement ou l'épuisement professionnel dû à l'absentéisme et la charge de travail en soin intense, qui se reporte sur l'équipe ».

Par conséquent, la qualité de vie au travail met au cœur du métier de directeurs des ressources humaines et des affaires médicales, les exigences d'un management qui lui soit favorable sans pour autant en effacer les contraintes et paradoxes : « un management plus dur, plus autoritaire ça ira plus vite. On sait que les conditions d'adhésion sont plus difficiles parce que les individus sont plus libres et leur consentement est plus difficile à obtenir. Alors soit on a un management autoritaire soit participatif mais il va y avoir des contradictions.

Certaines innovations managériales sont contre productives si on nous demande d'aller plus vite. Si on prend du temps pour discuter et qu'on amende le projet c'est plus long à mettre en œuvre ».

Cette vision rend compte de la difficulté à définir la bonne manière de manager. Desmarais et Abord de Chatillon²⁷ expliquent qu'un antagonisme existe dans les organisations s'agissant du rôle attendu du manager : « entre acteur autonome et courroie de transmission, la conception que se font les acteurs et que diffuse la hiérarchie du rôle de manager dans l'organisation n'est pas stable ». Les managers confrontés à cet antagonisme sont notamment les cadres de santé.

Les directeurs des ressources humaines sont par ailleurs questionnés sur la gouvernance du sujet de la qualité de vie au travail dans un ensemble beaucoup plus large que le périmètre dans lequel ils exerçaient avant la fusion. Tout l'enjeu est alors de savoir comment organiser la prise en charge de ce sujet, quels sont les relais adéquats, la fréquence des actions et le niveau de mise en œuvre. Les réponses à ces questions seront détaillées dans la troisième partie.

En outre, la question des liens avec le personnel médical est aussi posée. En effet, alors même que la prise en compte du sujet de la qualité de vie au travail paraît plus avancée pour les paramédicaux, il reste difficile d'organiser des sessions où les personnels médicaux et paramédicaux échangent sur le sujet. Par exemple, l'organisation d'une journée dédiée à la qualité de vie au travail est faite de manière séparée pour le moment. L'objectif est d'organiser une journée commune sachant qu'il sera complexe à atteindre. Une directrice des ressources humaines a ainsi expliqué lors d'un entretien qu'elle avait voulu mettre en place cette initiative mais que le personnel médical s'y était opposé considérant que le personnel paramédical était « déjà bien doté sur la qualité de vie au travail ».

Les relais des professionnels paramédicaux : les cadres de pôle et cadres de proximité travaillés par la question des moyens

Pour les cadres de pôle²⁸, cette question a d'emblée été traitée sous l'angle des moyens mis en œuvre par l'institution, au sens des moyens pratiques, qu'ils s'agissent des places à la crèche, des logements proposés, des rémunérations. La question du management était aussi abordée. Si les discours pouvaient se ressembler dans les valeurs considérées

²⁷ DESMARAIS C. et ABORD DE CHATILLON E., Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance, *Revue française de gestion*, 2010

²⁸ Voir en annexe 2 la synthèse des entretiens

comme constitutives de la qualité de vie au travail, la mise en œuvre concrète d'un management favorisant la qualité de vie au travail semblait parfois être plus souhaitée que réelle.

Beaucoup de critiques étaient adressées à l'institution. Des critiques sur le manque de moyens pour effectuer les tâches, le manque de temps et le manque de soutien du corps administratif et médical. Une cadre de pôle s'exprimait ainsi : « la qualité de vie au travail, plus on en parle moins on en fait ». Elle explique que : « le travail des cadres et des soignants est empêché par les trop nombreuses contraintes auxquelles ils doivent faire face et notamment l'absentéisme. Une cadre qui passe sa journée à devoir rappeler des infirmières pour un remplacement ou négocier des heures supplémentaires ne peut pas manager son équipe et lui apporter une autre forme de soutien. C'est un cercle vicieux. Les absents font peser leur charge de travail sur l'équipe restante qui s'épuise. Ses membres tombent malades et l'absentéisme augmente ». Elle soulignait aussi le manque « d'implication et d'investissement des jeunes recrues qui ne veulent plus sacrifier leur vie au travail ».

Ainsi, l'analyse faite par les cadres repose sur le constat d'un mal-être des équipes soignantes qu'ils doivent gérer au quotidien. Si ces constats ne sont pas nouveaux, les solutions proposées par les cadres mélangent des aspects matériels pour améliorer les conditions de travail et des aspects managériaux. Mais dans les deux domaines, ils font état de leur impuissance pour y remédier.

Toutefois, la directrice des soins adjointe du groupe HUPO a formalisé un projet managérial visant à réunir les cadres afin de les former et les accompagner dans leurs pratiques managériales. Plusieurs directions fonctionnelles comme la DRH ou la DAF sont invitées à intervenir pour répondre à des questions pratiques : quelles sont les enjeux budgétaires de l'établissement, les syndicats ont-ils le droit d'intervenir dans les services, comment les accueillir, quelles sont les règles pour les congés formation, etc. Beaucoup de questions techniques dont les réponses théoriques existent mais nécessitent un échange avec la direction pour en concrétiser la mise en œuvre. L'avantage de cette démarche réside dans le fait de créer des dynamiques de groupe au sein desquels les cadres peuvent réagir sur leurs difficultés au quotidien et mettre en avant les solutions qu'ils ont trouvées. J'ai assisté dans ce cadre à des réunions avec la DRH qui a pu apporter son soutien sur les questions liées aux syndicats et leur présence dans les services. La DRH a dû répondre aux demandes de places en crèche portées par les cadres. Même si ces moments de dialogue ne permettent pas de régler tous les problèmes, ils sont nécessaires à l'apaisement et au soutien des cadres dans leur activité.

En outre, il est ressorti un manque de connaissance de l'administration et de ceux qui la composent. Cette lacune entraîne un ressenti de manque de soutien et pourra être une des priorités en matière de communication, comme cela est réalisé dans les ateliers du projet managérial.

A ce jour, le projet managérial est seulement mis en œuvre sur le groupe HUPO et l'objectif est de l'étendre aux autres établissements dans le cadre du regroupement.

**Un diagnostic de la qualité de vie au travail vue par les cadres sur trois sites :
s'inspirer, reproduire, mutualiser les dispositifs qui existent déjà**

L'avantage d'une réorganisation est de confronter les équipes à des pratiques et des modes d'organisation différents. Aussi, le travail d'état des lieux a conduit à établir des constats qui pourront inspirer et guider la politique de qualité de vie au travail qui sera mise en place dans le nouveau groupement hospitalier.

Les entretiens menés ont mis en évidence des pratiques hétérogènes prouvant néanmoins la richesse des actions menées en matière de qualité de vie au travail. Certaines actions pourront servir d'exemple et être reproduites dans d'autres pôles ou services. Des dispositifs plus institutionnels, tels que le télétravail mériteraient d'être étendus.

1. Des pratiques diversifiées au sein des établissements en matière de qualité de vie au travail

S'agissant des aspects matériels :

- **Un espace qualité de vie au travail** existe à Necker et apparaît comme un lieu de détente et de rencontre pour les professionnels.

- **La restauration collective et sa qualité sont très inégales selon les sites.** Alors que le sujet n'est pas abordé par les cadres de HUPC ou HEGP, ceux de Necker déplorent une dégradation des repas. La mise en place des food-trucks est reconnue comme une solution mais elle reste très ponctuelle, une fois par semaine.

- **Les salles de sport** sont inégalement réparties sur les sites. Corentin Celton est bien pourvu pour le groupe HUPO. En revanche, des cours de sport sont mis en place sur presque tous les sites.

- **Des chambres de garde sont mises à disposition des IBODE et IDE sur le site HEGP.** Ce dispositif est reconnu comme un facteur d'attractivité et de bien-être au travail. Il n'a pas été mentionné sur les autres sites.

S'agissant du management :

- Le télétravail n'est pas mis en place de manière égale sur tous les sites et pôles.

Très présent sur HEGP et largement diffusé sur HUPC, il n'est que peu mis en place à Necker (un seul pôle et un autre en cours). Les cadres reconnaissent qu'il s'agit d'un dispositif très positif pour la qualité de vie au travail des cadres qui connaissent des temps de transport important, permettant ainsi de mieux concilier la vie professionnelle et personnelle.

2. Des pratiques communes qui mériteraient d'être mieux connues et largement partagées

Sur les aspects matériels :

- **Les salles de détente**, elles sont présentes dans tous les services et satisfont les personnels de manière générale ; par ailleurs, de nombreux cadres demandent une salle spécifiquement dédiée aux cadres supérieurs et cadres de proximité pour se retrouver et échanger.

- **Les cours de sport**, yoga, shiatsu sont reconnus comme un avantage, ainsi que l'accès à la salle de sport sur les sites qui en disposent.

- **Les trombinoscopes, livrets d'accueil** permettent aux professionnels de mieux se repérer au sein de structures complexes et mouvantes. Il s'avère que cette connaissance est parfois très partielle, concernant notamment les directions fonctionnelles ainsi que leur périmètre d'action.

Sur les outils de management :

- **La proximité** est revendiquée comme un atout pour la motivation. Ainsi, certains pôles fonctionnent sans cadres supérieurs et cela est reconnu comme un facteur de fluidité dans les circuits de transmission de l'information et de rapport direct avec les équipes.

- **La formation continue et la promotion professionnelle** sont des outils indispensables pour la reconnaissance au travail. Les cadres ont décrit les actions qu'ils pouvaient mener pour motiver les professionnels en organisant des séminaires et congrès, parfois même à l'étranger.

- **Les chartes, contrats de pôle** ont le mérite de formaliser les bonnes pratiques et de les communiquer aux membres des équipes pour les fédérer autour des valeurs qui les animent (charte de bloc à HEGP par exemple, charte des plannings dans les établissements, etc.)

- **Les réunions "flash"** qui permettent des échanges rapides et réguliers.

2.2.2 Les pratiques de management innovantes

Les pratiques de managements innovantes ont pour objectif de donner plus de place à l'expression des professionnels dans un milieu encore très marqué par la hiérarchie et le

cloisonnement entre professionnels. Les entretiens ont donné lieu à l'identification de pratiques de management innovantes.

Un exemple de pratique de management innovante : un outil de mesure de l'humeur²⁹

Un cadre de proximité a élaboré des « outils fabriqués maison » qui permettent de donner la parole à ses équipes. Il s'agissait dans un premier temps d'« un mur de l'expression » et ensuite d'un outil de « mesure de l'humeur ». Cet outil consiste à recueillir le ressenti des professionnels via des balles de ping-pong de couleurs différentes de manière quotidienne. Cet outil constitue une base de discussion avec les soignants pour identifier les raisons de leur humeur. En outre, tous les professionnels du service, médecins comme paramédicaux, sont invités à participer.

Au-delà de la possibilité d'expression donnée aux soignants, ce qui m'est apparue très intéressant dans cette démarche était le fait de considérer ses équipes comme les plus à même de dire, ce qui fonctionne, de ce qui ne fonctionne pas. Lors de l'entretien réalisé auprès de ce cadre, la volonté de donner aux équipes les moyens de proposer des nouvelles organisations de travail était forte : « par exemple, les infirmières voulaient essayer d'organiser un accueil des patients par une seule d'entre elles. Au bout de deux mois, on a fait le bilan. Cette nouvelle organisation ne leur convenait pas, alors on a arrêté ». L'expérimentation devient ainsi un mode d'organisation du travail.

Il reconnaissait toutefois que cette possibilité lui était offerte dans la mesure où son service connaissait un taux d'absentéisme plus bas que la moyenne : « comme je ne suis pas obligé de courir partout pour trouver des remplacements, je peux me consacrer pleinement à mon métier de manager de proximité, à l'écoute et en soutien de mes équipes. C'est un cercle vertueux qui se met en place. Les gens se sentent bien, sont à l'aise pour s'exprimer et faire évoluer les choses, alors ils restent. Les mouvements sont ceux qui sont naturels, tous les trois ans. Mes équipes sont jeunes pour la plupart mais les anciens, comme moi aussi, on les accompagne ».

La prise en compte de la qualité de vie au travail de ses équipes le conduit donc à mettre concrètement en place des outils et des pratiques managériales la favorisant. Actuellement, le service informatique prépare une application pour téléphone qui doit reproduire la jauge et les balles de ping-pong. L'outil pourra être déployé dans d'autres services. Dès lors, il s'agira d'accompagner les cadres dans la saisie de ce dernier. C'est avant tout la posture du manager qui compte, celle de l'écoute et de la compréhension de ce que veulent les équipes et comment leur apporter le soutien adéquat. Il s'agit finalement de la posture du

²⁹ Voir en annexe 4 des photos et les principes de l'outil

« servant leadership » détaillée dans la partie une. Cet outil restant un support pour amorcer la discussion sur le travail.

Un autre exemple : la charte de bloc³⁰

Même s'il relève moins d'une pratique innovante au sens où il s'appuie sur un outil plus conventionnel, la charte, il s'avère que l'existence de ce type d'outil est un appui certain à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Lors de mon stage, j'ai été amenée à suivre l'adoption de la charte de bloc par le bureau de bloc. J'ai ainsi pu appréhender toute la stratégie à mettre en œuvre afin d'acculturer progressivement les professionnels à de nouvelles pratiques. En effet, le bloc opératoire était régulièrement désigné comme un lieu de souffrance et de tensions entre professionnels. Dans ce contexte, la direction au sens large, ainsi que les praticiens, ont décidé d'adopter une charte visant à fixer les grandes règles de fonctionnement et de comportements. Désormais, un outil formel existe et donne ainsi un support sur lequel s'appuyer lorsque des comportements inadéquats sont constatés. Elle vise aussi à mieux organiser la planification des interventions dans les blocs opératoires, source de conflits récurrents.

En outre, elle s'inscrit dans une dynamique de reconnaissance des difficultés auxquelles les soignants peuvent être confrontés. J'ai pu prendre la mesure opérationnelle de cet outil avec la mise à pied temporaire d'un médecin lors d'un conflit avec des débordements. Ce recadrage a été accompagné. Il n'a pas consisté à désigner le médecin comme seul fautif ou coupable mais n'a pas non plus ignoré les conséquences de comportements pouvant contribuer à alimenter une ambiance de travail difficile.

Par conséquent, à la fois l'élaboration et la mise en œuvre d'une charte sont des démarches favorisant la qualité de vie au travail.

³⁰ Voir en annexe 5 des extraits

3 La qualité de vie au travail : une culture à mettre au cœur de la gestion des ressources humaines et du management

La particularité de la qualité de vie au travail tient à sa nature globale et systémique. Elle nécessite de s'adapter au contexte dans lequel elle s'inscrit. Dès lors, il s'agit d'optimiser, de réorganiser, de s'adapter selon les contraintes. Etant donné les moyens financiers et budgétaires contraints, il faut faire preuve de créativité pour impulser une dynamique, s'organiser et embarquer les équipes. A la lumière des constats effectués lors des entretiens, les propositions détaillées ci-dessous pour améliorer la qualité de vie au travail s'efforcent de s'inscrire dans cette logique.

3.1 Piloter et mieux connaître la qualité de vie au travail grâce à des outils qualitatifs et quantitatifs

3.1.1 Etablir une gouvernance large et pérenne

- Piloter le sujet en tenant compte de sa dimension systémique

La gouvernance du pilotage de la qualité de vie au travail est une condition de sa réussite. En effet, un écueil de la prise en charge de la question de la qualité de vie au travail est l'émiettement et le cloisonnement entre les différents métiers. Même s'il est apparu à l'aune des entretiens menés que les actions à mener diffèrent, il s'avère qu'elles introduisent des réactions en chaîne. Si la qualité de vie au travail est améliorée pour les médecins, alors les relations avec les équipes médicales et paramédicales mais aussi administratives seront facilitées. Il en est de mêmes pour toutes les professions. La cohérence apparaît dès lors comme la condition de la réussite.

- Mettre en place un COPIL dédié à la qualité de vie au travail

Pour réaliser cet objectif et qu'il ne reste pas incantatoire, il apparaît que la mise en place d'un COPIL au niveau du GH dédié à la qualité de vie au travail est nécessaire. Il a déjà existé dans certains établissements et permettraient de dynamiser la politique de qualité de vie au travail. Des comités qualité de vie au travail en serait les relais au niveau des sites.

- Associer tous les acteurs et identifier les relais

Les membres de ce COPIL seraient les représentants de l'administration : DRH, DAM, direction qualité mais aussi des services médicaux et de soins avec la Direction des soins, un membre de la CME, un membre de la commission vie hospitalière, des représentants du personnel qu'ils soient élus ou volontaires.

En revanche, le niveau de mise en œuvre de la qualité de vie au travail reste la proximité, le site, le service. Les DRH auront dès lors pour mission d'identifier les cadres référents sur cette question comme il en existe sur la gestion des ressources humaines ou la qualité. Le référent qualité ou ressources humaines pourrait endosser cette responsabilité par exemple.

- Instaurer des réunions régulières du COPIL

Le COPIL pourrait se tenir de manière trimestrielle et aurait pour objectif de fixer la stratégie de la politique de qualité de vie au travail et de suivre les actions menées en ce sens. Le calendrier serait fixé à l'avance pour donner à chacun des acteurs une visibilité sur les délais.

- Donner un portage direction générale

Pour renforcer la légitimité du COPIL, un portage par la direction générale et du président de la CME pourrait être envisagé pour son installation. Il aurait pour avantage d'impliquer tous les acteurs au plus haut niveau de l'établissement et ainsi montrer l'intérêt porté à la question.

3.1.2 Etablir un diagnostic des dispositifs existants et mesurer la qualité de vie au travail de manière régulière

- Recenser les outils et dispositifs existants annuellement

Les entretiens révèlent que de nombreuses initiatives existent en matière de qualité de vie au travail. La difficulté tient à les identifier au sein des services. Les appels à projet QVT constituent une voie pour en identifier mais ils pourraient être complétés par une revue régulière des dispositifs de qualité de vie au travail avec les cadres de pôles. Le comité de

pilotage pourrait à cet effet se fixer pour objectif de recenser auprès des services les outils et dispositifs existants.

- Communiquer le diagnostic à l'ensemble des professionnels

Dans un deuxième temps, il s'agirait de communiquer sur ce diagnostic et ce recensement afin de le partager le plus largement possible. Cette communication aurait l'avantage d'inspirer d'autres initiatives et de valoriser celles qui existent déjà. Elle devrait passer par les technologies informatiques mais plus encore par des communications lors des réunions de cadres ou réunions d'équipe.

- Procéder au recensement et à la communication à différents niveaux

Le niveau pertinent pour mener ce travail serait en première intention les sites et ensuite le GH. Le niveau GH serait une source d'inspiration pour les sites en procédant à des comparaisons et en tirant partie de ce qui fonctionne bien. La communication sur les projets qui marchent pourrait prendre la forme d'une présentation dans les principales instances sur ces projets : commission de surveillance, commission médicale d'établissement, bureau de bloc, etc.

3.2 Former tous les acteurs à la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail reste encore un champ qui va dépendre en grande partie des compétences personnelles. Il s'agit d'un avantage et d'un inconvénient. Un avantage puisque l'originalité des dispositifs sera en lien avec la personnalité du manager qui le propose, inconvénient parce que des grands principes guident pourtant les relations managériales : écoute, reconnaissance, valorisation et responsabilisation. La formation des acteurs doit permettre de donner des bases solides au manager sur la question de la qualité de vie au travail.

- Adapter les formations aux professionnels

Pour ce faire, il s'agirait de mettre en place des formations adaptées aux personnels hospitaliers, c'est à dire des formations dont l'aspect professionnel serait très présent avec des mises en situation et des simulations.

En outre, des formations pourraient prendre la forme du « Vis ma vie » qui fonctionne bien dans certains établissements³¹. Elles seraient institutionnalisées et feraient parties du parcours d'intégration des professionnels. En effet, une connaissance des métiers qui compose l'hôpital apparaît comme un levier pour renforcer les liens et le sentiment d'appartenance.

- Former les professionnels lors d'une évolution de l'organisation et des responsabilités

Les résistances qui se créent lors d'un changement sont naturelles. La nouveauté implique de l'incertitude et de l'instabilité. Les professionnels ont dès lors besoin d'être rassurés sur leur capacité à s'adapter au changement et à en devenir partie prenante. Concrètement, le dialogue ouvert sur les évolutions semble plus constructif que de laisser les non-dits, les rumeurs s'installer et dégrader l'ambiance de travail. Ainsi, une communication régulière sur les évolutions est indispensable mais aussi des formations.

Des formations au management devraient ainsi être proposées. A l'image de ce qui existe déjà en matière de coaching des médecins. Toute personne qui se verrait confier des responsabilités managériales bénéficierait de cet accompagnement. Il pourrait prendre la forme d'une formation entre pairs avec la désignation d'un référent tuteur ou d'appel à des instituts extérieurs pour permettre la prise de recul et obtenir un soutien extérieur lors d'une évolution.

3.3 Favoriser les pratiques managériales innovantes

- Décloisonner et assouplir le travail

Alors même que l'hôpital apparaît comme une structure encore très hiérarchisée et souffrant de nombreux cloisonnements, la promotion de pratiques managériales visant la participation plus poussée des équipes peut apporter une souplesse dans le travail quotidien favorisant l'implication des professionnels.

En effet, le cloisonnement du traitement des problèmes rencontrés n'aide pas à impulser une dynamique globale pour des professionnels dont le quotidien est déjà marqué par les distinctions. Les relations entre médecins, paramédicaux et administratifs vont déterminer l'ambiance de travail. Si la défiance règne, alors il sera difficile de créer des conditions de

³¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hospitalents_newsletter_1.pdf

travail agréables pour tous. Instaurer la confiance demande de la patience et de la justesse dans le traitement des situations. Or c'est plutôt l'urgence qui va dominer le quotidien. La prise de recul via des groupes de parole, comme ce qui pouvait se faire dans le pôle psychiatrie, grâce à des médecins rompus à la médiation, aide à réguler les tensions et les émotions propres à tout individu. Les commissions mises en place pour la gestion des situations à risque ou encore la nomination de médiateur sont des dispositifs à même de réduire les tensions.

- Promouvoir la posture du « servant leadership »

Le rôle du manager auprès des équipes peut aussi s'inspirer de cette posture de « servant leadership ». En se mettant au service des équipes par l'écoute des problèmes rencontrés et les moyens d'y remédier, le manager va pouvoir instaurer des rapports de confiance au sein des équipes. Il doit aussi laisser des marges d'autonomie dans la manière d'organiser le travail. Une fois l'objectif clairement déterminé, il appartient au professionnel de déterminer sa méthode de travail, tout en ayant le soutien de sa hiérarchie. Ces éléments sont prescriptifs mais ont pu faire leur preuve, notamment avec des taux d'absentéisme et de rotation moins élevés, comme dans le service du cadre ayant mis en place un outil de mesure de l'humeur.

- Formaliser dans une charte les principes devant guider les comportements des professionnels

L'adoption d'une charte par les équipes peut contribuer à améliorer les relations de travail. En effet, le travail d'élaboration de la charte sera aussi important que sa validation par l'ensemble des professionnels. L'élaboration permet de libérer la parole en faisant ressortir les principaux dysfonctionnements rencontrés. Ils font l'objet de débats, de discussions au sein des groupes. *In fine*, les professionnels s'accordent sur les principes qui vont guider leur action et leur comportement au quotidien.

Pouvoir opposer un document écrit est, en outre, une garantie de rééquilibrage de rapports hiérarchiques. Par son existence, la charte prouve qu'une recherche de règles de fonctionnement est à l'œuvre dans les équipes. Cela reste, de plus, un instrument souple à revoir au gré des événements.

3.4 Valoriser les acteurs de la qualité de vie au travail

- Procéder à des appels à projet QVT de manière régulière

La créativité des équipes est souvent inconnue de l'institution et de ceux qui la dirige, que ce soit au niveau médical ou administratif. Se rajoute l'effet « grosse structure » qui rend le repérage des initiatives compliqué. Ainsi, grâce à un appel à projet QVT mené par la direction des ressources humaines et la direction des affaires médicales, elles pourront soutenir les projets et les équipes.

- Organiser des rendez-vous conviviaux

L'organisation d'événements festifs et conviviaux, qu'ils soient dédiés ou pas à la qualité de vie au travail permet de souder les équipes. Il s'agit de favoriser les rencontres hors des rapports de travail quotidiens. Les professionnels peuvent s'envisager sous un autre angle, effaçant pour un temps les enjeux hiérarchiques.

Les événements conviviaux dépendent beaucoup des personnalités responsables des équipes et si elles s'engagent dans ce type de démarche. Il n'en reste pas moins que ces moments de détente apporteront de l'implication et de l'engagement des membres d'une équipe qui pourront se sentir reconnues dans leur identité au-delà de l'aspect professionnel.

- Communiquer largement et régulièrement sur les actions qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail ne doit pas rester cantonnée à une journée ou réservée à des professionnels avertis. Elle concerne tout le monde. Ainsi, une communication régulière, dans les newsletters hebdomadaires, les réunions de service par exemple, pourra éviter d'en faire un sujet anecdotique.

3.5 Promouvoir le soutien organisationnel

Le soutien organisationnel peut être défini comme toutes les actions visant à apporter le support nécessaire aux acteurs de la qualité de vie au travail. Ils passent par la diffusion au public le plus large des initiatives existantes et d'une gestion des ressources humaines qui reconnaît les individus comme des ressources plutôt que des contraintes ou un coût.

- Donner toute sa place à l'encadrement intermédiaire

Les cadres de proximité sont en première ligne pour recueillir la parole des membres des équipes. Ainsi, leur rôle est fondamental dans la mise en œuvre de la qualité de vie au travail que ce soit par la conception d'outils de management innovants, comme pour alerter la hiérarchie sur les problèmes matériels ou humains rencontrés. Le projet managérial est mis en place sur un seul des trois établissements qui ont fusionné. Aussi, il apparaît essentiel qu'il se diffuse auprès des cadres. Cela permettra de créer des dynamiques d'équipes et des échanges de bonnes pratiques. Les ateliers pourraient se tenir par DMU par exemple.

- Mettre en place des ateliers managériaux ouverts à tous les professionnels

L'organisation d'ateliers managériaux a déjà existé à l'HEGP mais l'initiative s'est éteinte. En relançant ce type d'événements, la qualité de vie au travail pourra être améliorée en conciliant apports théoriques et pratiques sur les questions de management à traiter au quotidien par les équipes. Faire de ces ateliers un moment d'échange entre des professionnels issus des différents corps de l'hôpital permettra de décroiser le travail et de faire interagir les différences de conceptions et de traitements des problématiques.

- Organiser des parcours-types pour les professionnels

Les professionnels ont souvent exprimé leurs besoins s'agissant des perspectives professionnelles. Dans un contexte de réorganisation, beaucoup de cadres par exemple, s'inquiétaient de leur avenir. Si les réponses apportées restent floues, alors les professionnels chercheront des opportunités ailleurs, fragilisant dans le même temps des équipes déjà instables. Des parcours-types pour les professionnels pourraient être formalisés. Il distinguerait le temps du premier poste et les apprentissages à acquérir, les suites qui pourraient être données et services qui pourraient les accueillir. Par exemple, une infirmière pourrait commencer sa carrière en gériatrie, un passage obligé, et ensuite s'orienter vers d'autres services. Cela pourrait répondre aux difficultés de recrutement dans certaines spécialités.

Pour les professions médicales et paramédicales, ces parcours-types semblent aussi nécessaires. Il s'agit de leur proposer des exemples de parcours et de les accompagner. En effet, le manque de formalisation et de transparence sur les parcours professionnels ouvre la voie à des concurrences parfois malsaines et entretenant des ambiances de suspicions. Aussi, la carrière sera tributaire des jeux d'acteurs au lieu de donner une chance à chacun.

Concrètement, chaque DMU devrait proposer dans son livret d'accueil des parcours pour chacune des professions et œuvrer à les mettre en place au fur et à mesure de l'évolution des compétences du professionnel mesurées par les évaluations.

- Mettre en place une politique volontariste de promotion professionnelle

La gestion des ressources humaines à l'hôpital est empreinte de tensions. Il s'agit à la fois d'élaborer des plans d'efficience, parfois drastiques, et d'attirer et de fidéliser les professionnels. Ainsi, la gestion des ressources humaines peut apparaître comme une gestion de la contrainte : absentéisme et pénurie de soignants, postes à rendre, réduction de la masse salariale, etc. Pourtant, grâce à la mise en œuvre d'une politique volontariste de promotion professionnelle, les établissements peuvent améliorer les compétences de leurs personnels et les fidéliser. C'est ainsi qu'il existe la prise en charge des formations de soignants pour devenir infirmiers, ou la formation pour les pratiques avancées. Mais les quotas restent très faibles. Pour ne pas mettre les services en difficulté lors des départs en formation et pour des raisons de coûts. Pour y remédier, il n'existe pas de solutions toutes faites mais l'aspect de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences reste donc un champ très important à développer afin d'anticiper les promotions professionnelles.

Conclusion

La qualité de vie au travail est une valeur croissante dont les établissements hospitaliers se saisissent de plus en plus afin de répondre aux multiples contraintes auxquelles ils doivent faire face. Si sa définition reste large pour les acteurs, elle a pour avantage d'englober l'ensemble des aspects individuels et organisationnels ayant des répercussions sur le travail au quotidien. Grâce à une immersion pendant quelques mois dans un établissement en cours de réorganisation, les conséquences sur la qualité de vie au travail sont apparues évidentes ainsi que la nécessité d'en faire un potentiel levier pour accompagner le changement.

Par ailleurs, des réponses affirmatives peuvent être apportées aux questions posées en amont. Ainsi, les bonnes pratiques managériales sont guidées par une bonne connaissance des enjeux de la qualité de vie au travail et des manières de la promouvoir. Les acteurs qui savent s'en emparer peuvent mener des expérimentations et apporter le soutien adéquat à leurs équipes. La posture du « servant leadership » implique de savoir remettre en question les pratiques existantes afin de les améliorer. Si les conditions de réussite de la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail restent dépendantes des moyens, des personnes, elles sont également tributaires de sa gouvernance et de son portage au niveau institutionnel pour se diffuser dans les services. Dans un contexte instable de réorganisation, tous les professionnels s'accordent à reconnaître que la qualité de vie au travail est remise en question et qu'il convient de conserver le dialogue, l'écoute et l'expression des besoins. En effet, dans un contexte de conditions de travail difficiles³², l'attractivité et la fidélisation des professionnels passent notamment par un management tenant compte de ces difficultés et cherchant à soutenir les professionnels.

La difficulté rencontrée pour définir précisément la qualité de vie au travail ainsi qu'à la représenter, l'incarner dans des exemples concrets et reproductibles montrent qu'elle n'est ni seulement un concept, ni seulement des pratiques, mais une culture à diffuser. Les acteurs doivent pouvoir s'imprégner des valeurs qui la composent et veiller à les promouvoir dans leurs pratiques de management, d'autant plus lorsque l'établissement connaît une réorganisation. « Prendre soin de ceux qui nous soignent » reste un défi pour tous les acteurs, comme la concrétisation des valeurs attachées à la qualité de vie au travail.

³² *La fonction publique hospitalière présente les conditions de travail les plus lourdes*, Hospimédia, 29 août 2019

Bibliographie

Ouvrages

BACHELARD O. (Sous la coordination), *Le bien-être au travail*, Presses de l'EHESP, 2017

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

COLOMBAT P. (Sous la direction), *Qualité de vie au travail et management participatif*, Lamarre, 2012

DEJOURS C., *Conjurer la violence. Travail, violence et santé*, Payot et Rivages, 2011

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R. (Sous la direction), *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP, 2018

RIGAUD F., CADRE M., SAULE M-A., RIVIERE D. (Sous la coordination), *Travail et management à l'épreuve des sciences sociales*, EMS, 2017

ROCHE P., *La puissance d'agir au travail. Recherches et interventions cliniques*, Erès, 2016

VEYSSIERE M., ROBEVEILLE R., *Le management bienveillant, accélérateur de la performance. Le facteur humain au cœur de la réussite de l'entreprise*, Gereso, 2018

Articles

ABORD DE CHATILLON E., Le DRH de demain face aux questions de santé et sécurité au travail, *Management et Avenir*, 2005

BELET D., Le « servant leadership » : un paradigme puissant et humaniste pour remédier à la crise du management, *Gestion 2000*, 2013

BOYER L., SCOUARNEC A., Quel management des ressources humaines demain ?, *Management et Avenir*, 2011

DESMARAIS C. et ABORD DE CHATILLON E., Le rôle de traduction du manager. Entre allégeance et résistance, *Revue française de gestion*, 2010

Etudes, rapports, guides

DGAFP, *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique*, Edition 2017

DGAFP, *Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthode pour conduire une démarche QVT*, Edition 2019

FHF, *Qualité de vie au travail. Les actions à partager, les engagements attendus*, Rapport 2018

ANACT, HAS, *10 questions sur...La qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*, 2015

DE SINGLY C, *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, 2009

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., *Rapport sur le bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*, 2010

HAS, *Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé, Note du groupe d'établissement – juin 2013*, octobre 2013

HAS, *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

Textes juridiques et ministériels

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

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

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

Ministère des affaires sociales et de la santé, *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail*, 5 décembre 2016

Sites internet, ressources en ligne

www.anact.fr

www.has-sante.fr

www.fhf.fr

www.solidarités-sante.gouv.fr

www.fonction-publique.gouv.fr

Mémoires EHESP

ROME D., Octobre 2017, *La qualité de vie au travail à la lumière de trois projets. Stratégie nationale, projet du centre hospitalier de Brive et projet « votre métier, notre hôpital »*

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

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 : Synthèse des entretiens avec les cadres de pôles

Annexe 3 : Extraits des enquêtes menées auprès des cadres lors des ateliers du projet managérial

Annexe 4 : Outil de mesure de l'humeur

Annexe 5 : Extraits de la charte du bloc opératoire

Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés

- Djilali BELGAHOUTI, cadre de pôle, HUPO
- Malika BROTEFELD, Directrice des soins, HUPO
- Charlotte CARDIN, Directrice des ressources humaines, HUPC
- Frédéric COMBES, cadre de pôle, HUPO
- Fabienne DARCHEN, cadre de pôle, HUNEM
- Patrick DASSIER, Président de la commission vie hospitalière, HUPO
- Guillaume DUPART, pôle urgence, HUPO
- Catherine FISCHER, pôle radiologie, HUPC,
- Marianne FRANIER, Directrice des ressources humaines, HUPO
- Eric FISHER, cadre de proximité, HUPO
- Philippe GERSON, cadre de pôle, HUPC
- Valérie GODARD, cadre de pôle, HUNEM
- Thierry GUIGUI, cadre de proximité, HUPO
- Catherine LECOQ, cadre de pôle, HUNEM
- Gilles LE FRAPPER, cadre de pôle, HEGP
- Frédéric LIEGE, cadre de pôle, HUPC
- Nathalie MATHE, cadre de pôle, HUPO
- Sophie MARAVAL, directrice des affaires médicales, HUPO
- Sophie MARELLEC, cadre de pôle, HUPO
- Christine MAZE, cadre de pôle, HUNEM
- Valérie QUEVREUX, pôle cancérologie, HUPC
- Frédéric SPINHIRNY, Directeur des ressources humaines, HUNEM
- Estelle TESSE, coordinatrice de la prévention des risques professionnels, DRH, HUPO
- Eric THERVET, Président de la Commission médicale d'établissement, HUPO
- Anne-Paulette TISSIER, pôle anesthésie-réanimation, HUPC

Annexe 2 : Synthèse des entretiens réalisés auprès des cadres de pôle

Description du pôle, historique et contexte actuel	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - 8 ans d'existence, du pôle deux mandats pour le cadre - personnel : 680 PNM, 110 PM environ - Une organisation instable du fait des nombreux changements du chef de pôle, un pilotage difficile - Un pôle très exposé avec les services de réanimation et les blocs, l'orthopédie et la chirurgie plastie - Des services transversaux brancardage, rééducateurs contribuent à la complexité de sa gestion - Des difficultés de recrutement pour les métiers rares (IBODE et IADE) et du turnover - Sur les 3 sites - Des réorganisations importantes des services avec la réunion de la réa médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Sujet vaste et qui recoupe à la fois les conditions matérielles (rémunératoires, crèches, accès parkings...) que les sujets relationnels (hiérarchie et pilotage clairs, ambiance de travail) - Politique de bienveillance vis-à-vis des équipes - De l'autonomie et des marges de liberté sur les plannings 	<ul style="list-style-type: none"> - Primes et rémunération des heures supplémentaires pour attirer les IADE - Des périodes d'intégration longues de 3 mois pour les faisant-fonction d'IBODE, 1 mois pour les IBODE. L'intégration consiste à un tutorat par les pairs et anciens de l'unité - Chambres mises à disposition des IADES depuis l'ouverture de l'hôpital et désormais des IBODE depuis 1 an - Réorganisations spatiales des services pour favoriser la bonne entente dans les équipes et une meilleure prise en charge des patients : exemple du service de plastie ou de la RAAC en cours 	<ul style="list-style-type: none"> - Une charte de bloc est en cours de rédaction afin de formaliser les engagements du personnel sur divers sujets comportementaux : donner un cadre aux équipes pour favoriser les bonnes pratiques et les modalités de sanctions en cas de non-respect - Réunions avec les IADE 3 fois par an, les IBODE 1 fois par mois même s'il est difficile pour elles de se libérer pour les réunions - Une réunion mensuelle avec les cadres - Point régulier sur les projets de service 	<ul style="list-style-type: none"> - Un stress et beaucoup de tensions étant données les spécialités présentes dans le pôle comme la chirurgie - Un pôle qui risque de ne plus fidéliser les IADE si les émoluments complémentaires sont remis en question - Un hôpital qui a subi des réductions d'effectifs. Les niveaux d'encadrement semblent plus important à Necker et Cochin, la QVT s'en ressent - La charge de travail a augmenté avec la complexification des pathologies, des patients et des technologies mises en oeuvre 	<ul style="list-style-type: none"> - La dotation en effectif devrait être mieux corrélée aux ressentis des personnels, les patients sont de plus en plus lourds alors que les effectifs normés ont été conçus il y a longtemps - Les salaires des infirmières restent peu attractifs, la politique de rémunération est importante - Avoir des managers à la tête des pôles contribuent à la QVT - Favoriser des organisations qui s'adaptent aux personnels plutôt que l'inverse : exemple des horaires d'ouverture de la crèche - Importance de garder aussi une partie du recrutement pour favoriser l'attractivité
<ul style="list-style-type: none"> - 15 ans d'expérience de chef de pôle - 295 PNM et 90 médecins - Une stabilité des équipes - Un pôle managé par la qualité du fait des certifications (ISO 9001) et habilitations. Des contrôles et des évaluations de la conformité comme avec les audits COFRAC ou l'AFNOR. - Les formations débouchent sur des habilitations comme la conduite d'autoclaves par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> - Avant tout, une question managériale et des valeurs : confiance et respect - A tous les niveaux : entre cadres, avec la hiérarchie, avec le corps médical, avec la direction - Favoriser la communication - Etre fier ce que l'on fait et pouvoir le partager - Participer aux choix dans un projet 	<ul style="list-style-type: none"> - Un séminaire offert chaque année à un agent pour lui permettre de participer à un congrès - Une enveloppe de 10 000 euros pour remplacer les "petits" équipements - S'agissant des gros équipements (exemple des isolateurs chimiothérapeutiques), les personnels sont associés pour les choix afin que les équipements soient adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> - Le contrat de pôle permet de définir les objectifs à atteindre. Leur réalisation contribue à la relation de confiance avec la direction par exemple - La proximité et la disponibilité au quotidien - L'écoute est très importante. Favoriser le bien être psychologique et faire en sorte que les personnes soient heureuses de venir travailler le matin - Management par le plaisir : contribuer à la définition de missions et tâches qui apporteront du plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> - De plus en plus de problèmes sociaux sont identifiés. Des salaires faibles provoquent des difficultés - Peu de visibilité sur P.5 et les contraintes afférentes en matière de déplacements à venir entre les sites par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la politique sociale avec plus de moyens centralisés au niveau P.5 - Favoriser la détection des problèmes sociaux et accélérer les réponses - Organiser des concours et titulariser les personnes en CDD pour apporter un sentiment de sécurité et de protection de la part de l'employeur envers ses salariés

Description du pôle, historique et contexte actuel	Thèmes abordés				
	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - cadre depuis 13 ans, 4ème pôle à l'AP-HP - 500 PNM, 20 cadres de proximité et de faisant fonction - Beaucoup de réformes et de changements organisationnels à l'hôpital avec un impact sur le management - L'organisation du temps de travail avec le passage aux 35 h a réduit les temps de transmission dans les équipes - Un turn-over important et des difficultés à stabiliser les équipes - Un changement de culture professionnelle entre les générations, une 	<ul style="list-style-type: none"> - "Plus on en parle, moins on en fait" - Dans le travail au quotidien : écouter, entendre les professionnels dans l'action, travailler collectivement, optimiser les activités pour moins de stress et de pénibilité - Un acte managérial même si les rémunérations et la politique sociale sont une partie nécessaire aux bonnes conditions de travail - Importance des espaces pour l'expérimentation 	<ul style="list-style-type: none"> - Une demande de salle dédiée où les cadres peuvent se retrouver pour des moments de convivialité a été faite plusieurs fois mais jamais satisfaite 	<ul style="list-style-type: none"> - Un audit de la DPT sur l'oncologie médicale avec un plan d'actions élaboré : malgré le manque de moyens, une animation par le cadre de proximité et le médecin sur les sujets en tension - Un questionnaire sur la vie d'équipe (validé par la HAS) - La confiance, la loyauté, le sens donné au travail sont les valeurs de la qualité de vie au travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Les temps de régulation sont très courts - Les espaces de communication et d'échange disparaissent peu à peu avec une intensification du travail - Les évaluations n'ont pas été faites depuis 2015 - Le problème des parcours professionnels des soignants : comment les accompagner lorsqu'ils vieillissent et qu'ils sont reconnus comme inaptés. - Il n'existe pas de salle dédiée où les cadres peuvent se retrouver pour des moments de convivialité - Un mode de management encore trop descendant (exemple de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Partir du terrain pour identifier et déterminer les besoins en effectif. - Une cellule d'accompagnement pour les cadres en cas de réorganisations et de restructurations
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre depuis 1 an - Le mal-être est présent chez tous les soignants quelque soit leur âge - Une intensification du travail 	<ul style="list-style-type: none"> - Une politique globale à mener en continue - Faire participer les agents à la réflexion sur les projets et la prise de décisions - Favoriser l'autonomie et instaurer une relation de confiance ainsi que de la reconnaissance - Prendre soin des équipes, les écouter, être dans la proximité 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réflexion est en cours sur une salle de repos et de détente mise à disposition des soignants (ce dispositif a été mis en place aux urgences d'Evreux) - Il y a deux ans des massages et cours de Shiatsu une fois par mois mais les financements n'ont pas été maintenus - Un fauteuil relaxant est installé au 8ème étage mais les agents n'en ont pas connaissance et ne l'utilisent pas 	<ul style="list-style-type: none"> - Une fois par semaine, des flashes infos pour faire descendre l'information - Un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants avec un parcours d'intégration 	<ul style="list-style-type: none"> - Les équipes divisées en équipe de jour et de nuit ne travaillent jamais ensemble : difficile de créer une entraide par exemple en réa - Aux urgences, une équipe unique et une solidarité mais pas de planning fixe - Manque de communication sur les projets (exemple des travaux) - Des difficultés de recrutement en gériatrie car une charge de travail plus importante - Depuis 4 ans les évaluations ne sont plus faites 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir une équipe plus étoffée permet de mieux pallier les absences - Dégager du temps pour le management et l'écoute des équipes - Le télétravail pour l'équipe d'encadrement permet de mieux concilier la vie professionnelle et personnelle - Laisser de la souplesse aux équipes pour qu'elles s'organisent et soient plus autonomes dans leur travail - Fidéliser les agents en respectant leurs besoins - Favoriser la formation des agents et leur parcours professionnels - Importance des évaluations : un moment de considération

		Thèmes abordés			
Description du pôle, historique et contexte actuel	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de pôle depuis 4 ans - Une dizaine de services - 485 PNM et 98 PM, 16 cadres de proximité et 2 cadres supérieurs - De plus en plus d'informations à transmettre, importance de faire le tri 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT n'est pas une question isolée, elle doit faire partie du quotidien de chaque service - Pour mettre en place une politique de la QVT, il faut un portage de l'institution et de la direction - La QVT touche tout le monde mais ne peut être bien menée que si on est bien traité : pouvoir travailler dans de bonnes conditions - Avoir des interlocuteurs, des réponses et du soutien 	<ul style="list-style-type: none"> - Un outil d'analyse de l'humeur du service en cardio 1 (T. Guigui) - Une pièce zen avec une terrasse pour l'été 	<ul style="list-style-type: none"> - Des méthodes QVT dans certains services : parcours du patient, prise en charge - Utilisation des réseaux sociaux comme whatsapp dans les équipes - Des repas de service sont organisés régulièrement - Des réunions "problèmes/solutions" de 15 minutes sont organisées - Une cadre (M-L Delaporte) travaille à la valorisation des compétences en incitant à la participation aux congrès, à l'écriture et aux formations - Une mutualisation des équipes PNM qui permet aux professionnels de découvrir d'autres secteurs même si c'est plus compliqué dans des services de soins intensifs par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> - Des contraintes fortes au niveau économique : maîtrise de la masse salariale, activité et atteinte des objectifs fixés, un absentéisme important 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la créativité des équipes en encourageant les expérimentations et les initiatives. - Valoriser les expériences conduites et les promouvoir auprès des autres services - Le management de proximité est le premier levier de la QVT - Les valeurs telles que la transparence, la pédagogie et l'exemplarité facilitent le partage des contraintes et la prise des décisions
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre du pôle depuis 2016 	<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration des conditions de sécurité des personnels est importante pour la QVT - L'ouverture d'une unité en addictologie a permis d'augmenter les effectifs 	<ul style="list-style-type: none"> - L'achat d'un bouclier pour entourer un patient et le contenir - Une salle de musculation gratuite - Des cours de Shiatsu, de karaté, de kung fu - Les locaux ont été rénovés récemment permettant une nette amélioration des conditions de travail - Des animations culturelles en lien avec la ville - Le télétravail est mis en place pour les cadres 	<ul style="list-style-type: none"> - La culture des groupes de parole est très présente de part l'importance accordée à l'écoute et à la parole par la psychiatrie - La mutualisation des équipes permet de l'entraide - Des projets de recherche infirmiers sont valorisés 	<ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme 	

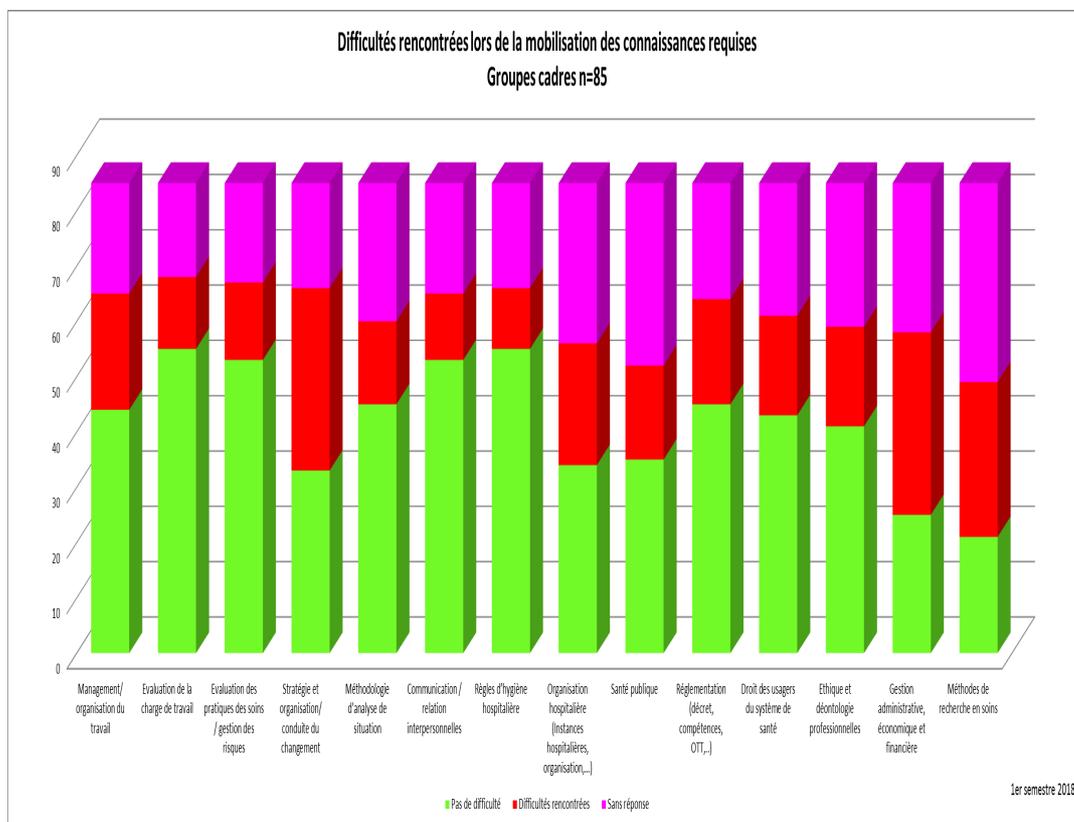
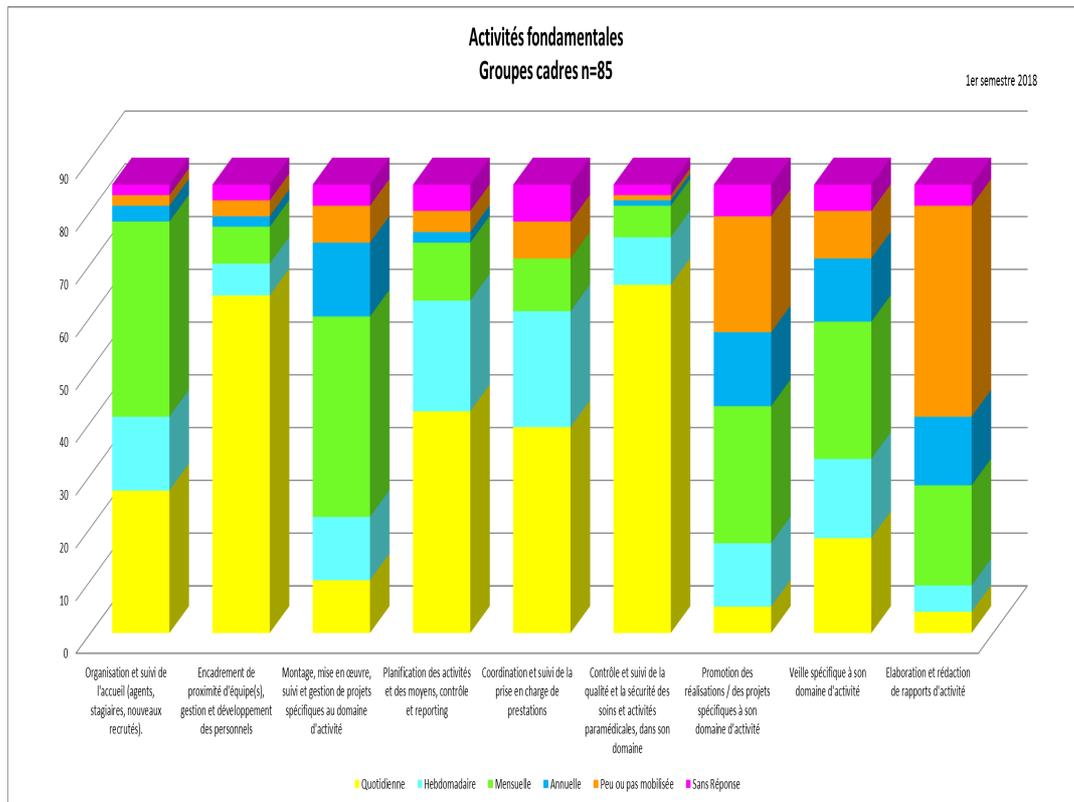
Description du pôle, historique et contexte actuel	Thèmes abordés				
	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - Deux mandats de cadre paramédical - 159 PNM, 6 cadres de proximité, pas de cadre supérieur : un choix - Des responsabilités bien définies - Plus d'autonomie pour les cadres de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT est une démarche - Il faut écouter, échanger avec les équipes, négocier, responsabiliser les personnels - L'expression libre est indispensable pour désamorcer les conflits - Il faut des responsabilités bien définies 	<ul style="list-style-type: none"> - Le télétravail est mis en place pour les cadres - L'autonomie est favorisée : pas de cadre supérieur, un lien direct avec les cadres de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> - Des réunions en petits groupes pour favoriser une expression libre et désamorcer les conflits - Des délégations de missions claires - une fois par mois une réunion entre CPP et cadres avec un ODJ et CR - Tous les mois un bureau de pôle avec les agents - Tous les jeudis des réunions flashs 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de postes vacants 	<ul style="list-style-type: none"> - Des fiches de poste bien faites sont facteurs d'attractivité et vecteurs de bien être au travail avec la définition précise des missions confiées - Développer l'écoute et la confiance envers les équipes
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre depuis 4 ans - 610 PNM, 135 PM - Beaucoup de restructurations depuis 4 ans, des changements de culture pour les professionnels - Réduction du nombre de lits 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT n'est pas dissociable de ce qui est fait au quotidien et du ressenti 	<ul style="list-style-type: none"> - Un film sur le SAU et le circuit - Une newsletter en réamed - Un trombinoscope en HDJ - Des questionnaires de satisfaction sont faits auprès des patients avec la participation des soignants - Des livrets d'accueil pour les nouveaux arrivants 	<ul style="list-style-type: none"> - Le cadre de proximité est un chef d'équipe - Le label hospitalité permet d'avoir des objectifs atteignables et de mobiliser les équipes - Un conseil de service une fois par an - Des fêtes de services très appréciées - 3 semaines à 1 mois d'intégration pour les nouveaux arrivants 	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux structurer la communication et utiliser les smartphones par exemple - Créer une newsletter RH pour le pôle qui annonce les départs et les arrivées - Valoriser les compétences des professionnels en les associant et en les faisant participer aux projets - Veiller aux retours sur les 	
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre du pôle depuis janvier - 460 PNM éparpillés géographiquement 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT des professionnels dépend d'une charge en soin adaptée 	<ul style="list-style-type: none"> - LOL project qui avait été mis en place dans un autre établissement : une équipe vient prendre des photos des soignants et soignés et une frise est réalisée pour le service 	<ul style="list-style-type: none"> - La proximité est essentielle et le cadre de pôle doit aussi être proche de ses cadres : une réunion mensuelle pour échanger 	<ul style="list-style-type: none"> - Une ambiance de "fin de règne". Le chef de pôle ne recandidate pas dans le cadre des DMU. Beaucoup de questions restent sans réponse sur la suite des événements. - Problème de la mobilité des cadres et questions sur le futur schéma d'encadrement - Un absentéisme important 9% - Les procédures RH ne sont pas harmonisées pour les délais de départ par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> - Harmoniser les procédures RH entre pôle et GH (exemple des délais de départ et le CET) - Les conditions matérielles doivent être une priorité (achat de tensiomètres, lits, fauteuils, leve-malade, etc.). L'enveloppe budgétaire n'est pas assez élevée (12 000 euros alors qu'un tensiomètre en coûte 3000) - Créer des parcours professionnels pour les cadres

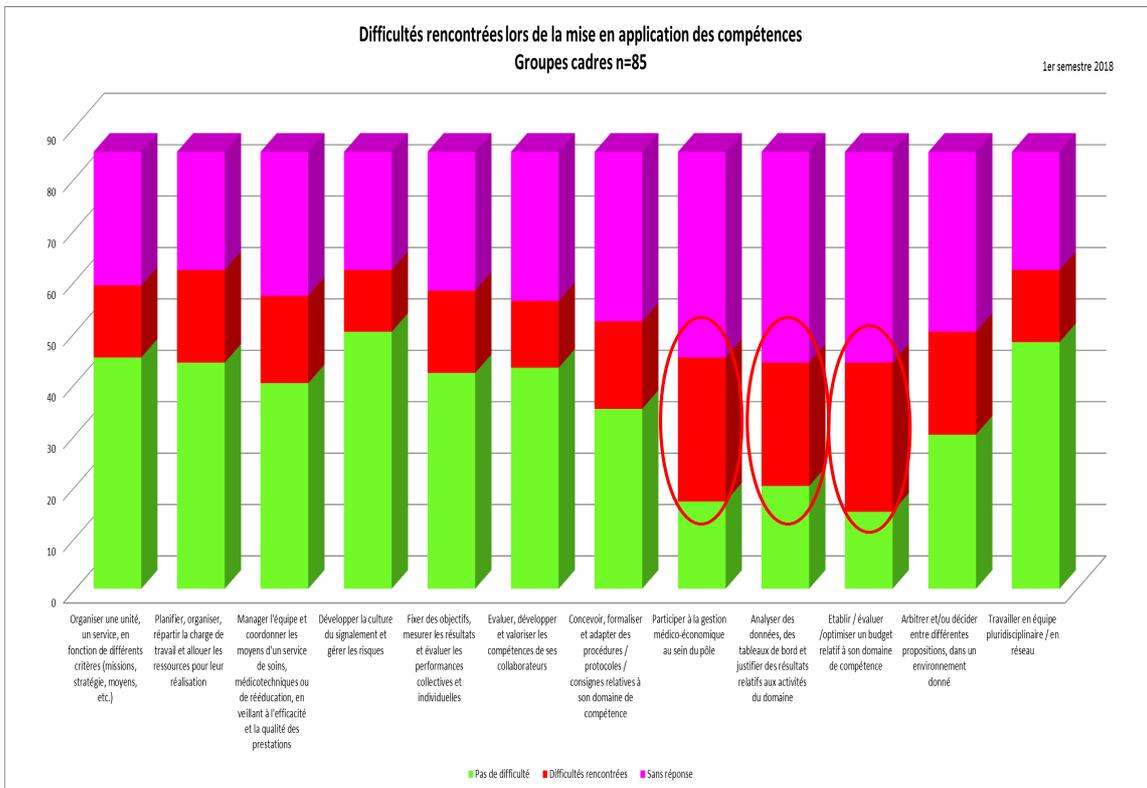
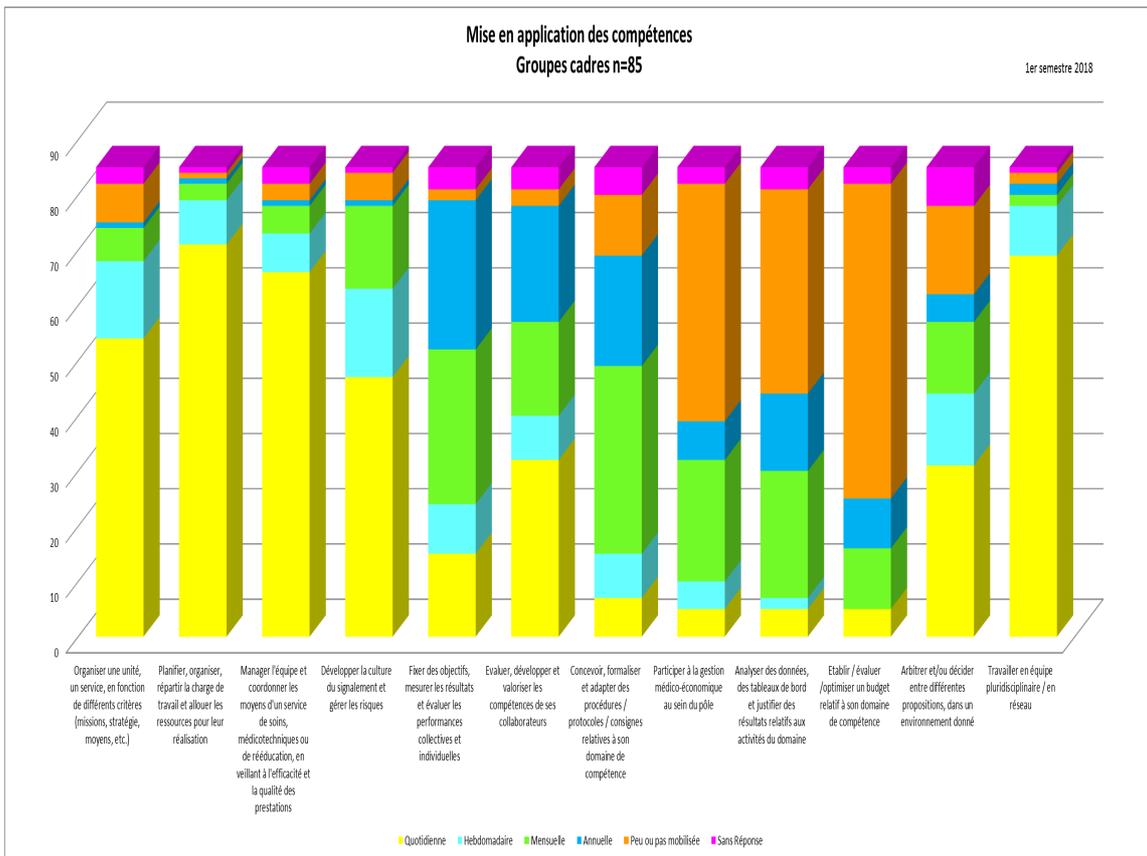
Description du pôle, historique et contexte actuel		Thèmes abordés			
actuel	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre du pôle depuis 2015 - 350 PNM - Un pôle très divers avec le centre du sommeil, des HDJ dans plusieurs disciplines 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT c'est un encadrement qui s'occupe des équipes et elle dépend beaucoup du management - Un bon manager saura écouter les besoins des équipes en matériel par exemple et y répondre 	<ul style="list-style-type: none"> - Le télétravail est mis en place pour les cadres 	<ul style="list-style-type: none"> - Les lieux de rencontres informels sont très précieux comme la cafétéria où souvent des solutions sont trouvées - Les moments de convivialité hors du travail sont aussi bénéfiques pour la cohésion des équipes - Des réunions rapides de 10 minutes à 10h pour parler des problèmes 	<ul style="list-style-type: none"> - Les procédures sont lourdes et complexes, par exemple pour les commandes de médicaments ou le recrutement d'agents - Le coût des logements et les temps de transport freinent la QVT 	<ul style="list-style-type: none"> - Les fonctions logistiques doivent être fluidifiées grâce à la numérisation notamment - De la même manière, les pièces administratives pour les recrutements devraient être dématérialisées
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre depuis 2009, 3ème mandat - 430 PNM, 22 cadres de proximité, 1 cadre sup au SAU 	<ul style="list-style-type: none"> - La reconnaissance est très importante - L'écoute des besoins des personnels est indispensable - L'équité doit être recherchée 	<ul style="list-style-type: none"> - Une sophrologue est disponible tous les 15 jours 		<ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés de recrutement. Un manque d'attractivité de la FPH - Des conditions de travail qui se sont dégradées et beaucoup de temps passé en CHSCT - Des équipes de plus en plus instables 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidifier les relations entre la DRH et les services, c'est-à-dire donner du crédit aux demandes d'effectif supplémentaire - La formation améliore la qualité de vie au travail
<ul style="list-style-type: none"> - Mandat de CPP depuis 2014 - 350 PNM et 180 techniciens - Un pôle où les agents ne sont pas en contact direct avec les patients 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT comprend aussi bien les aspects matériels comme le remplacement des équipements et les travaux dans les locaux que le fait que chaque agent prenne soin de lui-même et soit heureux de venir au travail - Chaque cadre de proximité doit pouvoir détecter des risques psycho-sociaux dans son équipe et y répondre en accompagnant son agent 		<ul style="list-style-type: none"> - Des objectifs personnels de qualité de vie au travail ont été intégrés aux évaluations : trouver une chose à améliorer dans son travail, faire une activité pour son bien-être émotionnel - Une formation pour les nouveaux arrivants a été mise en place à la suite des résultats d'un questionnaire montrant les connaissances lacunaires de l'organisation de l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> - Un questionnaire sur la connaissance de l'organisation de l'hôpital. Des résultats qui montrent que l'identification de l'administration reste lacunaire : 3% seulement connaissent le directeur des soins 	

Description du pôle, historique et contexte actuel	Thèmes abordés				
	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre depuis 2015 - 400 PNM, 60 PM, 2 cadres sup 		<ul style="list-style-type: none"> - Les lève-malades sont très utiles et allègent les risques de TMS - Un espace qualité de vie au travail - Des cours de yoga, shiatsu, pilates à 7€ la séance 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation aux enquêtes de la DRH pour l'amélioration des conditions de travail - Réunion des cadres toutes les semaines 	<ul style="list-style-type: none"> - Une charge en soins de plus en plus lourde et une baisse des effectifs dans le même temps - Un matériel vétuste dans le pôle 	<ul style="list-style-type: none"> - Une salle de sieste serait utile pour les personnes qui ont beaucoup de temps de transport
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre du pôle depuis septembre - 300 PNM, 170 PM - Un pôle complexe avec 3 chefs de service sur un même périmètre et la nécessité d'absorber les urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - Le premier niveau de la qualité de vie au travail est la qualité relationnelle - La reconnaissance, le respect, l'écoute sont des fondamentaux - Les cours ne suffisent pas à la qualité de vie au travail 		<ul style="list-style-type: none"> - Des réunions conviviales tous les 15 jours avec l'ambition de laisser la parole libre 	<ul style="list-style-type: none"> - Des patients de plus en plus lourds et complexes à gérer - Une "paupérisation" des PNM - Beaucoup de turn-over qui nuit à la solidarité des équipes et leur 	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'enveloppe de surprimes pour envoyer un message plus fort et distinguer ceux qui sont plus impliqués - Le télétravail est à mettre en place - La crèche devrait accepter les enfants avant quatre mois
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre du pôle depuis 2011 - 500 PNM 	<ul style="list-style-type: none"> - La reconnaissance est fondamentale mais difficile dans une institution 		<ul style="list-style-type: none"> - Les plannings sont faits longtemps à l'avance - Des congrès sont organisés - Importance du management de proximité - Un déjeuner tous les 3 mois entre la direction des soins et les CPP 	<ul style="list-style-type: none"> - Le recours à l'intérim n'est pas une solution satisfaisante dans des spécialités qui nécessitent des compétences très techniques - Les cadres n'ont pas de salle de détente dédiée - La salle de réanimation n'est pas ergonomique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le sport est un bon vecteur de qualité de vie au travail - Augmenter l'enveloppe des surprimes - Il faut accompagner les fins de carrière grâce à une cellule mobilité, comme celles mises en place lors des restructurations - Individualiser la gestion RH - Faire intervenir un ergonomiste en réa - Mieux expliquer les transformations des organisations et les accompagner

Description du pôle, historique et contexte actuel	Thèmes abordés				
	Définition de la QVT	Outils matériels mis en place	Management	Problèmes identifiés	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> - 3ème mandat de cadre du pôle - 500 PNM - Un pôle vitrine de Necker et avec des résultats financiers positifs - L'état d'esprit des professionnels a change, ils souhaitent une vie plus équilibrée avec leur vie personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - La QVT dépend des conditions de vie personnelle : temps de trajet et logement - La reconnaissance et la valorisation professionnelle sont des piliers de la QVT 		<ul style="list-style-type: none"> - Des moments de convivialité sont organisés comme une fête du pôle une fois par an qui mobilise beaucoup les professionnels. Cette fête se déroule en début d'année avec un après-midi scientifique et ensuite une soirée sur une péniche - Des journées scientifiques sont organisées - Une réunion avec les cadres tous les 15 jours et bureau de pôle 2 fois par an - Des réunions entre cadres de proximité et soignants 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup d'absentéisme, un problème pour les cadres qui doivent trouver des solutions rapidement - Des fermetures de lits pour pallier le manque de personnel - Un problème de temps pour les professionnels - Le self n'est pas bon et les professionnels apportent leur déjeuner - La crèche n'offre pas assez de place et les horaires ne sont pas assez souples pour les professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Les formations par simulation plaisent beaucoup aux personnels (ludique avec un développement des compétences) - Harmoniser le temps de travail des cadres : au forfait à Necker alors qu'à Cochin c'est 10h sur 4 jours - Promouvoir l'équité de traitement des professionnels dans le cadre de P.5 - Favoriser les permanences des cadres la nuit et le weekend et revaloriser les primes - Une revue des ratios de personnels IDE/AS pour avoir des effectifs adaptés à la charge en soin - Favoriser les food trucks ou améliorer la nourriture du self - Elargir l'amplitude horaire de la crèche - Le télétravail doit être mis en place

Annexe 3 : Extraits des enquêtes menées auprès des cadres lors des ateliers du projet managérial



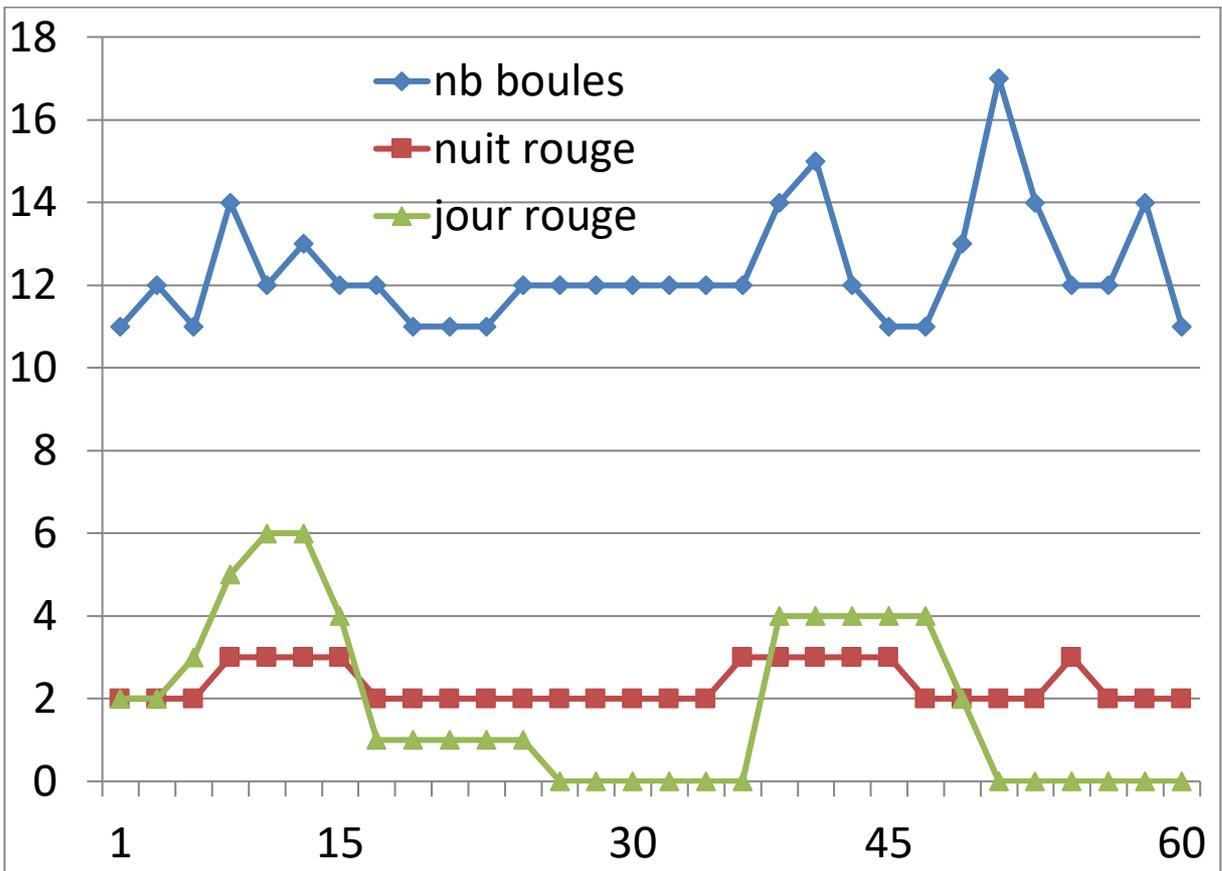


Annexe 4 : Outil de mesure de l'humeur



Satisfaction au travail
Des équipes IDE/AS/MEDI/mois de

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Boule Blanche										une boule par jour et par personne
Bonne journée (nombre)										le tube est vidé chaque 24h
Boule Orange										le weekend le tube sera vidé le lundi matin
Mauvaise journée (nombre)										l'implication de chacun est nécessaire pour pouvoir avancer
										une présentation des résultats chaque mois sera l'occasion de réagir sur les pistes d'améliorations
Les événements										
•										
•										
•										



Satisfaction au travail										
Des équipes IDE/AS/MEDI/mois de										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
										une boule par jour et par personne
Boule Blanche										le tube est vidé chaque 24h
Bonne journée (nombre)										le weekend le tube sera vidé le lundi matin
Boule Orange										l'implication de chacun est nécessaire pour pouvoir avancer
Mauvaise journée (nombre)										une présentation des résultats chaque mois sera l'occasion de réagir sur les pistes d'améliorations

Annexe 5 : Extraits de la charte du bloc opératoire

PREAMBULE :

La charte de fonctionnement, règlement intérieur des blocs opératoires, a pour objectif de définir un schéma de fonctionnement permettant d'assurer la sécurité des soins et l'efficacité des organisations. Sa légitimité repose sur un cadre réglementaire.

1. La Loi n° 91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière stipule :

- **Art. L-710-4** *"les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisations des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité."*

2. L'arrêté du 7 Janvier 1993 :

Bien que destiné initialement aux structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, **l'article 8** retient l'attention des instances judiciaires en cas de dysfonctionnement graves. Celui-ci préconise « *l'organisation du secteur opératoire doit être précisée et consignée dans un document prévu à cet effet. Ce document doit être porté à la connaissance de l'ensemble du personnel intervenant dans la structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.* »

3. Le décret n°94-1050 du 5 Décembre 1994 précise :

- **Art. D-712-42** : *"le tableau fixant la programmation des interventions est établi conjointement par les médecins réalisant les interventions, les médecins anesthésistes et le responsable de l'organisation du secteur opératoire, en tenant compte notamment des impératifs d'hygiène, de sécurité et d'organisation du fonctionnement du secteur opératoire ainsi que les possibilités d'accueil en surveillance post-interventionnelle."*

4. L'ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 souligne :

« En effet, tous les personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs doivent ensemble participer à l'organisation et à la gestion de l'hôpital. Pour allier la qualité des soins et une bonne organisation, la participation active des médecins et des équipes paramédicales de l'hôpital est indispensable. »

5. Circulaire n°DH/FH/2000/264 du 19 Mai 2000 relative à la mise en place des conseils de bloc :

- *« Le directeur arrête la composition nominative du conseil de bloc opératoire. Celui-ci doit comprendre au minimum :*
 - *Le chirurgien intervenant au niveau du bloc opératoire*
 - *Le médecin anesthésiste réanimateur, désigné sur proposition de la CME*
 - *Le responsable de l'organisation du secteur opératoire ; ce responsable pouvant être le cadre de santé infirmier*
 - *Le cadre de santé infirmier anesthésiste*
 - *Le responsable du CLIN ou son représentant y participe en tant que de besoin.*
 - *Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable. »*

- *« Le président du conseil de bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire. Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois sur convocation de son président....D'autres membres peuvent être invités à titre consultatif en leur qualité d'experts selon l'ordre du jour. »*

- *« Les missions du conseil de bloc opératoire portent notamment sur :*
 - a) *la programmation du tableau opératoire en tenant compte des moyens en personnels, des règles de sécurité anesthésique, du type d'intervention et des caractéristiques des patients, en liaison avec les services annexes*
 - b) *la résolution des dysfonctionnements dans les établissements publics de santé*
 - c) *la mise en place des protocoles*
 - d) *la rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire*
 - e) *la proposition d'actions de formation continue médicale et paramédicale en lien avec l'évolution des techniques, l'adaptation des compétences et des objectifs de développement de l'établissement.*

Chaque année le conseil de bloc opératoire établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME. »

8. Le manuel de certification des établissements de santé édité par l'HAS en 2014 rappelle :

- **chapitre 1 / partie 1 : L'organisation et les modalités de pilotage interne / référence 2 :**
*« Les indicateurs et les tableaux de bord sont des outils indispensables au pilotage d'un établissement, d'une équipe, d'un processus pour atteindre les objectifs visés. Des bilans périodiques doivent être organisés pour permettre à la direction et aux responsables d'évaluer la bonne réalisation et l'efficacité des actions mises en œuvre.
Les établissements doivent mettre en place des indicateurs en fonction des priorités que l'établissement s'est fixées, telles que : des indicateurs d'activité (ou indicateurs de gestion) qui apportent des informations sur l'activité des services ou sur la fréquence de certaines opérations (taux d'occupation, nombre de réorientations, nombre de transferts, etc.) ».*

- **chapitre 2 / Prise en charge du patient – partie 4 / Prise en charge spécifique / référence 26 Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle / critère 26.a Organisation du bloc opératoire :**
« Afin de rendre l'intervention plus sûre et de réduire l'occurrence des événements indésirables évitables, l'organisation du bloc opératoire doit prévoir la mise en place d'outils... tels que la checklist de l'OMS, sur la sécurité chirurgicale ».

9. Vers des blocs opératoires plus sûrs et plus performants

Recommandations élaborées par le groupe « optimiser l'organisation des blocs opératoires » projets prioritaires pour l'AP-HP -2012.

ARTICLE 27 -

Chaque membre du personnel qui œuvre au bloc opératoire doit respecter les règles élémentaires de savoir-vivre et de savoir être en collectivité. Le respect de tous les personnels, la politesse, le respect de l'environnement de travail et du matériel sont exigés de tous. Les rixes, insultes, comportement agressifs ou humiliants, incivilités, menaces sont interdits au bloc opératoire. Il en est de même de tout agissement raciste ou discriminatoire, ou à caractère sexuel au sens des dispositions du Code du travail et du Code pénal.

En cas de manquement constaté aux règles de la présente charte, chaque professionnel en réfère sans délai aux président et vice-président du conseil de bloc, au président de la commission médicale d'établissement et au directeur du groupe hospitalier qui prennent, en concertation, toutes les mesures appropriées au regard du manquement, des circonstances et des conséquences

ANBAR

Anne-Sophie

Octobre 2019

Directeur d'hôpital

Promotion 2018-2020

Comment concrétiser la qualité de vie au travail à l'hôpital ?

L'exemple de l'hôpital européen Georges Pompidou

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - Rennes

Résumé :

Comment concrétiser la qualité de vie au travail à l'hôpital ? Question dont la complexité de la réponse est équivalente à la complexité de la mise en œuvre de la qualité de vie au travail dans le contexte hospitalier. D'autant plus lorsque l'hôpital est engagé dans une réorganisation d'ampleur. Comprendre d'où vient le concept de qualité de vie au travail et comment il imprègne désormais l'action des professionnels est un premier pas.

L'hôpital européen Georges Pompidou s'est engagé dans une réorganisation en fusionnant avec deux autres établissements de l'AP-HP. Dans ce cadre, l'analyse des discours des nombreux acteurs de l'hôpital sur leur vision de la qualité de vie au travail et le recensement des actions dans ce domaine dans trois établissements différents ont conduit à faire ressortir les principes d'un management favorable à la qualité de vie au travail.

Le management sous des formes innovantes peut être une réponse à l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels dans un contexte budgétaire de plus en plus contraint et la mise en œuvre de réorganisations. Pour autant, les enjeux diffèrent selon les corps de métier et la mise en œuvre d'une politique de qualité de vie au travail cohérente doit s'accompagner d'un pilotage institutionnel fort. La posture du « servant leadership » apparaît comme une réponse aux difficultés des professionnels en innovant dans des structures qui restent très centralisées et hiérarchisées.

Favoriser la qualité de vie au travail nécessite dès lors un travail important d'acculturation de tous les professionnels sur la question ainsi qu'une prise en charge globale et systémique du sujet.

Mots clés :

Qualité de vie au travail, hôpital, management participatif, servant leadership, pratiques innovantes, réorganisation, risques psychosociaux, direction des ressources humaines, direction des affaires médicales

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.