



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2020 –

**« SOUTENIR LA QVT EN EHPAD PAR UNE
DYNAMIQUE D’INNOVATION CENTRÉE SUR LA
QUALITÉ DU TRAVAIL : ANALYSE DES PRATIQUES
DES EXPÉRIMENTATIONS DES CLUSTERS ARS-
ARACT »**

– Groupe n° 6 –

Arthur AYRAUD COLLINEAU

Adilia BONNET

Béatrice DENEUVILLE

Sandrine CHAUVEL

Marie-Amélie CLOEZ

Anne GRANDVALET

Jaëlle PEN--FEUILLETTE

Thomas VALLEGANT

Aristide VINDRET

Animatrice

Mme Christelle ROUTELOUS, EHESP

Sommaire

Sommaire	2
Remerciements.....	4
Liste des sigles utilisés	5
Méthodologie.....	6
Introduction	1
Chapitre 1 : Généraliser et pérenniser une expérimentation locale et temporellement limitée, la méthode cluster QVT : un outil innovant et adaptable	4
A.Le Cluster QVT : une démarche collective originale d’acquisition d’une méthode et d’outils en faveur de la qualité de vie au travail de l’ensemble du personnel.....	4
1. Un objectif à atteindre fondé sur une approche proactive des acteurs	4
2. Une démarche dynamique à l’origine de projets diversifiés.....	6
B.Analyse des forces et faiblesses de la démarche au regard de l’objectif de pérennisation de la réflexion QVT au sein des établissements	7
1. Une méthode innovante, ouverte et favorisant les dialogues en interne et en externe.....	7
2. Des écueils identifiés à corriger pour pérenniser la méthode au service du développement de la qualité de vie au travail en établissement.....	10
Chapitre II : Au-delà de ses apports sur le plan individuel, la démarche cluster permet d’engager une dynamique collective d’autonomisation des établissements dans le champ de la QVT	11
A.Un accent mis sur le développement du collectif	12
1. Une dynamique de co-construction collective	12
2. Un outil de valorisation du capital humain sur le plan individuel mais également collectif ..	14
B.Une démarche devant permettre une pérennisation des apprentissages et des compétences acquis par les acteurs	16
1. Une appropriation inégale de la méthode conduisant à des degrés divers d’autonomisation collective des établissements.....	16

2. Les facteurs d'amélioration pour pérenniser la démarche QVT dans les établissements parties au cluster	18
---	----

Chapitre III : Le manager dans l'expérience cluster : un rôle d'initiateur et de garant de la continuité des actions engagées

A.Le management dans l'expérience cluster : attentes et écueils	20
--	-----------

1. Les attentes vis-à-vis des managers dans le cadre de la méthode cluster	20
--	----

2. Les écueils à éviter	22
-------------------------------	----

B.Le rôle de la direction dans l'instauration d'une culture professionnelle incluant la QVT	23
--	-----------

1. Le management et la direction à l'origine de l'impulsion d'une politique SQVT.....	23
---	----

2. Le management participatif comme moteur de la QVT.....	24
---	----

Conclusion.....	26
------------------------	-----------

Bibliographie.....	29
---------------------------	-----------

Liste des annexes	1
--------------------------------	----------

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif type à destination des membres des binômes/trinômes des établissements du panel	2
---	----------

Annexe II : Liste des professionnels interrogés	5
--	----------

Annexe III : Grilles d'analyse des entretiens.....	6
---	----------

Annexe IV : Tableau récapitulatif des recommandations pour favoriser la pérennisation de la démarche QVT dans les EHPAD participant aux clusters sociaux.....	28
--	-----------

Remerciements

Nous remercions chaleureusement Christelle Routelous, enseignante-chercheuse à l'Institut du management-EHESP et animatrice de ce module interprofessionnel, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son soutien tout au long de notre travail.

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans les nombreux témoignages des agents de terrain qui, en plus de nous accorder un peu de leur temps, ont accepté de partager avec nous leur quotidien au travail, leur regard propre sur la méthode cluster ainsi que leur expertise sur la question traitée. Qu'ils soient assurés de notre reconnaissance.

Le mémoire qui suit aurait été incomplet sans les informations obtenues auprès des experts travaillant au sein des ARACT, des CARSAT et de la HAS qui ont accepté, avec enthousiasme et bienveillance, de partager avec nous leur vision de la QVT et de la démarche cluster, nous permettant ainsi d'élargir notre regard et d'éclairer utilement le matériau recueilli dans les établissements.

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail

ANI : Accord National Interprofessionnel

AMP : Aide Médico-Psychologique

ARACT : Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant(e)

ASH : Agent(e) de Service Hospitalier

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DT : Délégation Territoriale

ESMS : Établissement Social et Médico-Social

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État Coordinateur(trice)

MAM : Maison d'Assistant(e)s Maternel(le)s

MIP : Module Interprofessionnel de santé publique

PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés

RPS : Risques Psychosociaux

QVT : Qualité de Vie au Travail

SQVT : Santé et Qualité de Vie au Travail

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Méthodologie

Notre groupe, composé de trois élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeurs d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux, deux élèves directrices des soins et une élève attachée d'administration hospitalière, s'est réuni régulièrement en visioconférence avec notre animatrice pour définir une organisation et des modalités de travail communs.

ORIGINE ET CADRAGE DU SUJET

L'EHESP a contractualisé un partenariat de recherche avec les ARS Bretagne et des Pays-de-la-Loire, dans lequel la question de la QVT était un axe prioritaire. Notre animatrice, enseignante chercheuse à l'EHESP-IDM, a proposé de réaliser une évaluation des « clusters QVT » et de leurs conséquences sur la dynamique d'instauration d'une culture de la santé-qualité de vie au travail dans les EHPAD ayant participé à l'expérimentation. Il a été convenu de confier ce travail à des élèves fonctionnaires dans le cadre d'un MIP. L'enjeu pour notre groupe était donc à la fois de respecter les canons de l'exercice en menant un travail de recherche centré sur l'analyse d'une problématique de santé publique et de lui donner une portée opérationnelle en envisageant une restitution à destination des ARS commanditaires. Nous avons choisi la problématique de façon collégiale afin de concilier ces deux exigences et sur les conseils avisés de notre animatrice.

MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL

Nous avons commencé par prendre connaissance de trois documents proposés par notre animatrice afin de disposer d'un tronc commun de connaissances sur le sujet et déterminer le cadre dans lequel inscrire notre travail : le rapport Abord de Chatillon sur la prévention des RPS dans le secteur hospitalier¹, le rapport d'évaluation des clusters sociaux de la HAS² et un exemplaire d'appel à candidatures en direction des établissements médico-sociaux³.

Nous sommes ensuite convenus de mener des entretiens semi-directifs, au moyen d'un guide élaboré en commun (annexe I). Les entretiens ont été réalisés avec les membres de trinômes d'EHPAD ayant participé à un cluster QVT. Le choix des terrains d'étude s'est fait en tenant compte des établissements présélectionnés par notre animatrice à partir d'une liste restreinte

¹ ABORD DE CHATILLON Emmanuel, *La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 »*, 2016

² HAS. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.*, mai 2019.

³ ARS Bretagne. *Appel à candidatures. Cahier des charges clusters QVT en direction des ESMS.*, 2019

transmise par les ARS, de la diversité des statuts d'EHPAD existant et d'une répartition géographique équitable (3 EHPAD en Bretagne et 3 EHPAD en Pays-de-la-Loire) (voir annexe II). Tous les établissements ont donné leur accord pour participer.

Pour enrichir notre matériau de travail nous avons également mené des entretiens transversaux auprès d'un chargé de mission prévention d'une CARSAT, de chargés de missions des deux ARACT et de la directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS (voir annexe II). Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits.

Pour exploiter les données recueillies, nous nous sommes servis d'outils classiques de l'analyse de données empiriques (matrices SWOT, monographies d'établissements, grilles d'analyses des entretiens) afin de confronter les informations recueillies auprès des divers acteurs et de dégager les enjeux de la méthode et des pratiques récurrentes.

Le plan a été formalisé au cours d'une discussion collégiale après lecture par chacun de l'ensemble des informations recueillies. Nous nous sommes ensuite répartis en sous-groupes afin de prendre en charge la rédaction des différentes parties identifiées. La relecture et l'harmonisation se sont faites de façon collective, en demandant conseil à notre animatrice lorsque cela était jugé nécessaire.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Dans un contexte perturbé par l'épidémie de covid-19, il a parfois été difficile d'obtenir les entretiens souhaités dans chacun des EHPAD de notre panel. Ainsi, au sein de l'établissement n°6, nous n'avons interrogé que le représentant de la direction car leur démarche n'était pas assez avancée ce qui a nécessairement réduit la qualité de notre analyse.

Nous avons également été confrontés à la différence de niveaux d'avancement de l'expérimentation entre les régions Bretagne et Pays-de-la-Loire. Dans notre panel se sont ainsi côtoyés des EHPAD bretons ayant achevé la démarche et des établissements ligériens participant à un cluster encore en cours. S'il a fallu en tenir compte dans notre analyse et l'adapter, cet élément a également permis d'enrichir notre travail.

Enfin, certains d'entre nous ont été confrontés à la difficulté de mener des entretiens avec des personnels peu habitués à l'exercice ou peu coutumiers des termes employés (SQVT, espaces de dialogue, RPS, etc.). Il a fallu adapter notre posture afin de mettre en confiance les interlocuteurs interrogés et recueillir les données utiles à notre travail d'exploitation.

Introduction

« Il y a ce qu'on pourrait appeler un glissement lexical permanent du vocabulaire, la manière de dire la chose ne tient pas en place. »⁴

Par ces mots, le psychologue du travail Yves Clot soulignait le caractère flou et labile de la notion de qualité de vie au travail, pourtant placée aujourd'hui au cœur des discours managériaux et en particulier dans le secteur sanitaire et médico-social.

Les origines du concept de QVT remontent aux années 1950, dans la lignée des premiers travaux critiques du système de Taylor, avant d'être approfondis et développés à partir des années 1970 par des chercheurs américains qui lui donnent ses premières définitions. En France, où les questions de santé au travail se concentrent traditionnellement sur les problématiques d'intensité du travail et de prévention des risques professionnels, les sciences sociales convergent à partir des années 2000 pour faire du concept de QVT *« le point d'articulation entre santé et travail »*⁵. Il est désormais placé au centre d'un nouveau paradigme théorique promouvant un élargissement du pouvoir d'agir des salariés sur leur travail – analysé comme une *« clé de voûte de la santé et de l'efficacité »*⁶– et d'une mise en discussion du travail dans les organisations. Parallèlement, dans un contexte mettant sur le devant de la scène médiatique et politique les questions de santé au travail (affaire France Télécom, création d'observatoires, enquêtes sur le harcèlement au travail) la QVT est progressivement mise à l'agenda politique. Ainsi, l'accord national interprofessionnel⁷ signé par les principaux partenaires sociaux en juin 2013 fournit un premier cadre pour l'amélioration de la QVT et en propose une définition : *« Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la QVT qui en résulte »*. La même année, un accord-cadre⁸ oblige les employeurs publics à se doter d'un plan d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux. La directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la HAS complète la définition de l'ANI en affirmant que *« c'est une notion qui permet de mettre en dialogue la condition de travail, la question de la qualité de ce qui est produit et la performance économique »* : c'est *« redonner*

⁴ CLOT, Yves. « Travail et pouvoir d'agir », 8 juillet 2018, conférence à la librairie Mollat de Bordeaux [<https://youtu.be/tV1DpO8LF9U>].

⁵ HAS. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.*, mai 2019.

⁶ CLOT, Yves. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF, 2008 (coll : Le travail humain).

⁷ « Vers une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail et de l'Égalité Professionnelle », Accord National Interprofessionnel, 19 juin 2013.

⁸ Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, 22 octobre 2013
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020 - 1 -

une place entre les enjeux de production et de performance et la question de la vie au travail pour les professionnels ». Comme le souligne un guide produit par une ARS⁹, les enjeux de la QVT dans les organisations sont multiples : soutien à la performance économique et sociale globale, meilleure cohésion interne, plus grande cohérence dans les négociations, amélioration du dialogue social.

Le secteur du soin n'échappe pas à cette dynamique, la mise en place d'une démarche QVT étant analysée comme un impératif car vue comme « *un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins* »¹⁰. En outre, plusieurs indicateurs sont révélateurs d'une QVT dégradée dans les ESMS. Comme le souligne un contrôleur de sécurité d'une CARSAT, le secteur est particulièrement sujet aux accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux de fréquence des accidents en EHPAD de 59 alors que la moyenne nationale est de 22,7. Enfin, la nécessité de prévenir l'absentéisme et d'améliorer l'attractivité globale des établissements justifie de travailler sur ces questions. En conséquence, une stratégie nationale d'amélioration de la QVT intitulée "Prendre soin de ceux qui nous soignent" est lancée en 2016 par le ministère des Solidarités et de la Santé. Elle identifie trois axes majeurs : « donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique », « améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels de santé au quotidien » et « accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux ». En 2018, un observatoire national de la QVT des professionnels de santé et du médico-social est mis en place.

C'est dans ce contexte que s'inscrit la création des clusters sociaux QVT, « créés pour servir de dispositif pratique au déploiement effectif de la QVT dans les établissements de soin »¹¹. Initiés par la HAS, la DGOS puis la DGCS, les clusters consistent en un accompagnement des établissements de soins (sanitaires et médico-sociaux) dans le but de leur donner des outils et des conseils pour déployer des projets et des expérimentations relatifs à la QVT. Après réponse à un appel à candidatures lancé par l'ARS qui finance les projets, les établissements sélectionnés bénéficient ainsi d'un accompagnement par des intervenants de l'ARACT pendant environ un an. Au-delà de cet accompagnement personnalisé, les clusters ont vocation à regrouper plusieurs établissements afin de dégager une dynamique inter-établissements fondée sur le partage et le

⁹ ARACT PACA, ARS PACA. *La démarche QVT dans les établissements de santé. Un retour d'expérience en région. Le cluster QVT Provence-Alpes-Côte-D'azur.*, 2017

¹⁰ ANACT, 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.*, 2017

¹¹ HAS. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.*, mai 2019.

retour d'expérience. Faisant suite aux premiers clusters lancés à destination des établissements de santé à partir de 2016, une instruction de 2018 prévoit la mise en place de nouveaux clusters QVT en direction des ESMS sur la période 2019-2020¹². Dans ce cadre, l'ARS Bretagne a lancé 4 clusters : un premier à destination d'établissements de santé désormais achevé, un second –auquel participaient les établissements bretons de notre panel– à destination d'EHPAD désormais achevé et deux clusters encore en cours à destination d'EHPAD et d'établissements accueillant des personnes handicapées. L'ARS Pays-de-la-Loire a lancé 3 clusters encore en cours exclusivement à destination d'établissements médico-sociaux et auxquels participent les établissements ligériens de notre panel.

Notre travail s'inscrit dans la continuité du premier rapport transversal d'évaluation des clusters produit par la HAS¹³ en 2019, celui-ci concernant toutefois le niveau national et ne se centrant pas sur les ESMS. Comme l'équipe responsable de cette évaluation, nous ne cherchons pas à « *évaluer, par un indice synthétique, les effets du dispositif Cluster Sociaux sur la QVT (...), c'est-à-dire sur le sentiment de bien-être, sur la qualité des soins et sur la performance des établissements* »¹⁴. L'enjeu est bien de savoir si, au travers de la démarche cluster et de l'accompagnement renforcé des établissements qu'elle induit, une véritable culture de la QVT –à l'image de la culture de la qualité des soins qui se développe depuis plusieurs années– s'est imposée dans les ESMS concernés.

Dans ce contexte, notre étude s'interroge sur la dynamique des clusters QVT. Ont-ils permis de développer de façon pérenne le pouvoir d'agir sur « le travail réel » des agents, équipes et membres de l'encadrement dans les ESMS ?

La diversité des situations auxquelles nous avons été confrontés au sein des EHPAD ainsi que le caractère limité dans le temps de l'expérience cluster nous a poussé à approfondir les ressorts de la démarche afin d'en déterminer sa portée potentielle (I). De même, la littérature relative à la QVT en EHPAD ainsi que le matériel empirique obtenu lors des différents entretiens ont permis de mettre en exergue les apports individuels mais surtout collectifs attendus à long terme par les établissements (II). Enfin, l'importance stratégique de la fonction managériale dans cette expérience nous a motivé à placer une focale spécifique sur l'encadrement et la direction afin de

¹² Instruction n°DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux.

¹³ HAS. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.*, mai 2019.

¹⁴ *Ibid.*

tirer des enseignements opérationnels et aboutir à une conduite efficace du changement vers une culture professionnelle plus inclusive de la QVT (III).

Chapitre 1 : Généraliser et pérenniser une expérimentation locale et temporellement limitée, la méthode cluster QVT : un outil innovant et adaptable

L'objectif principal du cluster QVT, selon plusieurs chargés de mission de l'ARACT, consiste à engager une réflexion autour du travail réel et quotidien en établissement médico-social. Il donne lieu à une approche collective du travail basée sur la communication entre les acteurs de chaque établissement.

A. Le Cluster QVT : une démarche collective originale d'acquisition d'une méthode et d'outils en faveur de la qualité de vie au travail de l'ensemble du personnel

Conformément à l'objectif fixé par l'ARS, les professionnels engagés dans le cluster doivent acquérir et s'approprier des méthodes et outils pour devenir les véritables acteurs de la démarche aboutissant à des projets diversifiés.

1. Un objectif à atteindre fondé sur une approche proactive des acteurs

Le cahier des charges de l'ARS Bretagne¹⁵ rappelle que « *l'objectif principal de la démarche est d'accompagner les directions, les représentants du personnel et les professionnels au sein d'ESMS, en leur permettant d'acquérir des méthodes et outils pour expérimenter une démarche d'action en faveur de la qualité de vie au travail. Cette action vise à "apprendre en faisant" pour développer/renforcer la qualité de vie au travail au sein des ESMS.* »

Cette démarche participative animée en interne au sein de chaque établissement est soutenue par l'ARACT (apports de méthodes, outils, appuis ponctuels auprès de chaque établissement). Membre d'un réseau national piloté par ANACT, les ARACT sont des associations paritaires employant des salariés aux compétences pluridisciplinaires et dont l'objectif est d'améliorer les conditions de travail des salariés et la performance des organisations. À ce titre, la QVT représente une de leur thématique d'intervention majeure.

Les établissements ont été sélectionnés en fonction de critères préétablis par les DT des ARS : la maturité du projet QVT et un dialogue social apaisé. Les établissements présentant un climat social dégradé et un taux d'absentéisme très élevé étaient considérés comme relevant d'un

¹⁵ ARS Bretagne. *Appel à candidatures. Cahier des charges clusters QVT en direction des ESMS.*, 2019

premier travail axé sur les RPS et en conséquence n'ont pas été retenus. Les ARACT à la demande des ARS ont décliné la méthode de cluster QVT selon le programme suivant :

- Une première journée collective réunissant les EHPAD du cluster par régions ;
- Des points d'étapes collectifs à intervalles réguliers avec les acteurs des ARACT pour la déclinaison de la méthode cluster et son suivi ;
- Quatre demi-journées d'accompagnement en présentiel sont proposées au COPIL et aux groupes de travail de chaque établissement.

Quatre étapes jalonnent la méthode :

1. Le cadrage du projet avec l'élaboration de documents pour aider à la mise en place du COPIL et du ou des groupes de travail ;
2. Le diagnostic réalisé à l'aide d'outils élaborés par les ARACT ;
3. L'expérimentation menée par chaque établissement avec la mise en place d'espaces de discussions ;
4. La pérennisation.

Ainsi tous les établissements engagés dans un cluster QVT ont tout d'abord réalisé un diagnostic, en utilisant différentes méthodes d'investigation comme le safari photo et les enquêtes auprès des personnels. Un état des lieux est alors réalisé, les problématiques à prendre en compte sont priorisées pour enfin construire et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Cette étape et ces outils ont ainsi permis de mettre en évidence les projets devant permettre d'améliorer les conditions de travail des personnels. Les professionnels sont reconnus comme des experts de leur travail et sont alors « force de propositions » pour la mise en place d'actions concrètes.

Cette démarche est donc fondée sur l'organisation d'un dialogue sur les difficultés du travail réel au sein de l'établissement via un diagnostic partagé via la mise en place :

- D'un binôme (direction et représentant du personnel) ou d'un trinôme (direction, représentant du personnel et personne ressource impliquée dans l'organisation et l'amélioration des conditions de travail : médecin, IDEC, chargé de prévention, référent qualité, encadrant...);
- D'un ou plusieurs groupes de travail pluri professionnel(s) ;
- D'un comité de pilotage (COPIL) qui intègre des acteurs de direction (directeur ou directeur des ressources humaines...), des représentants des syndicats, le médecin coordonnateur, le médecin du travail (le cas échéant), des membres de l'encadrement, des membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS).

La particularité de cette démarche est donc d'enclencher une dynamique collaborative et partagée à tous les niveaux de l'établissement, en s'appuyant sur la capacité du personnel à identifier les ressources permettant de progresser collectivement.

2. Une démarche dynamique à l'origine de projets diversifiés

La démarche Cluster QVT mise en œuvre dans les établissements volontaires a permis de voir émerger des projets diversifiés qui sont à l'origine d'une nouvelle dynamique d'amélioration de la qualité de vie au travail des personnels. Les tableaux suivants résument les situations observées dans les différents EHPAD de notre panel (voir annexe III).

Tableau N°1 : Présentation synthétique de la démarche cluster QVT au sein des établissements de notre panel.

	Établissement 1	Établissement 2	Établissement 3
Composition du trinôme ou binôme QVT	Directrice Qualificienne AS secrétaire du CHSCT	IDE coordinatrice faisant fonction de cadre Ergothérapeute AS élue au CHSCT	Directeur des RH AS représentante syndicale
Problème(s) traité(s) dans le cadre de la démarche	<p>Actions autour des bons de sorties des résidents : nouvelle procédure, communication auprès des familles, adresse mail dédiée.</p> <p>Actions autour du non-respect des tâches : changement du logiciel de soin, plan de soin et fiches de tâches rentrées sur tablettes à disposition des soignants.</p> <p>Actions autour de la fin de vie : amélioration de la communication entre le médecin coordonnateur, la psychologue et les infirmiers.</p>	<p>Objectif « zéro porté » pour les agents :</p> <p>→ Initiation d'un groupe de parole sur ce thème</p>	<p>Actions autour de la gestion des résidents avec troubles comportements en dehors des heures PASA : adaptations architecturales en cours</p> <p>Temps de pause pour les agents du PASA</p> <p>Réflexion autour d'un espace de pause extérieur pour les agents.</p>

État d'avancement de la démarche	Achevée	Démarche entamée en juin 2019 mais freinée par l'épidémie de covid-19	Adaptation architecturale : travaux en cours. Temps de pause PASA : achevé Espace de pause extérieur : inachevé
---	---------	---	---

Tableau N°2 : Présentation synthétique de la démarche cluster QVT au sein des établissements de notre panel.

	Établissement 4	Établissement 5	Établissement 6
Composition du trinôme ou binôme QVT	Directeur Infirmière cadre qualité AMP représentante syndicale	Directeur Cadre de santé AS représentante du personnel élu au CTE	Directrice RH IDE hygiéniste représentante du personnel
Problème traité dans le cadre de la démarche	Refonte des Projets d'Accueil Personnalisés (PAP).	Création de temps d'échanges formalisés au sein des équipes soignantes sur l'organisation des services via une réorganisation des transmissions	Pas encore initiés
État d'avancement de la démarche	En cours : phase de formation des agents au nouveau dispositif.	Achevée	En cours et fortement freinée par l'épidémie de covid-19

B. Analyse des forces et faiblesses de la démarche au regard de l'objectif de pérennisation de la réflexion QVT au sein des établissements

Notre travail apporte des éléments complémentaires aux évaluations déjà entreprises sur les forces et faiblesses de la méthode qu'il convient d'étudier.

1. Une méthode innovante, ouverte et favorisant les dialogues en interne et en externe

La démarche du Cluster QVT est avant tout présentée dans le rapport d'évaluation transversal de la HAS comme « *un dispositif né pour permettre une réelle dynamique d'expérimentation de la démarche à l'échelle des environnements réels de travail, dans un esprit de consensus garanti par le respect du paritarisme social (...)* »¹⁶.

Il ressort de l'extrait ci-dessus le principe d'expérimentation impliquant : de la nouveauté ; la nécessité de communiquer et de dialoguer pour atteindre ce « consensus » -point également

¹⁶ HAS. *Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.*, mai 2019.

évoqué dans le guide de l'ARACT Bretagne¹⁷ ; le caractère pluri -professionnel de la démarche étant donné la présence de ce « *paritarisme social* » ; l'accompagnement des établissements assuré par les intervenants de l'ARACT. Le travail de recherche mené permet ainsi de confirmer ou d'infirmer ces points positifs et d'en identifier d'autres.

UN CARACTERE NOVATEUR UTILE ET PERTINENT

Le caractère novateur de la démarche se confirme et s'interprète comme une marge de manœuvre intéressante puisque permettant de traiter le sujet le plus approprié aux besoins de chaque établissement partie à la démarche de manière concrète : « *Une forte participation du personnel et une forte appropriation car les groupes de travail portent sur des sujets concrets* » (directeur, EHPAD 1) ; « *J'avais des réticences mais quand je les ai vues revenir, j'ai vu qu'elles avaient été interpellées* » (directeur, EHPAD 2).

DES ESPACES DE DIALOGUES MOBILISES DE TOUTES PARTS

Ensuite, la mention du développement de la communication et du dialogue qu'engendre la démarche fait partie intégrante des retours des interrogés. La démarche permet ainsi de créer des espaces de dialogue aussi bien ascendants (avec la direction par exemple), descendants (de la direction vers les équipes) qu'horizontaux (entre agents de différents services ou encore au sein des groupes de travail où les encadrants échangent sur un point en laissant de côté leur position hiérarchique). Un décloisonnement s'opère dans les établissements libérant ainsi une parole relative au travail en soit et pas forcément centrée sur les soins et l'accompagnement du résident : « *Ils ont fonctionné en interservices (...), ça leur a plu d'échanger sur des sujets qui ne concernent pas qu'un seul service* » (directeur, EHPAD 1) ; « *Si cela vient de la bouche du personnel, la direction le prend différemment (...) on a eu des retours positifs car le personnel était écouté (...) les agents se sont sentis écoutés et avoir le lien avec la direction (...) il y a eu un dialogue, comprendre leur point de vue et prendre du recul sur notre travail cela fait du bien* » (AS, EHPAD 3).

UNE DEMARCHE PLURIPROFESSIONNELLE

Par ailleurs, concernant le côté positif de la démarche pluriprofessionnelle, celle-ci, bien qu'établie comme un prérequis indispensable à la participation à la méthode Cluster notamment pour le groupe pilote, se vérifie et semble évaluée comme un atout pour l'appropriation et la pérennisation. Les établissements ont cherché à impliquer l'ensemble du personnel dans la

¹⁷ ARACT Bretagne. *Espace de discussion sur le travail. Mode d'emploi*. 2017.

démarche à différents niveaux : « *J'ai envoyé un message à tous pour savoir qui était intéressé* » (IDEC, EHPAD 2) ; « *L'importance du décloisonnement des services dans la mise en œuvre de la démarche* » (directeur, EHPAD 1).

UNE METHODE STANDARDISEE ET UN ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISE

Enfin, l'accompagnement par les intervenants de l'ARACT apparaît comme une force de la démarche permettant une appropriation de la méthode pour une utilisation ultérieure : « *Dès qu'il y a un besoin, ils sont disponibles par téléphone, par mail, normalement ils devaient venir une demi-journée pour mettre en place le groupe de travail (...) ils sont vraiment présents* » (IDEC, EHPAD 2) ; « *la méthode est simple, on a des supports supers, bien faits, clés en main* » (qualiticien, EHPAD 1). Un membre d'un trinôme affirme : « *Si l'ARACT n'avait pas été là, je ne pense pas qu'on aurait avancé autant...* » (AS, EHPAD 3).

DES OUTILS DE DIAGNOSTIC APPROPRIABLES

Au-delà des points positifs identifiés par le rapport d'évaluation transversal et confirmés par les entretiens, il apparaît que la structuration de la démarche en soit est un atout pour pousser les établissements à réfléchir à long terme sur la qualité de vie au travail. Ce constat se retrouve dans un retour d'expérience de la démarche cluster en Provence-Alpes-Côte-D'azur¹⁸. Ainsi, la phase préalable de diagnostic pour certains établissements est indispensable car il permet de connaître la place donnée à la QVT en son sein, base pour le choix d'un projet à déployer : « *On a utilisé des questionnaires et des enquêtes sur les trois sites* » (AS, EHPAD 3). De même, pour d'autres établissements, les outils proposés permettent à tout le personnel de se les approprier et de favoriser l'expression pour le déploiement de projets : « *On utilisait des post-it, on utilisait plein de systèmes différents et du coup tout le monde pouvait dire ce qu'il pensait (...) on était libre de marquer ce qu'on voulait sur les post-it.* » (AS, EHPAD 3).

Le rapport d'évaluation transversal de la démarche fait état de points positifs mais a contrario également d'écueils à éviter pour améliorer la méthode. Les différents entretiens ont mis en évidence des faiblesses, à envisager sous l'angle de la pérennisation de la réflexion autour de la QVT dans les établissements médico-sociaux.

¹⁸ ARACT PACA, ARS PACA. *La démarche QVT dans les établissements de santé. Un retour d'expérience en région. Le cluster QVT Provence-Alpes-Côte-D'azur.*, 2017
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020

2. Des écueils identifiés à corriger pour pérenniser la méthode au service du développement de la qualité de vie au travail en établissement

UNE NOTION POLYSEMIQUE

Le premier écueil mis en évidence dans plusieurs des établissements contactés relève du sens donné à la QVT qui peut engendrer un véritable frein au déploiement d'une culture dans les établissements. Il s'avère que bien que l'accompagnement proposé fasse mention dès le départ de ce que revêt la QVT, celle-ci demeure une notion floue, abstraite, peu reliée au concret et ce même après avoir suivi toute la démarche : « *Quand on a eu la formation le premier jour, c'était un peu flou pour tout le monde...les professionnels ne comprenaient pas trop et ne savaient pas ce que c'était* » (ergothérapeute ; EHPAD 2). La QVT paraît finalement appréhendée sur certains versants uniquement et au travers d'actions concrètes : « *Une forte participation du personnel et une forte appropriation du personnel car les groupes de travail portent sur des sujets concrets-et les résultats sont visibles à court terme.* » (Directeur, EHPAD 1).

LE CHOIX DES ANIMATEURS SUR SITE

Le second point de vigilance se situe au niveau du recrutement des participants du trinôme initial. Ainsi, un recrutement non réfléchi, sans faire appel au volontariat et sans mixer différentes catégories de personnel peut amener à confier l'impulsion du projet et la dynamique de mise en œuvre à des personnes peu investies et peu sensibles à la démarche ainsi qu'à l'objectif final. Cet écueil bien que non rencontré dans les établissements concernés par les entretiens aurait pu aboutir à mettre en péril le projet. Pour autant, il est à déplorer dans certains établissements un recrutement opéré par la direction, finalement quelque peu arbitraire qui aurait pu fragiliser la démarche si les participants n'avaient pas *in fine* fait preuve d'intérêt pour le projet : « *À la base je n'étais même pas au courant qu'il y avait une démarche en cours. On m'a dit tu es inscrite, il faut que tu y ailles. Cela s'est fait comme ça. Après cela rentre dans mes compétences, c'est un plus d'y être. C'était la même chose pour les autres membres du groupe* » (ergothérapeute, EHPAD 2) ; « *Ah non au début c'est lui qui devait y participer, il a eu un empêchement, je l'ai remplacé pour la première réunion, du coup j'ai décidé de continuer* » (IDEC, EHPAD 2).

UNE METHODE COMPLEXE ET CHRONOPHAGE

En troisième écueil, il convient de citer la méthode en elle-même qui pour certains participants semble trop scientifique donc difficilement mobilisable, trop découpée et donc trop longue. Ainsi, elle apparaît comme utile mais prend beaucoup de temps : « *Mais au début c'est dur de se mettre dans la formation Cluster, comme ce sont des formations décalées dans l'année, il faut se remettre dans le bain à chaque fois* » (AS, EHPAD 2) ; « *Le nombre d'étapes (établir le*

projet, aller à la recherche des différentes ressources, le diagnostic, ...) il faut penser à beaucoup de choses » (ergothérapeute, EHPAD 2) ; « Cela peut être mis en place pour d'autres problématiques mais il faut que ce soit plus rapide car le projet a été un peu trop long » (AS, EHPAD 3).

UNE FINALITE DES ESPACES DE DIALOGUE A CADRER

Enfin, le développement de la communication et de nouveaux espaces de dialogue a été cité précédemment comme un point positif. Cependant, il faut aller plus loin et veiller à ce que ces espaces donnent lieu à des échanges constructifs aboutissant à des propositions émanant à la fois de la direction et du terrain. Ces derniers ne peuvent se résumer à être un lieu de libéralisation de la parole au risque à terme de perdre du sens et de disparaître. Cet écueil apparaît dans divers entretiens. Ainsi le directeur de l'EHPAD 3 les juge *« utiles pour dire les émotions mais pas sur le plan des corrections des pratiques jugées dysfonctionnelles »*.

UNE PERENNISATION A CONSTRUIRE

Pour terminer, une limite de la démarche se dégage également des entretiens, celle du manque de moyens dédiés, spécifiques, pérennes. Ainsi, la pérennisation des projets, le déploiement d'une culture QVT requiert de disposer de moyens supplémentaires à cet effet. Cependant, la réalité mise en évidence par les entretiens est autre et constitue un frein à la démarche. Comme le souligne une AS de l'EHPAD 3 : *« C'est du temps et c'est de l'argent aussi »*.

Chapitre II : Au-delà de ses apports sur le plan individuel, la démarche cluster permet d'engager une dynamique collective d'autonomisation des établissements dans le champ de la QVT

En remettant en question l'approche verticale et hiérarchique traditionnelle du management, la méthode cluster vise à faciliter l'expression de tous les agents afin de dégager des actions aussi efficaces que légitimes. Ce paradigme permet d'atténuer la segmentation interprofessionnelle mais également d'impliquer plus directement l'individu dans le fonctionnement de l'organisation. Levier de motivation indéniable, la démarche cluster crée les conditions d'un apprentissage collectif plus ou moins durable selon les situations.

A. *Un accent mis sur le développement du collectif*

En facilitant la mise en lumière des « désordres du travail »¹⁹, la méthode cluster permet d'agir sur ces derniers de manière plus pertinente car elle est ancrée dans le travail réel. Les espaces de discussion créés à cette occasion, la dynamique de co-construction des actions ou le développement collectif du capital humain qui résultent du déploiement de l'expérience sont autant de pistes valorisables dans ce cadre.

1. Une dynamique de co-construction collective

La méthode de l'ARACT se base sur la création d'espaces de discussion au sein des ESMS. Cela se réfère dans nos travaux aux groupes de réflexions animés par le trinôme ou le binôme QVT ayant un lien direct avec l'ARACT. Ces espaces de discussions peuvent être définis comme « des espaces collectifs qui permettent une discussion centrée sur l'expérience de travail et ses enjeux, les règles de métier, le sens de l'activité, les ressources, les contraintes. »²⁰. L'utilisation de ces espaces de discussions se base sur une réflexion autour de la perception de la QVT au sein de l'établissement. En effet, la capacité à agir et à s'exprimer sur le travail des agents influence leur perception de la QVT²¹. Cette réflexion est corroborée par les entretiens menés : « *redonner la parole aux professionnels (...) ça a été formidable* » (AS, EHPAD 3). Cette réflexion est actuellement en développement au niveau institutionnel mais aussi au niveau syndical²². Selon les travaux de Mathieu Detchessarhar, les salariés dont l'état de santé est le plus dégradé sont ceux où on relève une absence d'espace de discussion sur le travail afin de « *discuter les difficultés, contradictions, impossibilités du travail* »²³. De même, Yves Clot souligne la nécessité de discuter autour de la perception du « *travail bien fait* » et de la qualité du travail. La santé mentale des salariés s'améliore quand ils sont non pas seulement consultés sur la transformation des organisations mais parties prenantes des décisions qui engagent leur travail²⁴.

Du côté des managers et de la direction, cet espace de travail permet de se rapprocher du travail et de la réalité du travail telle que perçue par les équipes. Le manager reconnaît les conditions difficiles de travail des salariés et apporte un soutien attendu. Il peut ensuite porter des actions pertinentes, en lien avec les attentes des agents. Cette méthode est un levier d'action à fort potentiel car une démarche participative implique une adhésion plus forte de l'ensemble de

¹⁹ ASKENAZY, Philippe. *Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme*. Seuil, 2004.

²⁰ 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.*, 2017

²¹ *Ibid.*

²² CONJARD Patrick, JOURNOUD Ségolène. « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, 2013/5, n°63, p. 81-97.

²³ *Ibid.*

²⁴ CLOT, Yves. *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF, 2008 (coll. Le travail humain).

l'organisation à la politique menée : « *Les collègues ils étaient contents qu'on soit deux et un personnel de soin comme moi puisque c'est quelqu'un du terrain* » (AMP, EHPAD 4).

La démarche des clusters QVT a pour objectif de mettre en œuvre ces espaces de discussions à travers un test sur une problématique précise avec un accompagnement régulier. La méthode de l'ARACT suit les recommandations de la HAS sur la construction des espaces collectifs²⁵ :

- Étape 1 : définir le périmètre de discussion et d'action de l'espace concerné
- Étape 2 : Faire un état des lieux et une analyse de l'existant
- Étape 3 : Définir l'ingénierie
- Étape 4 : Expérimenter, évaluer et déployer.

L'ensemble de ces 4 étapes ont été portées de façon différente dans les établissements étudiés. Le plus généralement, suite un appel à projet, le groupe de discussion participait à l'ensemble des étapes. Néanmoins, dans certains établissements, les problématiques et la composition du groupe ont été définis en amont. C'est par exemple le cas de l'EHPAD 4.

Les espaces de discussion ont bien fonctionné dans l'ensemble des établissements étudiés, ils ont permis d'identifier des problèmes et d'en construire les solutions : « *ça a permis de mettre en exergue aussi que les agents du PASA n'avait pas de temps de pause. A aucun moment on s'était posé la question. Ça a permis de mettre ça en évidence et de travailler sur un temps de pause et ça par contre ça a abouti* » (AS, EHPAD 3). Ces espaces couplés aux outils délivrés dans le cadre de la méthode ARACT ont su faire émerger les problèmes via de nouveaux vecteurs : « *On a amené le groupe à faire des reportage photos [safari photo]. C'était bien parce que ça a permis que ce soit "les professionnels" parce que bien souvent quand il y a des problématiques qui sont repérées, c'est l'encadrement et la direction qui émettent des solutions mais l'agent qui est à l'origine de ce travail n'en parle jamais en fait.* » (AS, EHPAD 3). Ce travail collectif a permis aux agents de s'exprimer sur leur travail dans un cadre d'écoute mutuelle, ce qui a globalement été bénéfique pour eux. En effet, avec cette méthode de co-construction des problèmes et des solutions, les agents peuvent se réapproprier la parole sur leur travail : « *Parler de leur travail [les agents], qu'ils puissent s'exprimer ce qu'ils vivent au quotidien pas face à moi parce que je suis au même niveau mais par exemple au directeur.* » (AS, EHPAD 3). Néanmoins, il faut faire attention à ce que l'espace de discussion ne devienne pas un simple groupe de parole mais bien un vecteur de transformation et d'amélioration de la QVT comme le souligne le directeur de l'établissement 3 : « *Les agents en retirent un bénéfice, ils en sont contents. Moi j'ai plus du mal à voir le bénéfice sur le service rendu. J'ai l'impression qu'ils posent des choses sur la table mais qu'il n'y a pas de*

²⁵ HAS. *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en oeuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.*, 2017

transformations ». Des lors, il apparaît nécessaire de s'assurer de la mise en place d'un mode projet de résolution des difficultés et ne pas cantonner l'espace à la simple discussion.

Dans l'ensemble des établissements étudiés, la méthode a recueilli du succès auprès des agents interrogés concernant les mesures mises en place et effectivement réalisées ou toujours d'actualité mais en pause du fait de la crise Covid-19. Cet espace a en outre permis d'ouvrir un dialogue dans le respect et la confiance. La présence de l'encadrement ou de la direction n'a pas semblé poser problème du fait des sujets abordés : « *On n'était pas sur des sujets très difficiles à aborder devant une direction* » (IDE cadre de service qualité, EHPAD 4). Ces espaces de dialogues ont permis de créer une nouvelle perspective de prise de décisions bénéfique pour les agents tant sur le plan individuel que collectif. Enfin, bien que ces espaces de discussion aient bien fonctionné, il convient de s'interroger sur leur pérennisation ou leur réactivation pour d'autres projets de l'établissement.

2. Un outil de valorisation du capital humain sur le plan individuel mais également collectif

Désignant « *l'ensemble des connaissances, qualifications, compétences et caractéristiques individuelles qui facilitent la création du bien-être personnel, social et économique, le capital humain, constitue un bien immatériel qui peut faire progresser ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité* »²⁶.

Dans ce cadre, la participation des différents établissements à l'expérience cluster a constitué un moyen indirect de développement de ce capital en ce qu'elle a permis de sensibiliser les agents aux problématiques du risque dans le travail et de se rapprocher d'une autonomisation des agents dans leur approche de la QVT. Ce dernier objectif est mis en exergue par la CARSAT comme un but final des actions de soutien à la QVT : « *On n'est pas là pour donner de l'argent, des subventions et on paye tout (...) l'idée chez nous, c'est de dire : "on veut que l'établissement acquière une autonomie en prévention". À travers la formation des dirigeants, et notamment le contrat de formation (...) on cherche un vernis, au moins, de ce regard préventif* » (contrôleur de sécurité, CARSAT).

Si les dirigeants sont effectivement des cibles privilégiées des formations, ce raisonnement affecte l'ensemble des composantes et des métiers au sein des EHPAD. Ainsi, une partie des acteurs soignants mobilisés dans l'expérience cluster ont salué la possibilité qui leur a été donnée de se former sur les problématiques afin de développer une vision propre de la QVT : « *On a appris plein de choses, plein de méthodes pour savoir quel était vraiment le problème parce que nous on avait plein d'accidentés mais on a appris à en connaître la source dans les détails. On s'est rendu compte qu'on était complètement à côté de la plaque* » (AS, EHPAD 5). En développant la capacité à

²⁶ OCDE, *L'investissement dans le capital humain*, 1998

identifier de manière autonome les risques, l'établissement investit à long terme sur la réduction des facteurs négatifs de QVT, autant sur les éléments physiques (TMS, accidents du travail et maladies professionnelles) que sur les éléments immatériels (RPS, attractivité de l'établissement auprès des professionnels ou encore qualité des services). On notera également l'apport individuel qu'a représenté la valorisation d'une responsabilisation des agents qui se sont engagés dans la démarche cluster. Ces derniers semblent avoir apprécié la possibilité offerte de s'engager personnellement autant pour leur propre condition de travail que pour celle de leurs collègues, comme le montrent par exemple les entretiens réalisés dans l'EHPAD 3. Les agents ont ainsi bien la possibilité de mettre à profit leurs talents personnels en dehors de leurs tâches habituelles.

Si cette logique est aisément valorisable à un niveau individuel, il en va de même à l'échelle collective. En effet, certains établissements ont pris l'initiative d'inclure des formations relatives à la QVT dans leur plan de formation. Cette institutionnalisation de la politique de formation à la QVT va dans le sens d'une pérennisation de l'apprentissage collectif et permet à terme de forger une culture d'établissement inclusive des thématiques de QVT. Certains établissements, tels que l'EHPAD 1, avaient déjà ajouté à leur catalogue de formation des focus sur la notion de QVT pour les cadres préalablement à l'expérience cluster. Ce constat permet d'ailleurs d'établir une dichotomie entre les structures les plus avancées dans la démarche QVT et dont l'objectif est d'atteindre une formation globale des agents à tous les niveaux et les établissements qui établissent une présélection des agents dont la formation à la QVT est valorisée. Dans cette dernière catégorie, ce sont généralement les agents d'encadrement ainsi que les représentants du personnel siégeant en instance qui bénéficient d'une priorisation dans l'accès aux formations. Enfin, dans l'EHPAD 4, une technique originale a été mise en place concernant la formation : la diffusion du savoir passe par une formation formelle destinée aux participants de l'expérience cluster (en binôme soignant/cadre qualité) et des groupes de travail spécifiques ont été mis en place afin de diffuser les connaissances acquises, comme l'explique la qualitiennne : *« Les phases de formations, on a commencé par ce qu'on a appelé la contamination positive. Pour augmenter l'étendue des personnes formées au PAP nouvelle génération. Normalement c'était cadencé sur toute la l'année mais là c'est plus trop possible mais ça va revenir, pas de soucis. On est entré dans une phase de formation avec dans un premier temps les agents qui ont des appétences pour le sujet, qui seront plus porteurs et moteurs »*. L'accès aux documents et supports de formation a été facilité en direction de tous les agents de l'établissement. Cette méthode originale semble rencontrer un succès notable tout en permettant à une partie du personnel d'accéder de fait à un statut "d'expert" concernant la QVT en sus de leurs attributions classiques.

De manière globale, les enquêtés sont nombreux à faire part d'un sentiment de fonctionnement "siloté" dans leur établissement. Cette segmentation semble toucher autant les différentes composantes et filières de métier mais aussi les services entre eux : « *Je trouve dommage les directions qui sont complètement à côté de la plaque sur les soins... Venez voir quoi ! (...) Je ne me rendais pas compte du fossé énorme entre certaines directions et les soignants* » (AS, EHPAD 5). À cela, la méthode cluster apparaît comme une solution pertinente en ce qu'elle permet de sensibiliser chacun aux contraintes des autres. Au-delà donc de l'apport formel en connaissances théoriques relatives à la QVT, la force inclusive de la démarche permet aux agents de développer une réflexion au niveau plus global de l'ensemble des agents de la structure dans une approche interservices et inter filières : « *Ça a fait remonter des problèmes dont la direction n'était pas au courant, ils ont appris des choses (...) La salle de pause et le restaurant étaient trop petits et la direction ne s'était pas rendu compte (...) Même mon directeur ne se rendait pas compte, quand les infirmières étaient dans le poste pour la transmission et qu'il avait quelque chose à dire, il interrompait les transmissions. Ça faisait perdre du temps donc il s'est remis en question* » (AS, EHPAD 5). Cette œuvre de sensibilisation apparaît comme l'émergence d'une nouvelle forme de bienveillance professionnelle qui ne concerne non plus un individu ou un métier mais une communauté professionnelle entière.

B. Une démarche devant permettre une pérennisation des apprentissages et des compétences acquis par les acteurs

Clé de la pérennisation d'une culture QVT dans les établissements, l'autonomisation des EHPAD passe par divers outils et méthodes conduisant à des réussites variables. Réfléchir à des pistes d'améliorations nous conduit à formuler diverses préconisations pour permettre à la méthode cluster de gagner en efficacité.

1. Une appropriation inégale de la méthode conduisant à des degrés divers d'autonomisation collective des établissements

La pérennisation de la démarche et l'ancrage durable d'une culture de la QVT dans les établissements passe par une autonomisation des acteurs de terrain s'appropriant pleinement la méthode et la répliquant. Un chargé de mission d'une ARACT le résume : « *Notre objectif est de rendre les établissements autonomes* ».

Il est difficile d'objectiver les dynamiques réellement à l'œuvre après la démarche cluster et de comparer la situation avant et après des établissements en termes de SQVT. Plusieurs acteurs interrogés soulignent ainsi la difficulté de dresser un bilan de l'expérience cluster et de recourir à des indicateurs précis. Un chargé de mission d'une ARACT souligne que, malgré cela, dans

presque tous les établissements accompagnés, la démarche cluster a redonné de la place à la discussion sur le travail et à la parole des professionnels. Pour ce même chargé de mission, la démarche a permis de confirmer et/ou d'enrichir le dialogue social. En effet, les syndicats sont traditionnellement cantonnés à la défense de l'amélioration des conditions de travail et n'étaient pas forcément un levier de la QVT dans les établissements.

Au-delà de ces dynamiques collectives, la réussite de la démarche est perceptible lorsque la méthode est appropriée au point d'être utilisée pour d'autres projets. Au moins trois établissements font part de cette volonté. Le directeur d'un EHPAD explique ainsi que la démarche est réutilisée pour un projet architectural : « *Là on est sur un projet de travaux, un projet architectural avec un groupe de travail et un architecte qui anime la discussion. On travaille de la même façon en laissant la libre parole à tout le monde et l'avis de l'ASH est aussi important que le mien. Il n'y pas de hiérarchie dans les opinions.* » (Directeur, EHPAD 5).

Pour d'autres établissements, l'autonomisation passe par la pérennisation des partenariats avec des acteurs extérieurs identifiés comme des ressources sur les thématiques SQVT. Ainsi, à l'issue de la démarche cluster, un établissement a signé un contrat de prévention avec la CARSAT et a répondu à un appel à projet pour un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

L'autonomisation peut également être considérée comme réussie lorsque la démarche, les méthodes et les compétences acquises se diffusent à l'échelle de l'ensemble de l'établissement ou du groupement auquel il appartient. Comme le résume un chargé de mission d'une ARACT, l'objectif de la démarche est bien d'« *essaimer* » au maximum. Si dans certains établissements la démarche est encore circonscrite aux services où elle a été mise en œuvre, on observe dans d'autres établissements des dynamiques de « contamination positive ». Ainsi, dans un établissement de notre panel, les différents participants soignants du groupe projet initient les collègues même sans formation formelle. Les documents sont postés sur l'intranet de l'établissement ce qui permet même aux non-formés de s'essayer à la nouvelle méthode.

L'autonomisation collective peut cependant se révéler plus modeste et limitée. Dans un établissement de notre panel, le futur de la démarche est ainsi présenté par les différents acteurs de terrain interrogés comme consistant essentiellement en la diffusion d'un discours sur la QVT et par l'acquisition de matériels ergonomiques et des démarches de prévention des troubles musculo-squelettiques qui, si elles sont un préalable nécessaire, ne portent pas en elles-mêmes une démarche pérenne d'amélioration de la QVT.

2. Les facteurs d'amélioration pour pérenniser la démarche QVT dans les établissements parties au cluster

Pour un chargé de mission d'une ARACT impliqué dans les projets de clusters sociaux depuis le début, la question de « l'après » est au cœur des réflexions à avoir sur l'amélioration de la démarche. La pérennisation est envisagée comme la quatrième étape de la démarche QVT. L'objectif est de trouver les leviers et les moyens permettant de passer réellement « *d'une culture du "je" à une culture du "nous"* »²⁷, élément central permettant de favoriser une pérennisation de la démarche QVT. En d'autres termes, il s'agit de créer les conditions propices à une mobilisation par les acteurs de terrain des compétences acquises afin de mettre en place une culture de la QVT pérenne dans leurs établissements. 3 principaux freins ressortent des entretiens menés avec les chargés de missions des deux ARACT : le temps consacré à la démarche cluster et à parler du travail sans être auprès du résident et le temps pouvant être consacré à la répétition de cette démarche, l'implication des acteurs de direction et des membres du COPIL et la volonté des acteurs de se « lancer tout seul » au terme de l'accompagnement offert par les ARACT. Partant de ce constat, plusieurs facteurs d'amélioration (annexe IV) sont identifiés à la fois par les accompagnateurs de la démarche, par les acteurs de terrain et par notre groupe de travail.

Une première piste d'amélioration identifiée par la quasi-totalité des acteurs interrogés renvoie à l'absence des retours d'expérience proposés aux acteurs qui en expriment pourtant le besoin, à l'issue de l'expérimentation.

Le directeur d'un établissement souligne d'ailleurs qu'*« il y avait le souhait partagé de de tout le monde de faire un retour d'expérience sur la démarche »* mais que *« en terme de "feedback" il n'y a pas grand-chose »* (directeur, EHPAD 5). Défini comme une démarche d'analyse a posteriori de la gestion d'un projet, le retour d'expérience vise à collecter, stocker, gérer et utiliser l'information pour corriger, adapter ou améliorer les systèmes en exploitation ou les systèmes futurs²⁸. D'un point de vue collectif, l'ARACT Bretagne est en train de finaliser une production de fiches et de guides méthodologiques s'appuyant sur l'expérience des clusters et qui pourront servir d'appui aux établissements. En revanche, les retours d'expérience individuels sont laissés à la main des établissements. Même si les chargés de mission des ARACT tentent de les appuyer, comme en Bretagne où ils participent à une dernière réunion partagée entre le COPIL et le groupe de travail afin de tirer un bilan et d'aborder *« la question de comment on se projette collectivement »*, certains établissements sont demandeurs d'une aide plus ciblée sur le retour d'expérience : *« Moi je serais*

²⁷ LOUAZEL Michel, MOURIER Alain, OLLIVIER Erwan, OLLIVIER Roland (dir.), *Le management en santé. Gestion et de conduite des organisations de santé.*, Presses de l'Ehesp, 2018.

²⁸ VALANCOGNE, Jacques., « La défense en profondeur », *Revue RATP Savoir-faire*, 2002.

ravi de signer une mission de 3-4 jours (...) pour faire un RETEX» (directeur, EHPAD 5). D'autres acteurs interrogés sont demandeurs de retours d'expérience inter-établissements afin de favoriser la comparaison ainsi que l'émulation et l'apprentissage collectifs (qualiticien, EHPAD 1 ; directeur, EHPAD 3).

Des facteurs d'amélioration peuvent également être trouvés dans l'accompagnement par les chargés de mission des ARACT. D'une part, comme l'exprime un chargé de mission, les accompagnements auraient pu être « *plus ramassés et plus courts* » afin de mieux encourager la dynamique collective. D'autre part, un suivi sur le long terme des établissements par les ARACT pourrait être envisagé afin de ne pas stopper trop brutalement la dynamique collective. Comme le souligne le même chargé de mission l'accompagnement post-cluster est compliqué à envisager : « *ce n'est pas dans notre convention faite avec l'ARS* ». Une adaptation pourrait être envisagée. Dans cet esprit, l'ARACT Bretagne est en train de construire une action de formation destinée aux établissements des clusters souhaitant former de nouveaux animateurs ou des nouveaux membres de COPIL dans l'optique de répliquer la démarche.

Enfin, le maintien d'espaces dialogiques centrés sur la discussion sur le contenu du travail apparaît être une condition *sine qua non* de la pérennisation de la démarche QVT dans les établissements. Comme le soulignent Conjard et Journoud, « *agir prioritairement sur l'ouverture d'espaces de discussion centrés sur le travail, c'est activer un cercle vertueux susceptible de provoquer le changement de paradigme attendu* »²⁹. Un chargé de mission abonde en ce sens : « *C'est tout l'enjeu : est-ce que l'établissement va maintenir un COPIL QVT ou QVT-qualité ?* ». Dans trois établissements du panel, il n'y a pas eu de formalisation sur la durée d'espaces de discussion nouveaux. Un EHPAD a en revanche réussi à pérenniser ces espaces de discussion : « *nous avons créé dans le deuxième bâtiment, une autre équipe, un autre groupe de travail sous la même démarche du cluster QVT* » (qualiticien, EHPAD 1). Un autre établissement a mis en œuvre un groupe d'analyse de pratiques durable. Pour pallier ces inégales appropriations, les ARACT pourraient se voir confier le rôle de poursuivre leur accompagnement des établissements avec l'objectif spécifique de permettre la pérennisation de ces espaces de dialogue.

²⁹ CONJARD Patrick, JOURNOUD Ségolène. « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, 2013/5, n°63, p. 81-97.

Chapitre III : Le manager dans l'expérience cluster : un rôle d'initiateur et de garant de la continuité des actions engagées

La direction et les cadres de proximité ont une attribution importante dans l'amélioration de la QVT au sein d'un établissement. Garant de la sécurité des agents dans l'exercice de leur profession, le directeur a souvent la fonction d'initiateur stratégique d'une démarche de travail sur la QVT. Sa position dans la structure lui permet de disposer des moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation de la tâche. Néanmoins, il convient de s'interroger sur les leviers utiles à la pérennisation de ce renouvellement de l'approche managériale.

A. *Le management dans l'expérience cluster : attentes et écueils*

L'expérience Cluster a été dans l'ensemble des établissements initiée par les directions sous forme de réponse à un appel à projet qui a pu être co-construit. Le manager a donc eu un rôle important à jouer dans le cadre de l'expérience et son comportement pouvait influencer sur la réussite de cette dernière.

1. Les attentes vis-à-vis des managers dans le cadre de la méthode cluster

L'influence du manager a été très importante dans le cadre des clusters QVT, ce dernier est tout d'abord attendu comme initiateur du projet. Le rapport Abord de Chatillon³⁰ souligne à cet égard l'importance de la personnalité du directeur dans la conduite des politiques relatives au risque psychosociaux. Ce rôle est le même dans le cadre des politiques QVT. La participation au cluster est à l'initiative de la direction. Il apparaît alors que la démarche QVT est initiée par les directeurs des différents EHPAD. L'ergothérapeute de l'EHPAD 2 le souligne : « *C'est le directeur qui a décidé* ». Pour que la méthode de l'ARACT fonctionne, il était impératif que le portage du projet soit effectué en partie au niveau de la direction d'où la présence d'un membre de cette dernière dans le trinôme ou le binôme QVT et que les managers se saisissent des concepts et outils proposés. L'expérience cluster a également requis du manager une capacité à motiver les agents à participer à l'expérience. Ainsi, il devait montrer que cette dernière avait du sens et présentait un intérêt pour l'établissement. Il a donc fallu trouver des profils motivés pour faire partie du trinôme ou du binôme QVT. A titre d'exemple, la direction a été conduite à sélectionner le profil d'un agent AMP dans l'établissement 4 car l'agent avait des compétences et une appétence pour les sujets relatifs à la QVT. De même concernant le groupe de travail, le manager doit solliciter des profils divers et

³⁰ ABORD DE CHATILLON Emmanuel, *La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 »*, 2016, page 45

représentatifs afin de garantir une diffusion des projets à l'ensemble de l'établissement. En effet, le manager est ici garant de la démarche, de sa diffusion et de la participation des agents. Les qualités managériales développées par les directeurs facilitent la création d'une identité commune au sein de l'établissement. Le directeur de l'EHPAD 2 indique : « *Si le cadre impulse des valeurs fédératrices, les gens évoluent, j'y crois. Il y a besoin d'une culture partagée mais c'est l'encadrement qui porte cette culture* ». Le rôle du directeur est de maintenir une cohésion entre les équipes et de rechercher le consensus sur l'ensemble de la structure, au-delà du groupe. Le directeur de l'EHPAD 3 confirme : « *Cela pour éviter les critiques des autres salariés sur le groupe de travail et protéger les volontaires* ».

Le manager était également attendu sur sa capacité à permettre de libérer la parole parmi le trinôme QVT, le ou les groupes de travail et plus largement l'ensemble des agents afin de garantir un diagnostic réaliste des difficultés du travail et de leur capacité à agir. Ainsi, le manager a dû s'adapter et laisser la place aux échanges et accepter l'expertise des professionnels de terrain. L'AS de l'EHPAD 3 analyse les relations avec la direction : « *Cela a été très positif, pour nous en tant que représentants on a bien vu qu'ils ont changé de regard, et finalement les représentants du personnel n'avaient pas tout à fait tort mais on n'avait pas la bonne formulation pour la direction* ». L'AS membre du CTE de l'EHPAD 5 montre l'intérêt de pouvoir s'exprimer : « *Ça a fait remonter des problèmes dont la direction n'était pas au courant, ils ont appris des choses.* ». La directrice de l'EHPAD 5 confirme cette nécessité : « *Il n'y pas de hiérarchie dans les opinions. C'est très fructueux de valoriser ces temps d'échanges collectifs parce que les bonnes idées viennent de tout le monde.* ». Cette libération de la parole a parfois dû être aidée par le trinôme dont fait partie la direction à travers la mise en place d'outils développés dans la méthode ARACT via par exemple l'utilisation du safari photo. Cette utilisation du management participatif permet de reconnaître le travail des professionnels (leurs compétences), de rechercher par là-même leur engagement, de les motiver et les impliquer dans un projet en faveur de l'ensemble de la communauté professionnelle. Le directeur de l'EHPAD 3 indique : « *Là ce n'est pas la direction qui est active, la démarche est inversée* ». Il existe une forme de liberté dans le choix des thématiques abordées par les groupes de travail.

Dans le cadre de la méthode de l'ARACT, le manager avait donc pour rôle d'encadrer, de relancer les échanges mais aussi de trancher dans le cadre de la prise de décision finale pour permettre de tenir compte des moyens et ressources financières mobilisables dans les réponses à apporter. Dans la démarche QVT, le directeur conserve sa fonction de pilotage et de prise de décision. Les projets sont validés par le directeur et le COPIL, qui est un organe décisionnaire. Par ailleurs, la composition du COPIL est décidée par le directeur. Le choix des thématiques est validé en COPIL, tout comme les solutions retenues à l'issue des travaux des groupes de travail. En cela,

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020

le processus décisionnaire n'est pas délégué aux groupes de travail. L'ensemble des attendus de la méthode vis-à-vis du manager n'a pas toujours fonctionné de façon parfaite et ce dernier a pu rencontrer certains écueils à la matière.

2. Les écueils à éviter

Le manager doit réussir à travailler sur sa posture. Il doit se placer dans une perspective d'écoute et faire confiance aux équipes dans les identifications des problèmes rencontrés et la construction de solution. Il s'agit de conserver son rôle de décideur tout en prenant part aux discussions avec la même valeur de parole que celle des agents. Ainsi, le directeur de l'EHPAD 5 souligne le fait que « *dans tout le temps d'échange, de discussion il n'y pas directeur ou d'AS qui tienne. C'est juste des gens qui travaillent ensemble et ont une liberté de ton. Quand on est dans cette logique, cela devient extrêmement facile de travailler ensemble et de trouver des solutions* ». Il s'agit alors de revoir son positionnement managérial en s'éloignant d'une position hiérarchique définie par ce directeur comme incompatible avec le management participatif essentiel dans la démarche cluster QVT. Cet éloignement d'un modèle de management hiérarchique permet de se protéger du discours incantatoire³¹. Le manager doit alors adapter sa pratique et faire preuve de souplesse, utiliser de nouveaux outils comptables avec un projet de management participatif. En effet, la vision très protocolaire de l'élaboration de documents supports à destination des agents doit être dépassée dans ce cadre afin de co-construire des outils maniables pour les équipes. Cela s'inscrit dans une vision nouvelle partiellement en conflit avec les habitudes de travail au sein de l'administration française attachée à l'élaboration de protocoles et de documents formalisés.

La capacité à déléguer doit être associée à un investissement fort dans les suivis des projets et ses résultats. Ainsi, le manager doit accepter de jouer le jeu de la méthode en consacrant des solutions pensées par les groupes de travail sous peine de mettre fin au projet, à l'investissement et à la confiance des agents. L'établissement 3 a par exemple eu besoin d'un cadrage de l'ARACT entre le COPIL et le groupe de travail afin de surmonter cet écueil.

Un autre écueil important de la méthode pour le manager tient à la libération de la parole. Il est à souligner que le fait de donner la parole fait naître le risque de voir émerger d'autres questionnements, des demandes, voire des revendications. Cet aspect doit être pris en compte par les directions. Les dirigeants vont devoir arbitrer entre des demandes pouvant être potentiellement polémiques (risque d'exposition du dirigeant), être en mesure de communiquer voire apporter des réponses aux interrogations et aux injonctions contradictoires. Ainsi, la méthode proposée par l'ARACT implique pour le dirigeant de se confronter à une certaine forme de remise en question. Cela est exprimé par le directeur de l'EHPAD 5, « *à mon sens on parle souvent de démarches*

³¹ HAS, *La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail*, 2013

participatives dans les structures sanitaires et MS. Je pense que c'est un mythe : on en prend tous les aspects mais ce n'est pas vraiment participatif. Quand on va jusqu'au bout de la logique des choses, cela met en danger le pouvoir et l'autorité et c'est une prise de risque que peu d'établissements font ». Ce risque est un pari difficile à tenir pour les directions et cela d'autant plus lorsque le dialogue social au sein de l'établissement est houleux. Ce risque a été pondéré par le fait que les critères de sélection des établissements participant au projet de l'ARACT aient pris en compte la nécessité d'un dialogue social apaisé. Néanmoins, il explique que cet écueil soit important dans la diffusion de la méthode ARACT et la diffusion d'une culture de la QVT par ce biais.

Nos entretiens et nos recherches sur la méthode de l'ARACT nous ont permis de mettre en exergue l'importance du rôle de la direction et par conséquent du management dans ce projet. Ce rôle crucial ne se limite pas à cette expérience et semble à l'heure actuelle inhérent à la diffusion d'une culture de la QVT au sein des établissements médico-sociaux.

B. Le rôle de la direction dans l'instauration d'une culture professionnelle incluant la QVT

Le manager a un rôle prépondérant dans la construction d'une culture QVT qui ne se repose pas uniquement sur les personnes mais qui soit systémique et institutionnalisée dans l'établissement.

1. Le management et la direction à l'origine de l'impulsion d'une politique SQVT

Le directeur est à l'initiative de la politique SQVT de son établissement à travers l'appropriation d'outils juridiques obligatoires tel que le projet social ou le projet d'établissement. Le directeur prend des décisions pour améliorer la SQVT qui ont un coût financier pour l'établissement. Tout d'abord, dans le respect du Code du travail³², le directeur garantit la sécurité et protège la santé au travail, notamment dans la lutte contre les TMS et les RPS. A ce titre, il veille à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)³³. Cette lutte contre les risques professionnels est prioritaire car les professionnels qui questionnent l'organisation du travail semblent être ceux qui exercent déjà dans un environnement de travail sécurisé et agréable (bâtiment ergonomique, rénové, avec du matériel (rails, verticalisateurs, etc.). La qualitiennne de l'EHPAD 1 l'exprime ainsi : *« Nous avons la chance d'être dans un nouveau bâtiment avec des équipes plutôt stables. C'est certainement pour cela qu'on a pu travailler plus facilement sur le contenu du travail, certaines contraintes étant déjà réglées avec les nouveaux*

³² Art. L.4121-1

³³ Circulaire DGOS/RH3 n°o 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

bâtiments et matériels. ». Le manager peut également utiliser des outils juridiques non obligatoires afin d'améliorer la QVT au sein de son établissement. Investir ces outils permet d'explorer de nouveaux moyens de mettre en œuvre la responsabilité sociale de l'établissement vis-à-vis de ses agents. Ainsi, la directrice de l'EHPAD 1 explique la nécessité d'une contractualisation importante pour la QVT, comme la signature d'un contrat de prévention avec la CARSAT, la participation aux appels à projets pour l'acquisition d'équipements, l'organisation de temps de formation, la participation au cluster QVT et bientôt un nouvel appel à projet sur l'attractivité du personnel.

Dans le cadre de la construction d'une politique QVT, le directeur peut s'appuyer sur l'éventuelle présence d'un qualicien ou d'une qualicienne ainsi que sur la direction des ressources humaines. La présence de qualicien est un atout non négligeable dans la mise en place de projets autour de la QVT car cela permet d'avoir une ressource dédiée au suivi des projets et à leur construction. La construction d'une politique structurelle dans l'établissement implique pour le manager d'impliquer l'ensemble des agents non seulement par la formation mais aussi par leur engagement dans les projets menés. Le directeur est garant de la formation des professionnels notamment concernant les risques liés à leurs fonctions. C'est également lui qui peut choisir d'impliquer les agents via l'utilisation du management participatif, méthode utilisée par l'ARACT. Ainsi, avant l'expérimentation, certaines directions avaient déjà ouvert des espaces de dialogues pour les professionnels afin qu'ils puissent s'exprimer sur leur travail et leurs pratiques. C'est le cas de l'établissement 3 qui propose des groupes de discussion animés par une psychologue. Cette méthode de soutien est un moteur de la QVT. Ce type d'action peut s'inscrire dans une dynamique plus structurelle de management participatif à travers la création d'espaces de dialogues d'où peuvent ressortir problèmes et propositions. La mise en place d'une telle forme de management n'est pas évidente notamment sans l'accompagnement extérieur qu'a pu consister l'ARACT et nécessite aménagements et sensibilisation de l'encadrement.

2. [Le management participatif comme moteur de la QVT](#)

La mise en place d'un management participatif pérenne au sein de l'établissement nécessite de nombreuses adaptations auxquelles nos entretiens et nos recherches nous ont sensibilisés. Il est essentiel que les directions opèrent un travail d'implication de l'ensemble des agents à travers la mise en place d'un management participatif. Dans ce cadre, les dirigeants, à travers la création d'espaces de dialogues et d'espaces de résolution de difficultés du travail confient aux professionnels la construction de solutions et de réponses. L'utilisation du management participatif permet de reconnaître le travail des professionnels (leurs compétences et connaissances du terrain), de rechercher par là leur engagement dans un projet au bénéfice de la performance de l'établissement, de les motiver et les reconnaître. Selon le directeur de l'établissement 5, « Des

personnes qu'on connaissait comme soignants, donc plutôt dans l'exécution de tâches d'aide à la personne, se sont révélées extrêmement intéressantes et pertinentes dans leur analyse sur le fonctionnement de la structure. Il ne faut pas parler de compétences mais de ressources. Dès lors qu'on met des collaborateurs dans un environnement autre que leur quotidien professionnel, on découvre de nouvelles ressources, on découvre des regards très pertinents. ». Ainsi, l'utilisation de cette forme de management doit permettre non seulement d'améliorer la QVT des agents mais aussi de développer de nouvelles ressources sur les thèmes de l'amélioration de la qualité des soins du fait de l'implication des agents de terrain en faisant parler les agents de leur travail et de leur quotidien³⁴. Ce type de management favorise donc la montée en compétence des agents autour de l'amélioration de la qualité des soins et, plus généralement, de l'organisation du travail. Le développement de ces compétences peut s'inscrire dans le plan de formation. Cette montée en compétence sur des sujets tels que l'amélioration de la qualité des soins et l'organisation du travail permet également de développer l'employabilité des agents.

Afin de garantir l'efficacité d'espace de discussion, la direction doit être « *présente mais pas omniprésente* »³⁵. Elle doit alors sanctuariser un temps de réflexion sur le travail³⁶ en dehors des tâches prescrites du quotidien. Cela peut se traduire par la validation d'heures supplémentaires à récupérer, le remplacement des professionnels qui sont dans les groupes de travail QVT ou l'accord pour planifier les réunions QVT en fin de journée, quand les professionnels sont globalement plus disponibles. Il faut par ce biais permettre aux équipes d'avoir du temps afin d'identifier les problèmes pesant sur leur qualité de vie au travail et proposer des solutions. Dans ce cadre, un échange continu avec la direction doit être facilité afin que les solutions soient validées et mises en œuvre. Le rôle de la communication entre le management et les équipes est primordial. Selon le directeur de l'établissement 5, « *La démarche repose pour moi avant tout sur le positionnement managérial de la direction (...). Quand on est dans cette logique, cela devient extrêmement facile de travailler ensemble et de trouver des solutions. Pour moi c'est ça la démarche participative.* ». Le directeur doit alors être le garant d'une communication descendante, ascendante et horizontale pour partager un diagnostic et prendre les meilleures décisions dans le cadre de la QVT. La diversité des espaces de dialogue (instances, réunions, groupes de travail) est une richesse pour un établissement mais présente un risque d'éparpillement de la parole au sein de différents canaux. Le directeur doit conserver une vision transversale sur son établissement et doit formaliser les décisions pour les acter et les capitaliser.

³⁴ 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.*, 2017

³⁵ *Ibid.*

³⁶ ANACT, HAS. *10 questions sur la qualité de vie au travail*, 2015

Ce changement de paradigme managérial doit nécessairement être accompagné de la formation de l'encadrement de proximité, premier acteur de la QVT au quotidien. La mise en place d'un management participatif doit inciter la direction à mener des actions de formation et de sensibilisation vis-à-vis du management de proximité³⁷. La direction doit pour cela s'engager dans une démarche d'écoute et de soutien du management de proximité qui lui-même doit répercuter ses pratiques sur les équipes lorsque cela est nécessaire. En effet, la relation managériale a vocation à être moins descendante ce qui interroge la position managériale de l'encadrement de proximité. Il convient alors d'impliquer au maximum le management de proximité dans les actions de management participatif afin de ne pas leur imposer le projet a posteriori. L'encadrement de proximité peut avoir vocation à participer aux espaces de discussions formés notamment dans le cadre de réponse à des situations problématiques identifiées dans son service. Ainsi, le management participatif pourra se développer au plus près des agents. Une telle évolution permettrait de construire une vision partagée des structures et de mettre au service de ces dernières les compétences de chacun dans une perspective d'intelligence collective au service de la qualité du service rendu.

Conclusion

« L'acteur n'existe pas au-dehors du système qui définit la liberté qui est sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer »³⁸.

Notion polysémique aux contours parfois encore flous, la QVT est un paradigme qui semble s'imposer de manière croissante à l'agenda des réformes, locales et nationales, des ESMS. La présente étude révèle que les EHPAD se sont saisis de manière très diverse de l'expérience cluster : outil de formation, de communication, d'attractivité, d'amélioration de la prise en charge du résidant, de dialogue social ; la méthode étudiée a fait la démonstration de sa souplesse dans son application en fonction d'un contexte particulier. Le large répertoire d'action utilisé par les établissements témoigne de la diversité des problèmes identifiés : investissements dans du matériel

³⁷ HAS. *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Les espaces de discussion sur le travail*, 2017

³⁸ FRIEDBERG Erhard. *Le pouvoir et la règle : dynamiques de l'action organisée*, Paris, France, Éd. du Seuil, DL 1997, 1997

et des travaux d'aménagement, mise en place de référents QVT et de moments formalisés de dialogue sur la QVT, formations, modifications de l'organisation des services...

En tendant vers une autonomisation des agents dans le champ de la QVT, les clusters ont créé une dynamique favorable permettant une meilleure prévention des risques professionnels et un soutien notable à l'épanouissement dans le travail. La trajectoire des établissements suivis montre néanmoins que la pérennisation des dispositifs nécessite un contexte préalable de dialogue social apaisé et collaboratif. La période actuelle d'épidémie est également un frein majeur, au moins à court terme, au déploiement d'actions en faveur de la QVT. La participation des établissements au cluster semble avoir été accueillie de manière particulièrement valorisante par les agents en ce que cette démarche représente une opportunité de se réapproprier les leviers d'action pour améliorer leurs conditions de travail. L'apport principal de l'expérience réside également dans sa capacité à atténuer la segmentation qui caractérise habituellement de telles organisations. Cette voie, celle d'une meilleure compréhension pluriprofessionnelle, est un prérequis afin de développer des actions pertinentes qui ne dégradent pas les conditions de travail d'autres agents au profit d'une minorité.

Au-delà des réflexions dégagées concernant les modes d'organisation, l'amélioration de la QVT au sein des EHPAD semble également requérir des investissements réels de la part de la direction. Ces derniers sont de natures variables et peuvent ainsi concerner autant l'achat d'équipement que la banalisation de temps spécifiquement dédié aux équipes afin de réaliser des études prospectives sur les améliorations nécessaires et les pistes d'action. Cette logique relève d'une vision à long terme qui doit pousser les structures à passer d'une vision curative face aux éléments négatifs de QVT, à une vision préventive qui vise non seulement à se prémunir des dysfonctionnements mais aussi à améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents et à rendre le cadre de travail attractif et épanouissant. Ce nouveau paradigme impose aux EHPAD de se professionnaliser sur ces sujets ainsi que de coopérer avec des structures externes spécialisées et en mesure de poser des diagnostics, fournir des formations ou donner des outils méthodologiques (CARSAT, ARACT, HAS).

Ces considérations nous amènent finalement à souligner l'importance de la responsabilité managériale. Valeur essentielle dans la conciliation des obligations économiques, professionnelles et sociales du pilotage de l'activité des établissements, cette dernière doit pousser l'encadrement à concevoir et diffuser de nouvelles postures de management associant l'ensemble des acteurs dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Si cette responsabilisation est un processus qui va

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2020

dans le sens d'une amélioration du quotidien des agents, il en va de même concernant la qualité du service rendu à l'utilisateur tant celui-ci est indissociable de l'état physique et des dispositions psychologiques dans lequel le personnel est placé sur son lieu de travail.

En tant que futurs managers et responsables de la gestion d'établissements, le présent travail constitue une réflexion, à la fois individuelle et collective, sur l'importance de la préservation de la capacité d'agir des professionnels dans le cadre de leurs missions. Les liens, que nous nous sommes efforcés à mettre en évidence ici, entre sens du travail et qualité de ce dernier doivent pousser les gestionnaires à valoriser l'autonomie professionnelle comme un levier potentiel d'amélioration de l'attractivité, de la qualité de prise en charge et de la QVT. Dans ce contexte, l'expérience cluster semble être une piste à valoriser malgré les difficultés persistantes dans l'évaluation et l'objectivation des résultats de la méthode.

Bibliographie

OUVRAGES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

ASKENAZY Philippe. *Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme*. Le Seuil, avril 2004, 96 p.

CLOT Yves. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte, mai 2010, 192 p. (coll : Cahier libres).

CLOT Yves. *Travail et pouvoir d'agir*. PUF, 2008, 312 p. (coll : Le travail humain).

LOUAZEL Michel., MOURIER Alain., OLLIVIER Erwan., OLLIVER Roland. *Le management en santé. Gestion et conduite des organisations*. Presses de l'EHESP, août 2018, 552 p. (coll : Références Santé Social).

MINTZBERG Henry. *Le manager au quotidien. Les 10 rôles du cadre*. Éditions d'organisation, septembre 2006, 284 p. (coll : Références Poches).

ARTICLES

CLOT, Yves., LALLEMANT, Michel. (Entretien) « Qualité de vie au travail / qualité du travail », *La Revue des conditions de travail*, 2015/12, n°3, p. 45-53.

CONJARD Patrick., JOURNOUD Ségolène. « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, 2013/5, n°63, p. 81-97.

JAOUEN, Muriel. « Discuter du travail pour mieux le transformer », *Travail & Changement*, 2015/3, n°358, p. 2-3.

GUIDES ET RAPPORTS

ABORD DE CHATILLON, Emmanuel. *La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) - Observation de terrain et analyses à partir de l'enquête "Conditions de travail 2013"*. Université Grenoble Alpes, novembre 2016.

ANACT., HAS., *10 questions sur la qualité de vie au travail : comment mettre en oeuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*, 2015.

ANACT, HAS. *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en oeuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.*, 2017.

ARACT Auvergne-Rhône-Alpes. *Comment intégrer durablement la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux ?*. 2018.

ARACT Bretagne. *Espace de discussion sur le travail, mode d'emploi*. 2017.

ARACT Normandie. *Mettre en oeuvre une démarche qualité de vie au travail pour mieux travailler demain*. Octobre 2018.

ARACT Provence-Alpes-Côte d'Azur., ARS Provence Alpes-Côte d'Azur. *La démarche QVT dans les établissements de santé. Un retour d'expérience en région. Le cluster QVT Provence-Alpes Côte d'Azur.* 2017.

ARS Bretagne. *Appel à candidatures. Cahier des charges clusters QVT en direction des ESMS.*, 2019.

HAS. *La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail.*, 2013.

KORNING, C., MASSOT C., REVEST C. (équipe projet). *Evaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rapport transversal.* Haute Autorité de Santé, mai 2019.

GALLET, Anne-Marie., GHADI, Véronique., LIAROUTZOS, Olivier. *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en oeuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.*, Haute Autorité de Santé, septembre 2017.

SITES INTERNET

Site de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr>

Site de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr>

Site de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : <https://www.anact.fr>

Site de l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail de Bretagne : <https://bretagne.aract.fr>

Site de l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail des Pays de la Loire : <https://www.paysdelaloire.aract.fr>

VIDÉOS

CLOT, Yves. « Travail et pouvoir d'agir », 8 juillet 2018, conférence à la librairie Mollat de Bordeaux [<https://youtu.be/tV1DpO8LF9U>].

CORPUS JURIDIQUE

Circulaire DGOS/RH3 n°o 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

Instruction n°DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en oeuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux.

« Vers une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au Travail et de l'Égalité Professionnelle », Accord National Interprofessionnel, 19 juin 2013.

Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, 22 octobre 2013

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif type

Annexe II : Liste des entretiens menés

Annexe II : Grilles d'analyse par établissement des entretiens menés

Annexe III : Synthèse des recommandations pour favoriser la pérennisation de la démarche QVT dans les EHPAD participant aux clusters sociaux

Annexe I : Guide d'entretien semi-directif type à destination des membres des binômes/trinômes des établissements du panel

Date :

Consigne inaugurale :

Je vous rencontre aujourd'hui dans le cadre de ma formation à l'Ecole des hautes études en santé publique et je travaille sur un mémoire interprofessionnel consacré aux clusters « Qualité de vie au travail ». Dans ce cadre, je souhaite m'entretenir avec vous pour recueillir votre retour sur cette expérience. Nous avons contacté six établissements et je m'engage à garantir la confidentialité et l'anonymat de mes recueils de données. Pour enrichir cette démarche, je vais enregistrer notre conversation, et prendre des notes en simultané. Je m'excuse par avance si cela ralentit un peu nos échanges.

Pourriez-vous m'indiquer votre profession, ainsi que l'ancienneté dans le poste et dans l'établissement ?

I. AXE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (QVT) – MÉTHODE CLUSTER

Qu'est-ce que la santé et la qualité de vie au travail signifient pour vous ?

Savez-vous pourquoi l'établissement s'est engagé dans une démarche QVT au travers de l'expérience cluster ?

Quel diagnostic réalisez-vous en la matière ?

Comment les problèmes et les solutions proposées se sont-ils établis ?

Quelles actions ont été mises en œuvre ? Selon quelles modalités et échéances ?

Est-ce que la démarche QVT a été transposable à d'autres services ou situations ?

Est-ce que vous suivez le plan d'actions QVT ? Y-a-t-il eu d'autres actions QVT ces dernières années ?

La démarche QVT a-t-elle créé des espaces de discussion ? Sous quelles formes ? Qui est-ce qui y participe ? Quels sont les sujets abordés, pourquoi et pour quel résultat ?

Selon vous, quels sont les bénéfices de la démarche QVT ? A titre individuel, est-ce que la démarche vous a apporté de nouvelles compétences ? D'un point de vue collectif, avez-vous constaté de nouvelles pratiques professionnelles entre collègues ?

Cette expérience a-t-elle changé vos interactions avec la direction ? A votre avis, la démarche QVT améliore-t-elle la qualité du service rendu à l'utilisateur ? Pourriez-vous me donner des exemples ?

II. AXE QVT – TRAVAIL COLLECTIF

Avez-vous participé à d'autres expériences QVT dans l'établissement ? Avez-vous connaissance des autres actions menées dans l'établissement ?

Savez-vous quels établissements du territoire participent au même groupe cluster QVT ? Qui a décidé de la participation de l'établissement au cluster ?

Comment qualifieriez-vous l'ambiance dans les groupes de travail ? Les professionnels se connaissaient-ils ? Avaient-ils déjà travaillé ensemble ? La dynamique du groupe favorise-t-elle la prise de parole ? Est-ce que vos propositions pour améliorer la qualité du travail, ou celles du groupe ont été mises en œuvre ? En cas de divergence, le groupe a-t-il pu partager un consensus ? Qui est-ce qui a validé l'action à mettre en œuvre ?

Certains membres du CHSCT et/ou de la direction ont-ils participé aux groupes de travail ? Sous quelles formes ?

Quel rôle l'ARACT et l'animateur ARACT ont-ils joué dans la démarche QVT de l'établissement ? Une tierce personne extérieure change-t-elle la dynamique du groupe ? Comment ?

La démarche standardisée de la QVT (méthode, calendrier, attendus) vous-a-t-elle parfois occasionné des difficultés ? Si oui, lesquelles et pourquoi ? Avez-vous ressenti la même chose pour d'autres membres du groupe de travail ?

La méthode QVT, et les compétences individuelles et collectives acquises, vous semblent-elle transposables dans d'autres secteurs de établissements, voire d'autres établissements ayant participé au cluster ? Si non, pourquoi ?

III. AXE QVT – ENCADREMENT

Quels sont les enjeux de la démarche QVT ? Ces enjeux sont-ils partagés entre les collaborateurs de l'établissement ?

Entre la direction et les encadrants, des temps d'échanges sur le contenu du travail, étaient-ils déjà une habitude de travail ? Le contenu du travail était-il débattu avec les professionnels ?

Suite à la démarche QVT, des temps d'échanges formalisés direction-encadrement de proximité, et encadrant-professionnels ont-ils été planifiés ?

Avant le cluster, est ce que certains avaient bénéficié de formations sur la QVT, les RPS ? Est-ce que la formation cluster a influencé le plan de formation ?

Quels liens faites-vous entre l'expérience cluster QVT et la stratégie générale QVT de l'établissement ? La démarche QVT est-elle soutenue par le projet d'établissement et le projet social ?

Quelles sont les démarches participatives sur la qualité du travail dans l'établissement ?

Quels sont les outils utilisés pour développer la capacité d'agir des professionnels ? Identifiez-vous d'autres outils qui pourraient être expérimentés dans le cadre de la QVT ? Comment sont suivies les propositions des professionnels ? Suit-on des indicateurs QVT dans l'établissement ? Tous ces outils permettent-ils la pérennisation de la démarche cluster QVT ? Si non, que faudrait-il expérimenter pour ancrer une culture QVT dans l'établissement ?

Conclusion :

Nous allons mettre fin à cet entretien, avez-vous autre chose à ajouter ?

Je vous remercie de votre participation. Le mémoire sera transmis à votre établissement après sa soutenance.

Auriez-vous la possibilité de me transmettre des documents inscrits dans la démarche QVT (plan QVT, projet d'établissement, document unique d'évaluation des risques professionnels, etc.) ?

Annexe II : Liste des professionnels interrogés

Établissement 1 :

- Directrice
- Qualificatrice
- Aide-soignante, représentante syndicale

Établissement 2 :

- IDEC
- Ergothérapeute, secrétaire du CHSCT
- Aide-soignante, représentante syndicale

Établissement 3 :

- Directeur des ressources humaines
- Aide-soignante, représentante syndicale
- Aide-soignante, représentante syndicale, secrétaire du CHSCT

Établissement 4 :

- Directeur
- IDE, cadre qualité
- Aide-soignante, représentante syndicale

Établissement 5 :

- Directeur
- Cadre de santé
- Aide-soignante, représentante syndicale

Établissement 6 :

- Directrice des ressources humaines

Chargés de missions - projet cluster QVT à l'ARACT des Pays de la Loire

Chargée de mission - projet cluster QVT à l'ARACT de Bretagne

Directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social de la Haute Autorité de Santé

Contrôleur de sécurité à la CARSAT des Pays de la Loire

Annexe III : Grilles d'analyse des entretiens

Établissement 1

	Analyse de la capacité des salariés à s'exprimer	Analyse de la capacité des salariés à agir sur le contenu du travail et les problèmes repérés dans l'établissement	Analyse de la capacité à réaliser un travail de qualité à l'issue de la démarche (plus de SQVT?)
Directrice	<p>La composition des groupes de travail est pluriprofessionnelle et basée sur le volontariat (appel à candidature)</p> <p>Les professionnels participent au choix et à la résolution des thématiques QVT (ex : bons de sortie, PEC fin de vie compliquées, non-respect des fiches de tâches)</p> <p>Expression via formations : sensibilisation aux RPS (partenariat CARSAT)</p> <p>Interactions avec les représentants du personnel (échanges avec secrétaire du CHSCT qui est aide-soignante, une déléguée syndicale est membre du COPIL)</p>	<p>Principal frein évoqué : le manque de moyens et le manque de temps (le fonctionnement à flux tendu ne permet pas de dégager du temps pour la participation des professionnels)</p>	<p>Une culture d'établissement forte qui s'est construite progressivement (la QVT est intégrée à une démarche plus large d'amélioration des conditions de travail) : réflexion amorcée lors de l'acquisition d'équipements (rails de transfert), formation du personnel puis mise en place de groupes de travail suite au cluster.</p> <p>Une contractualisation importante : signature d'un contrat de prévention avec la CARSAT, 2 appels à projets CLACT (acquisition d'équipements et formation).</p> <p>Les représentants du personnel sont impliqués (secrétaire du CHSCT valorise la démarche au sein des équipes ; intégration d'une</p>

			<p>déléguée syndicale au Copil)</p> <p>Le rôle facilitateur d'un expert (la qualitiennne) pour l'accompagnement de la démarche et le lien avec le projet d'établissement</p> <p><i>« La qualitiennne nous a bien aidé à suivre toute l'expérimentation. Sans personne détachée, c'est compliqué, je l'ai vu dans d'autres structures »</i></p> <p>Une forte participation du personnel et une forte appropriation du personnel car les groupes de travail portent sur des sujets concrets (ex: bons de sortie) , et les résultats sont visibles à court terme</p> <p>L'importance du décloisonnement des services dans la mise en œuvre de la démarche</p> <p><i>« Ils ont fonctionné en inter-services, c'est la nouveauté. Ça leur a plu d'échanger sur des sujets qui ne concernent pas qu'un seul service. Ils ont apprécié. »</i></p> <p>Une démarche progressive :</p>
--	--	--	--

			<p>expérimentation au sein de 2 unités puis diffusion dans l'établissement et mise en place d'un groupe de travail au sein des 2 autres unités</p> <p>La QVT est intégrée comme une démarche qualité permanente</p>
Qualificative	<p>Les groupes de travail libèrent la parole et la parole est donnée à tous :</p> <p><i>« je fais un tour de table pour recueillir une information globale »</i></p> <p>Le Safari photo a permis questionner le travail</p>	<p>Existence d'une problématique récurrente lors des travaux de groupe « manque de temps »</p> <p>Difficulté à mesurer l'impact de la démarche sur la qualité du travail, le bien-être au travail et des difficultés à présenter un bilan</p> <p>Des partages inter-établissements insuffisants sur les pratiques professionnelles</p> <p>La démarche QVT n'intègre pas les interactions avec les acteurs extérieurs (pas dans les groupes de travail) alors que les professionnels en pratique les interrogent déjà :</p> <p><i>« les médecins libéraux n'ont pas participé au groupe de travail QVT, mais une infirmière</i></p>	<p>Une culture ancienne du questionnement sur la qualité du travail : présence d'une qualificative depuis 7 ans</p> <p>Une continuité dans la démarche Qualité/QVT : la qualificative suit également le plan d'action QVT</p> <p>Outils cluster accessibles avec une pérennisation de l'approche cluster :</p> <p><i>« encore aujourd'hui on continue à travailler comme ça, on a fait un brainstorming avec les agents »</i></p> <p><i>« faciles à reproduire dans d'autres situations de travail, cette méthode est intégrée aujourd'hui dans notre façon de travailler »</i></p>

		<p><i>travaille beaucoup avec les médecins traitants pour améliorer leurs conditions de travail. Les IDE, d'elles-mêmes, ont proposé des choses pour améliorer la communication entre les médecins libéraux et les équipes »</i></p> <p>Divergence entre le Copil et les équipes sur le niveau de priorisation des actions :</p> <p><i>« Le comité de pilotage se réunissait pour décider, présentation du travail du groupe, parfois c'était délicat car les priorités données par le groupe n'étaient pas les mêmes que celles décidées par le comité de pilotage. Il a fallu expliquer aux équipes et cela a été compris. »</i></p>	<p>Une démarche transposable :</p> <p><i>« nous avons créé dans le deuxième bâtiment, une autre équipe, un autre groupe de travail sous la même démarche du cluster QVT »</i></p> <p>Des organisations de travail qui favorise la QVT :</p> <p><i>« réunions de 2 heures, en dehors du temps de travail après leur service, après 15 h, les personnes de nuit et les personnes en repos pouvaient venir, le temps était compté en temps de travail effectif. Après les 2 heures de réunions, on ne leur demandait rien, ces échanges sont intenses »</i></p>
<p>Aide-soignante, membre du CHSCT</p>	<p>Les groupes de travail libèrent la parole la parole est donnée à tous par le biais des post-it/photos.</p> <p>Espace pour l'expression des sentiments :</p> <p><i>« cela nous chagrinait de voir</i></p>	<p>Constat d'un manque de temps, d'une non qualité du travail. Le matériel neuf qui ne libère pas du temps au professionnels :</p> <p><i>« Le matériel n'a pas forcément libéré du temps aux professionnels, avant dans mon ancien service j'avais 21</i></p>	<p>Une culture ancienne du questionnement sur la qualité du travail : présence d'une qualitiennne depuis 5ans</p> <p><i>« On a deux réunions à l'année où plusieurs thématiques sont abordées, dont la</i></p>

	<p><i>une résidente toute seule à table. La communication, c'est pour le résident aussi car si la communication ne passe pas entre collègues »</i></p>	<p><i>résidents aujourd'hui j'en ai 37, le personnel a quand même augmenté mais pas assez »</i></p> <p>Problèmes de concordance des temps :</p> <p><i>« On ne se voyait pas forcément, ce qui était difficile c'était de se retrouver pour travailler, on n'avait pas forcément les mêmes horaires, il fallait voir quand la qualitiicienne était là, quand elle travaillait j'étais parfois de repos »</i></p> <p>Une démarche qui s'est essoufflée :</p> <p><i>« Un nouveau groupe travaille sous la même forme que le cluster, mais nous, non. Je trouve dommage, mais avec le nouveau projet sur les conditions de travail, on va reparler du projet de la QVT. C'est dommage qu'il n'y ait pas de suivi pour dire où on en est »</i></p> <p><i>« Depuis, la dynamique de travail est retombée, quand il y a un suivi, on en parle mais bon là c'est fini »</i></p>	<p><i>QVT »</i></p> <p><i>« Il y avait déjà des réunions de fonctionnement régulièrement, avec les cadres et les collègues » ;</i></p> <p>Une démarche transposable/pérennisation :</p> <p><i>« un autre groupe de travail a été constitué dans un autre service. C'est d'autres problématiques, [...] les IDE doivent travailler l'organisation autour du téléphone »</i></p> <p>La pluridisciplinarité dans les groupes de travail a été appréciée</p> <p>Une prise de conscience du lien entre qualité/organisation de travail :</p> <p><i>« mais c'est vrai qu'au début on ne voyait dans le manque de temps que le manque de personnel, [...]. Par contre, on a passé une partie des douches ou des bains l'après-midi pour avoir plus de temps le matin. Cela n'a pas apporté du bien-être au travail car c'est toujours la presse, mais de la qualité oui, car des résidents</i></p>
--	--	---	---

		<p>Des difficultés à présenter un bilan et des partages inter-établissements insuffisants sur les pratiques professionnelles.</p> <p>Demande forte quand à la présentation/formalisation d'un bilan.</p>	<p><i>n'avaient plus régulièrement des douches, le matin on ne pouvait pas de faire de la balnéo et maintenant avec cette nouvelle organisation on peut le faire l'après-midi</i></p> <p>»</p>
--	--	--	--

Établissement 2

	Analyse de la capacité des salariés à s'exprimer	Analyse de la capacité des salariés à agir sur le contenu du travail et les problèmes repérés dans l'établissement	Analyse de la capacité à réaliser un travail de qualité à l'issue de la démarche (plus de SQVT?)
AS - représentante syndicale	<p>Pour le moment uniquement au travers des temps de transmissions quotidiens, d'où la volonté d'instituer des groupes de paroles. La démarche est encore timide et rien de formalisé n'a pour le moment émergé.</p> <p><i>« Pas spécialement à part les moments des transmissions, s'il y a des difficultés on en parle mais ce n'est pas forcément fait pour ça d'où l'idée de créer des groupes de paroles spécifiques »</i></p>	<p>Une vision de la QVT limitée à la prévention des TMS. Tout le discours est axé sur le matériel acheté pour soulager les équipes soignantes dans la manutention et sur la démarche « 0 porté »:</p> <p><i>« C'est le Directeur qui va acheter du matériel pour nous faciliter la tâche étant donné l'effort physique qu'implique notre travail »</i></p> <p><i>« Le thème choisi pour le Cluster est le "0 porté", un besoin pour la structure, c'est important de mettre ça en avant</i></p>	<p>Une première ouverture et pérennisation d'un élément de la QVT au travers de l'utilisation de matériels ergonomiques</p> <p><i>« les sièges douches électriques (...) C'est le dos, c'est révolutionnaire pour nous, ils apportent une QVT, un total plus »</i></p> <p><i>« Il y a une utilisation du matériel »</i></p> <p>Un discours positif sur la QVT diffusé dans l'établissement bien que ce dernier soit assez restrictif :</p>

	<p>Étant donné la mise en place du label Humanitude, le peu de développement de temps d'échanges spécifiques est assez surprenant ou alors ceux-ci ne sont pas assez explicites et visibles pour l'interrogée.</p>	<p>(...) <i>idée de faire des groupes de paroles sur ce thème, pour l'instant en stand-by</i>)</p> <p>Pourtant, il est évoqué brièvement au début de l'entretien, l'importance dans la QVT des bonnes relations avec les collègues, d'être écouté, d'être entendu. On peut donc deviner une ouverture encore fragile à une vision plus large de la QVT (l'attention portée au travail, aux agents, la reconnaissance, l'estime, etc.) :</p> <p><i>« la communication, être entendu, être écouté »</i></p> <p>Un travail et une réflexion autour de la QVT encore trop ponctuels. Elle n'est pas encore vue au quotidien comme une notion pleinement intégrée au travail</p> <p><i>« Mais au début c'est dur de se mettre dans la formation Cluster, comme ce sont des formations décalées dans l'année, il faut se remettre dans le bain à chaque fois »</i></p> <p>Une communication autour de la démarche de QVT à développer :</p>	<p><i>« Faire entendre à tout le monde que la QVT c'est pour nous aider pour pas que l'on se fasse mal »</i></p> <p><i>« on a des verticalisateurs mais déjà utilisés avant, le gros plus là ce sont les rails au plafond »).</i></p> <p>Une démarche QVT naissante mais bien accueillie par les personnels. Quelques bénéfices sont déjà perçus et certains personnels veulent aller plus loin dans la démarche :</p> <p><i>« QVT plutôt très bonne dans l'établissement, un Directeur qui fait en sorte de mettre plein de choses en place ce qui nous permet d'avoir une bonne QVT »</i></p> <p><i>« On a beaucoup de collègues demandeuses des groupes de paroles »</i></p>
--	--	---	---

		<p>« je crois que le Directeur a dû en parler une fois vaguement... C'est un truc qui rejoint vaguement le Cluster QVT »</p> <p>La prise de conscience de la nécessité de consacrer du temps à la QVT si l'on souhaite qu'elle devienne une véritable culture dans l'établissement : « C'est surtout prendre du temps pour faire les actions derrière »</p> <p>La démarche de travail pluridisciplinaire ne paraît pas en place</p> <p>« Ma collègue est l'ergo, on ne travaille pas forcément en binôme pour que je puisse me rendre compte, on échange quand même pas mal »</p> <p>L'absence de mention du déploiement de la QVT dans le projet social et l'absence de partage du projet social de l'établissement auprès des équipes : la QVT n'est pas vue comme un enjeu fort de l'établissement.</p>	
Ergothérapeute - secrétaire du	Les professionnels ont été associés sous	Le frein principal est la situation sanitaire	La mise en place (fin 2019) d'un CHSCT

<p>CHSCT</p>	<p>deux formes dans le cadre de la participation de l'établissement au cluster : la réalisation d'un diagnostic et l'appel à candidature pour composer le groupe de travail lié au projet « zéro porté ».</p> <p>A ce stade, aucune candidature reçue mais l'appel à candidature a été lancé juste avant le confinement ; la démarche doit être relancée prochainement :</p> <p><i>« Je n'ai eu aucune réponse. L'appel à candidature a eu lieu juste avant le confinement. Il faut que je le relance »</i></p> <p>L'expression des salariés a été recueillie (au travers d'un questionnaire) pour la réalisation d'un diagnostic.</p> <p>Le diagnostic a mis en avant des points forts de la structure et aussi des points faibles.</p> <p><u>Points forts :</u> <i>« la gestion des congés de manière équitable, la communication (concertation lors de l'achat de matériel, prise en compte de leur avis lors de décision importante), la place du</i></p>	<p>qui a empêché la poursuite de la démarche :</p> <p><i>« On devait faire notre 4^{ème} session au mois de mars, mais qui a été annulée. Cela a mis un frein à toutes nos démarches. »</i></p> <p>Une interrogation pour le futur : dans quelle mesure l'établissement va relancer la démarche (la session de juin avec l'ARACT serait maintenue à ce jour) ?</p> <p>La participation de l'ergothérapeute au trinôme ne résulte pas d'un choix mais d'une participation en lien avec ses compétences et son rôle au sein de la structure :</p> <p><i>« A la base, je n'étais même pas au courant qu'il y avait une démarche en cours. On m'a dit : "tu es inscrite, il faut que tu y ailles". Cela s'est fait comme ça. Après, cela rentre dans mes compétences, c'est un plus d'y être. Au début, ce n'est pas moi qui ai choisi. C'était le même chose pour les autres membres du trinôme »</i></p>	<p>malgré le caractère non obligatoire (volonté du directeur) permet d'avoir une instance représentative au sein de l'établissement d'où un renforcement de la légitimité de la démarche, une volonté de construire un dialogue social au sein de l'établissement</p> <p>Participation à des appels à projet successifs pour obtenir des financements et acquérir des équipements ou des formations :</p> <p>acquisition de rails de transfert, mise en place d'une formation « acteur Prap » pour l'ensemble des professionnels, mise en place de séances d'ostéopathie, de diététique et d'aromathérapie remboursées pour le personnel soignant</p> <p>Rôle central du directeur :</p> <p><i>« C'est plus le directeur qui répond des appels projets. Il en a fait beaucoup, on a eu pas mal de matériel dans le cadre de CLACT (rails de transfert) »</i> <i>« Il a gagné une mention spéciale avec un somme</i></p>
---------------------	--	--	--

	<p><i>numérique (la mise en place des tablettes sur les chariots de soin, depuis plus d'un an) »</i></p> <p><u>Points à améliorer :</u> <i>« La connaissance des évaluations professionnelles, les soignantes reprochaient de ne pas savoir leurs évolutions de carrière. « L'accueil des nouveaux arrivants, comment mieux accueillir et former les personnes pour les fidéliser »</i></p> <p>Les éléments remontés via le diagnostic illustrent que le personnel associe la notion de QVT à des préoccupations concrètes (dysfonctionnements liés à l'organisation du travail) mais qu'il n'y a pas d'approfondissement de la réflexion à ce stade.</p>		<p><i>d'argent pour mener à bien ces projets (projet aromathérapie) »</i></p>
IDE coordinateur	<p>Les agents s'expriment de manière informelle dans les couloirs, dans les services et au moment des transmissions :</p> <p><i>« C'est une concertation de tous en fait » « et dans les couloirs » « Plus de réunions</i></p>	<p>La QVT est une préoccupation ancienne de l'établissement mais n'a jamais été reconnue et formalisée comme telle. Elle est à l'heure actuelle encore un objectif flou, non déterminé :</p> <p><i>« Ça a toujours été important, après on</i></p>	<p>La prévention des TMS est bien intégrée par les équipes</p> <p><i>« tout le monde a bien conscience, on en a parlé et on évite vraiment de porter au maximum, c'est dans la conscience de tout le monde » « Certaines choses que l'on fait, par</i></p>

	<p><i>actuellement mais ça va repartir »).</i></p> <p>Les seules réunions formalisées concernaient la mise en place de la démarche Humanitude mais elles n'ont plus lieu désormais :</p> <p><i>« il y a eu beaucoup de réunions de pilotage pour Humanitude, plus actuellement »).</i></p> <p>Des groupes de travail doivent être mis en place :</p> <p><i>« il faut relancer les groupes, les créer déjà »</i></p> <p>Le logiciel de soins est un vecteur de la communication relative à la QVT :</p> <p><i>« il envoie un message sur net soins, le logiciel »</i></p> <p>Concernant le matériel mis en place dans le cadre de la QVT, des essais sont organisés auprès du personnel pour qu'ils s'expriment sur le choix ou non du matériel :</p> <p><i>« si on peut, on prend le matériel en essai et tout le monde donne son avis »</i></p>	<p><i>n'avait pas d'objectif réel en fait, par exemple le "0 porté" est venu pendant le Cluster »</i></p> <p><i>« il n'y a rien de formalisé »</i></p> <p><i>« on formalise toujours 1 an plus tard quand on a le temps »</i></p> <p>Le Directeur est proactif dans le développement de la QVT mais les différentes opérations qu'il mène ne sont pas toujours claires pour les agents. Ex : le manque de connaissance des apports du CHSCT dans l'établissement :</p> <p><i>« non, non je ne sais pas lors de leur réunion, je n'en fais pas partie »</i></p> <p><i>« il demande tellement à droite et à gauche que je ne sais plus »</i></p> <p><i>« pour l'instant ne se sont réunis que 2 ou 3 fois mais rien, ils ont été formés en septembre, je n'en sais pas plus »).</i></p> <p>Pour le moment une vision de la QVT limitée à la prévention des TMS. Les autres facettes de la QVT sont abordées timidement :</p> <p><i>« c'est physique, mental, on l'a vu ces derniers mois, c'est important »</i></p>	<p><i>exemple un résident à terre et on le relève sans matériels pour gagner du temps et on s'est dit qu'il faut que l'on arrête ça. Des choses dont on n'avait peu conscience avant avec la routine du travail »</i></p> <p><i>« tout le monde fait attention »).</i></p> <p>Un personnel qui paraît ouvert aux différentes actions et expérimentations en lien avec la QVT, qui s'en approprie quelques-unes :</p> <p><i>« l'hypnose on l'a fait pour les résidents mais ça nous a apporté à nous aussi »</i></p> <p><i>« on a appris à faire de l'auto-hypnose, on a appris à calmer nos douleurs diffuses »</i></p> <p><i>« la formation PRAPS, 20 à l'avoir faite, puis on va former 2 animateurs PRAPS qui feront la formation après aux collègues »</i></p>
--	--	---	--

		<p>« nous on s'est positionné sur le "0 porté" », « donc ben y a des rails qui se mettent dans toutes les chambres, donc ce sera plus simple », « c'est lié parce que si on est bien physiquement, on est bien aussi moralement »</p> <p>La culture QVT est encore naissante et dépendante du Directeur « il m'en dit tellement, il se lance dans tout » « Le directeur a des idées et moi ou mes collègues nous remontons les besoins du terrain si on voit que c'est intéressant... » « C'est vrai que ce Directeur fait tout pour avoir le plus possible de matériel »).</p>	
--	--	--	--

Établissement 3

	Analyse de la capacité des salariés à s'exprimer	Analyse de la capacité des salariés à agir sur le contenu du travail et les problèmes repérés dans l'établissement	Analyse de la capacité à réaliser un travail de qualité à l'issue de la démarche (plus de SQVT?)
--	---	---	---

<p>Directeur des ressources humaines</p>	<p>Plusieurs canaux existent : baromètre social, entretien annuel avec encadrement et directeur ; COPIL mensuel encadrement et direction.</p>	<p>Existence d'un dialogue pacifique entre les syndicats et la direction. Il existe également un groupe de travail sur projet d'établissement. Mise en œuvre à l'issue du cluster de groupe d'analyse de pratique animé par psychologue extérieure : utile pour dire émotions mais pas sur le plan des corrections de pratiques jugées dysfonctionnelles.</p>	<p>Actions engagées de longue date sur le plan des TMS, réflexion plus récente sur les RPS et la charge mentale en particulier (question de la liberté d'aller et venir des résidents ayant des troubles psychiatriques). Il reste un besoin de réaliser un travail d'homogénéisation des pratiques qui génère de l'incertitude/discontinuité dans la prise en soin des résidents.</p>
---	---	---	--

<p>Aide-soignante représentante du personnel, secrétaire du CHSCT, copilote de la démarche</p>	<p>L'agent déplore le manque d'espace de discussion sur le travail entre les agents eux même mais souligne une très bonne qualité du travail dans l'établissement ainsi que des entretiens réguliers et institutionnalisés entre encadrement et direction.</p> <p>Pour elle, les agents devraient avoir du temps pour réfléchir sur le travail ensembles et ne devraient pas uniquement être dans l'action. Cela est particulièrement important car, pour elle, la SQVT correspond à la qualité du travail qui rend l'agent satisfait.</p>	<p>Le dialogue social au sein de l'établissement est productif et apaisé. Sentiment d'écoute de la direction.</p> <p>Les actions pendant les clusters ont abouti à de véritables mesures ce qui est vécu positivement. Globalement ce qui est porté en CHSCT semble aboutir mais les agents eux-mêmes ne semblent pas spécifiquement porteurs de projets.</p>	<p>Des travaux ont été en effet mis en place avec une réflexion sur les RPS, un système de gestion des absences qui laisse moins les agents dans l'incertitude, des actions QVT qui ont abouti. Le souci est que globalement selon l'agent, les salariés ne sont pas satisfaits de leur travail du fait des cadences imposés. Ils ne peuvent pas faire ce qu'ils considèrent comme être un travail de qualité.</p> <p>La SQVT n'a pas été révolutionnée par l'expérience cluster car des actions étaient déjà menées et réfléchies avant, c'était plus une continuité que plus de SQVT.</p>
---	--	---	---

<p>Aide-soignante siégeant au CTE</p>	<p>Les représentants du personnel peuvent s'exprimer dans les instances (CHSCT en particulier). Peu d'échanges avec le cadre en dehors du numérique via les mails. Mais la direction est à l'écoute en particulier le DRH.</p> <p>La méthode cluster QVT a permis un dialogue entre le personnel et la direction. Cependant les échanges se font essentiellement par mail.</p> <p><i>« Les agents se sont sentis écoutés et avoir le lien avec la direction, car souvent la direction ils sont dans leur bureau on ne les voit pas. C'est que des ordres et là il y a eu un dialogue, comprendre leur point de vue et prendre du recul sur notre travail cela fait du bien. Ici beaucoup d'échanges par mail, nous sommes très connectés. »</i></p> <p>Les représentants du personnel ont pris conscience des difficultés et ont modifié leur mode de communication avec la Direction</p> <p><i>« Cela a été très</i></p>	<p>Présence dans l'établissement d'un psychologue extérieur qui a rencontré des agents dans le cadre d'un espace de dialogue, qui a permis de régler certaines difficultés pour les agents.</p> <p><i>« La psychologue a vu moins de 10 agents, cela leur a fait du bien, cela les a soulagés ».</i></p>	<p>Le cluster QVT a permis de résoudre les problèmes soulevés par le personnel en matière de conditions de travail avec la mise en place de pauses notamment dans le PASA. Cela fut bénéfique à la fois pour le personnel mais également pour les résidents. Il reste cependant, la création de la salle de pauses pour les services.</p> <p>Pas d'intégration dans le projet d'établissement.</p> <p>Durée de la procédure ressentie comme étant trop longue pour le personnel. Celle-ci peut être renouvelée mais dans le cadre de problématique permettant des délais plus courts.</p> <p><i>« Cela peut être mis en place pour d'autres problématiques mais il faut que cela soit plus rapide car le projet a été un peu trop long. »</i></p> <p>Disparités entre les différents sites mais souhait d'y remédier avec l'intervention des représentants du personnels dans le cadre de prises de</p>
--	---	--	---

	<p><i>positif, pour nous en tant que représentant on a bien vu qu'ils ont changé de regard, et finalement les représentants du personnel n'avaient pas tout à fait tort mais on n'avait pas la bonne formulation pour la direction »</i></p>		<p>photos, enquêtes, questionnaires.</p> <p>La question de la liberté d'aller et venir des résidents et la contention furent des sujets de discussion et de désaccord mais des décisions ont été prises au regard d'éléments juridiques comme la liberté des résidents d'aller dans les chambres d'un autre résident avec son accord</p>
--	--	--	--

Établissement 4

	Analyse de la capacité des salariés à s'exprimer	Analyse de la capacité des salariés à agir sur le contenu du travail et les problèmes repérés dans l'établissement	Analyse de la capacité à réaliser un travail de qualité à l'issue de la démarche (plus de SQVT?)
Directeur	Définition de la QVT : articulation entre le professionnel bien au quotidien et le résident bien dans la structure Engagement dans la démarche QVT : s'inscrit dans une démarche	La démarche doit toucher l'ensemble du triptyque : personnel, résident et direction	Satisfaction concernant la réalisation des PAP centré sur le besoin du résident et qui permet d'adapter la prise en charge en temps quasi-réel en fonction des besoins : temps soignant,

	<p>institutionnelle déjà engagée</p> <p>Management participatif qui irradie sur l'ensemble des EHPAD</p>		matériel...
IDE cadre qualité	<p>Plusieurs modalités mises en place :</p> <p>Enquêtes sur le ressenti des agents via des questionnaires (58 questions)</p> <p>Entretiens annuels individuels</p> <p>Représentation syndicale active</p> <p>4 créneaux de dialogues sociaux par an hors instances</p> <p>Réunions d'équipe avec l'encadrement de proximité</p>	<p>Le problème des PAP a émergé via les entretiens individuels et les enquêtes avant la participation au cluster. Il a été travaillé avant le tirage au sort pour le cluster. C'était une attente des secteurs de soins.</p>	<p>Très satisfaite du travail obtenu via le cluster mais encore peu de recul sur la nouvelle méthode PAP.</p> <p>Ça n'a pas vraiment suscité un regain d'intérêt pour les questions sur la QVT car c'est un concept qui paraît accessoire et la diversité de ce qu'on peut proposer, ça fait déjà partie des modes de réflexion.</p>
AMP représentante du personnel CTE	<p>Les instances, les groupes de ressources sur les pratiques professionnelles et les entretiens individuels permettent aux salariés de s'exprimer.</p>	<p>Le dialogue social permet d'agir sur les problèmes repérés dans l'établissement. Par exemple la mise en place de plannings sur 4 mois.</p> <p>Les constats sur la nécessité de travailler autour des PAP est venue du terrain (agents et résidents).</p> <p>Le groupe de travail a proposé une refonte des PAP pour les rendre plus opérationnel. Les membres du groupe de travail forment leurs collègues ce qui</p>	<p>Très satisfaite du travail du cluster, bonne dynamique et les tests sont assez concluants. L'agent espère que cela va s'inscrire dans la durée.</p> <p>Malgré le faible recul, l'agent pense que ça a peut-être permis de parler un peu plus de QVT.</p>

		montre l'impact des agents sur la mise en œuvre des nouveaux outils.	
--	--	--	--

Établissement 5

	Analyse de la capacité des salariés à s'exprimer	Analyse de la capacité des salariés à agir sur le contenu du travail et les problèmes repérés dans l'établissement	Analyse de la capacité à réaliser un travail de qualité à l'issue de la démarche (plus de SQVT?)
AS - représentant syndical	<p>Avant l'expérience cluster, l'expression des agents avait lieu au sein du service :</p> <p><i>« C'était plus chaque service faisait ce qu'il pouvait »</i> <i>« Avant c'était chacun à sa sauce. Je ne peux répondre que concernant mon service. Ça dépend des gens et de leur caractère »</i> <i>« les cadres, elles passent dans les services mais il n'y a rien d'organisé »</i> <i>« On envoie facilement des mails à la cadre »</i></p> <p>Le sentiment d'avoir pu s'exprimer durant l'expérience QVT et de pouvoir mieux appréhender le concept grâce aux formations</p> <p>Depuis le cluster, le dialogue relatif à la QVT est plus centralisé et de</p>	<p>Un sentiment que la direction est parfois éloignée des problématiques de terrain :</p> <p><i>« Ça a fait remonter des problèmes dont la direction n'était pas au courant, ils ont appris des choses »</i> <i>« La salle de pause et le restaurant étaient trop petits et la direction ne s'était pas rendu compte... »</i> <i>« mon directeur ne se rendait pas compte, quand les infirmières étaient dans le poste pour la transmission et qu'il avait quelque chose à dire, il interrompait les transmissions. Ça faisait perdre du temps donc il s'est remis en question »</i> <i>« Tout est en lien avec la direction, je trouve dommage les directions qui sont complètement à côté de la plaque sur les</i></p>	<p>Autonomisation de l'établissement dans la prévention des RPS :</p> <p><i>« On a appris plein de choses, plein de méthodes pour savoir quel était vraiment le problème parce que nous on avait plein d'accidentés mais on a appris à en connaître la source dans les moindres détails. On s'est rendu compte qu'on était complètement à côté de la plaque »</i> <i>« Travailler la QVT a fait émerger notre prochain projet : c'est de dégager du temps. Ça nous a permis de travailler sur l'organisation, ne pas être uniquement sur le résident mais sur l'organisation qui est autour et la QVT nous a forcé à mettre le pied dedans »</i></p> <p>Evolution des</p>

	<p>nouveaux canaux sont apparus :</p> <p>« là on a vraiment mis les services ensemble pour réfléchir à des solutions à nos problèmes »</p> <p>« les équipes savaient qu'on travaillait sur la qualité de vie au travail donc elles venaient quand elles avaient des idées et c'est un peu resté dans les mœurs. Elles viennent voir les mêmes personnes quand il y a des idées, quand elles ont envie d'essayer autre chose »</p>	<p>soins... Venez voir quoi ! »</p> <p>Certains problèmes identifiés nécessitent plus de moyens afin d'être traités :</p> <p>« il y avait des choses qu'on pouvait mettre en place avec un peu de temps, quand on commence à parler de travaux ou de choses comme cela et après il y avait un tableau avec les bonnes idées mais pour l'architecture par exemple, on ne peut pas faire grand-chose »</p> <p>« les choses qui méritent plus de budget ou de réflexion restent en standby »</p> <p>La nécessité d'une bonne coopération avec la direction :</p> <p>« oui mais si on a une direction qui écoute »</p> <p>« Après une direction qui s'en fout de son personnel ça n'avancera pas »</p> <p>« Je ne me rendais pas compte du fossé énorme entre certaines directions et les soignants »</p>	<p>pratiques et mise en lumière de problèmes :</p> <p>« On a complètement évolué dans les équipes soignantes »</p> <p>« Au niveau du poste de soins infirmiers il y a plein de réaménagements qui ont été faits aussi »</p> <p>« Ça a fait remonter des problèmes dont la direction n'était pas au courant, ils ont appris des choses »</p> <p>Le CTE et les représentants du personnel semblent s'être saisis des questions QVT et effectuent un suivi des actions :</p> <p>« C'est un peu mon rôle au CTE de relancer, relancer, relancer les choses restées en standby mais il est vraiment dans l'optique de continuer tout ça parce que ça a porté ses fruits »</p>
Directeur	<p>Composition des groupes de travail faite sur la base du volontariat et permettant la représentation de l'ensemble des métiers <u>soignants</u> :</p>	<p>Freins à l'efficacité de la démarche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de temps de présence des chargés de mission ARACT - Profusion d'outils/protocoles 	<p>L'intégration de longue date de l'établissement dans une démarche QVT qui ne dit pas son nom est condition de réussite de la démarche :</p>

	<p>« C'était à chaque fois sur la base du volontariat. J'ai simplement défini le cadre. »</p> <p>Excellente ambiance dans le groupe de travail et dynamique de groupe favorisant la prise de parole :</p> <p>« Il n'y a pas eu de personne en retrait mais je pense que ce n'est pas lié à la QVT. Cela préexistait déjà à la démarche. »</p> <p>Consensus fort entre le trinôme et le groupe de travail, tant sur le diagnostic que sur les solutions :</p> <p>« Le trinôme a bien joué son rôle et n'a pas été interventionniste »</p> <p>« L'analyse et le diagnostic établis par le trinôme rejoignent complètement les propositions faites par le groupe de travail »</p> <p>La démarche a permis d'intégrer des personnels qui n'ont pas l'habitude de participer à la vie institutionnelle de l'établissement.</p>	<p>envoyés par l'ARACT : « il y avait une telle masse d'informations, cela demandait un tel travail que au bout d'un moment on décroche. A la fois la démarche est intéressante mais elle est chronophage. »</p> <p>Absence de RETEX et sentiment de ne pas pouvoir aller « au bout de la démarche » avec l'ARACT :</p> <p>« Moi je serais ravi de signer une mission de 3-4 jours pour aller vraiment jusqu'au bout de la démarche et aussi pour faire un RETEX. »</p> <p>Cadre très strict imposé par l'ARACT :</p> <p>« Le cadre était strict et c'était à nous de nous plier à ce cadre »</p> <p>« Ce sont des outils lourds à mettre en place pour des équipes restreintes. »</p> <p>En même temps cet aspect contraignant est vu comme utile :</p> <p>« En même temps l'établissement en avait vraiment besoin pour pouvoir modéliser une pratique »</p>	<p>« Je pense que la démarche QVT produit des effets dès lors que l'établissement est déjà un terrain favorable »</p> <p>« On a rien découvert de nouveau dans la démarche QVT, on a pas appris une nouvelle façon de travailler. Ça nous a conforté dans notre pratique ».</p> <p>Apport méthodologique majeur de l'ARACT et mise à disposition d'outils pertinents par l'ARACT faciles à utiliser : reportage photos, brainstorming, post-it, etc.</p> <p>« L'apport majeur a été le soutien méthodologique de l'ARACT »</p> <p>Nouvelles méthodes complètement acquises et utilisées dans un projet architectural actuellement :</p> <p>« On travaille de la même façon en laissant la libre parole à tout le monde et l'avis de l'ASH est aussi important que le mien. Il n'y pas de hiérarchie dans les</p>
--	---	--	--

			<p>opinions. C'est très fructueux de valoriser ces temps d'échange collectifs parce que les bonnes idées viennent de tout le monde. C'est pas du discours.»</p>
Cadre de santé	<p>Le cluster a permis d'optimiser les temps de transmissions au sein des unités :</p> <p>« Là on voulait vraiment dédier du temps pour échanger pour prévenir d'éventuelles difficultés en fait... l'objectif c'était de formaliser une réelle démarche, un réel projet pour favoriser la démarche QVT »</p> <p>« permet d'avoir apporté la liberté de parole des soignants »</p> <p>« On a été sur l'objectif de créer en fait, de créer des espaces de discussion avec des temps des jours précis... des temps précis pour favoriser les échanges entre professionnels »</p> <p>Eviter les interruptions lors des transmissions : une réflexion sur les organisations a été faite afin d'éviter les interruptions lors des transmissions, notamment les sonnettes, le passage des médecins, des</p>	<p>La nécessité de réaliser un état des lieux :</p> <p>« Grâce à l'ARACT on a du réaliser un état des lieux. Ah non, on arrivait pas en gros avec voilà c'est ça notre problème qu'est-ce qu'on peut faire et là on nous a dit : on va faire un état des lieux de votre établissement prendre des photos analyser des photos des entretiens, analyser des méthodes de travail.. »</p> <p>« donc on a on a du analyser tout ça avec les méthodes ARACT, qui est super adapté super ludique donc avec la constitution d'un trinôme composé donc du directeur de d'un représentant du personnel.. »</p> <p>Difficile de poursuivre la démarche sans l'accompagnement de l'ARACT :</p> <p>« C'est en septembre 2019 qu'on a dû avoir</p>	<p>Formalisation avec l'écriture de protocoles et procédures</p> <p>« mais bon un peu plus de mal à protocoliser les choses,.. »</p> <p>Le souhait de pérenniser les organisations en cas de départ du cadre ou du directeur</p> <p>« le directeur et moi-même travaillons ici depuis 15/16 ans donc nous connaissons bien mais si demain ça change de directeur ça change de cadre de santé on a envie que ça reste comme ça continue à bien tourné comme ça tourne aujourd'hui en fait .. »</p> <p>Maintien des espaces de discussion centrée sur le résident</p> <p>Méthodologie QVT transposable sur d'autres sujets/projets :</p> <p>En lien avec le COVID, les organisations et les</p>

	<p>kinés, etc.</p> <p><i>« c'était sur les temps existant déjà de transmission d'échanges entre professionnels avec une phase d'observation par un des membres du groupe de travail : on voyait bien qu'il avait des perturbations, des sonnettes, des coups de téléphone des choses comme ça qui qui venait interrompre les transmissions. des passages de professionnels extérieurs (des médecins...) qui faisait qu'on avait des temps de transmission mais en fait beaucoup trop longs »</i></p>	<p><i>la dernière rencontre avec une (...) de l'ARACT dès qu'on les a plus, c'est pas très compliqué quand même de garder le comment dire de garder cet objectif... »</i></p>	<p>actions se sont structurés et déployés sur l'ensemble des unités.</p>
--	--	---	--

Établissement 6

Aucune grille n'a été réalisée, en raison de la difficulté à organiser des entretiens dans cet établissement (cf. méthodo).

Annexe IV : Tableau récapitulatif des recommandations pour favoriser la pérennisation de la démarche QVT dans les EHPAD participant aux clusters sociaux

PROPOSITION	PISTE D'AMÉLIORATION	ACTIONS À METTRE EN OEUVRE
Préconisation n°1	Faire du retour d'expérience un élément central de la démarche cluster	Renforcer les REX au niveau des établissements et au niveau collectif (REX régionaux, partage inter-établissements)
Préconisation n°2	Favoriser l'accompagnement post-cluster	Elargir la commande faite aux ARACT pour leur permettre de poursuivre leur accompagnement des établissements
Préconisation n°3	Favoriser la création d'espaces de discussion pérennes sur le contenu du travail	Financer des temps de qualitatif, renforcer le rôle d'accompagnement des ARACT post-cluster

« Soutenir la QVT en EHPAD par une dynamique d'innovation centrée sur la qualité du travail : analyse des pratiques des expérimentations des clusters Ars-ARACT »

Arthur AYRAUD COLLINEAU

Anne GRANDVALET

Adilia BONNET

Jaëlle PEN--FEUILLETTE

Béatrice DENEUVILLE

Thomas VALLEGANT

Sandrine CHAUVEL

Aristide VINDRET

Marie-Amélie CLOEZ

Résumé :

Comment développer le pouvoir d'agir des agents quant à la qualité de vie au travail ? Comment pérenniser en établissement une culture poussant à la réflexion sur la santé et la qualité de vie au travail ? Ces questions font précisément l'objet de ce mémoire interprofessionnel. Il est question d'y répondre au travers de l'étude d'une démarche innovante que représente le Cluster QVT dans le champ médico-social.

Des membres du personnel de six établissements participant à cette démarche ont ainsi été interviewés. Ces entretiens effectués avec des agents de postes différents et participant à des groupes de travail du Cluster, ont apporté plusieurs enseignements :

- La méthode Cluster QVT apprend à libérer la parole, à communiquer de manière ascendante, descendante et/ou horizontale sur le travail, sur la qualité de vie au travail ;
- La réflexion menée doit être collective pour engendrer l'appropriation de tous ;
- Les espaces de discussions ainsi développés peuvent devenir des espaces constructifs d'où émergent des propositions d'actions co-construites ;
- La démarche ainsi développée doit logiquement autonomiser les établissements sur la qualité de vie au travail : les espaces de discussions sont susceptibles d'engendrer sur le long terme une réflexion proactive de prévention ;
- Dans cette logique de développement d'une culture QVT, le manager doit ainsi endosser le rôle de chef d'orchestre : impulser la dynamique d'actions tout en permettant un dialogue collectif ;
- La Direction de l'établissement doit donc sanctuariser véritablement un temps de réflexion propice au développement d'une culture QVT et être en soutien du manager dans la démarche sans pour autant devenir omniprésente au risque d'imposer son seul point de vue.

Ces éléments s'ils sont appliqués sont autant de clés permettant à terme le développement d'une culture QVT. Il faut cependant rester vigilant au déploiement, au suivi et au maintien de la dynamique car les entretiens ont mis en évidence que la QVT reste une notion floue pour les agents. Elle peut donc être appréhendée de manière restrictive sous certains prismes uniquement. La Direction et le manager de proximité ont donc conjointement le rôle majeur de mettre en évidence le cercle vertueux que représente une démarche globale de QVT : promouvoir la qualité de vie au travail-conditions de travail pour les professionnels, améliorer la qualité de prise en charge et garantir la bienveillance des résidents et de leurs proches pour aboutir pour les professionnels à retrouver du sens au travail facteur de bien-être au travail.

Mots clés : CLUSTER QVT, SQVT, QVT ESMS, EXPERIMENTATION QVT, QVT EHPAD

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