

Avant-propos 

Introduction 

Regards croisés sur les liens certification, qualité des soins et qualité de vie au travail

Nouveaux enjeux du travail 

La HAS et la qualité de vie au travail 

L'Anact et la qualité de vie au travail 

Travailler les liens qualité des soins et qualité de vie au travail dans le secteur de la santé ; rencontre de deux dynamiques institutionnelles

Principes et modalités de coopération HAS-Anact 

Description du dispositif 

Enseignement sur la méthode ou comment organiser un cadre réflexif sur la qualité de vie au travail ?

Une approche compréhensive 

Le croisement d'expériences et de points de vue 

L'intérêt des monographies 

Enseignements sur l'objet « qualité de vie au travail » dans les établissements de santé

Le risque de l'incantatoire 

Appellation et évolution des représentations 

Singularité et évaluation 

Entre tensions et ressources 

Dire le travail 

Perspectives 

Pour en savoir plus 



Le secteur de la santé est traversé depuis de nombreuses années par d'intenses transformations, liées de multiples dimensions : évolutions technologiques, innovations organisationnelles et gestionnaires, introduction des patients et des usagers comme acteur du système de soin, renouvellement des modèles économiques et de l'offre de soins. Des tensions importantes traversent les organisations de santé, sans qu'il soit toujours aisé, ni pour les directions ni pour les acteurs syndicaux, d'appréhender finement ce qui se joue au niveau du travail des équipes.

De plus, dans le secteur de la santé comme partout dans l'économie désormais, ces transformations ont été concomitantes avec l'introduction et le développement de mesures de la qualité, destinées à orienter l'action publique dans les grands secteurs d'activité concernés (santé, éducation, énergie, transports,...) mais aussi l'action collective et individuelle dans les organisations.

Les dynamiques sociales et organisationnelles suscitées par ces mesures de la qualité, par la mise en place d'une certaine forme de normalisation et de mise en procédure de l'activité ou par les pratiques de certification/accréditation ont été directement ou indirectement impactées par la « crise des risques psycho-sociaux » : elle a mis en évidence la difficulté à concilier les exigences plurielles – et parfois contradictoires - de l'activité et les ressources des collectifs et des individus pour y faire face.

L'émergence puis l'institutionnalisation de la notion de Qualité de Vie au Travail autour d'une définition qui, précisément, remet au premier plan « la capacité des salariés à s'exprimer sur leur travail et à agir sur son contenu », semble prometteuse pour dépasser ces limites : elle préfigure la possibilité d'intégrer, de remodeler et de faire tenir ensemble exigences de l'activité et ressources pour y faire face. Elle est aujourd'hui reconnue comme un facteur de performance.

Cette nouvelle perspective invite à approfondir les liens entre qualité des soins et qualité de vie au travail et à expérimenter des pratiques renouvelant les termes du dialogue interprofessionnel au bénéfice des patients.

La qualité de vie au travail propose un cadre de référence qui exige de ne pas chercher de nouvelles normes à évaluer, de nouveaux indicateurs à collecter mais qui, au contraire, oriente la réflexion sur de nouvelles approches et méthodes pour les acteurs, pour progresser sur le « comment ». Comment renforcer mutuellement qualité des soins et qualité du travail ? Quelles démarches, quel dialogue interprofessionnel, quelles régulations pour favoriser performance, engagement et santé des professionnels ?

Les travaux conduits par la HAS avec l'appui de l'Anact ont ouvert une voie. Celle-ci doit s'élargir au plus près des établissements, pour poursuivre un travail pédagogique de mise en visibilité des liens entre les conditions d'exercice des professionnels et les résultats de leur travail c'est à dire l'amélioration de la sécurité, de la santé et du confort des patients. Ce travail pédagogique doit soutenir des projets expérimentaux portant cette ambition. Elle doit s'élargir aussi dans un souci de cohérence avec d'autres dynamiques institutionnelles, aux niveaux national et régional, qu'elles soient en lien avec les conditions de travail, la prévention des risques, la performance. Cette voie doit s'appuyer sur la certification des établissements de santé et sur les travaux de la HAS sur les dynamiques d'équipe (Projet d'Amélioration Continue du Travail en Equipe), en tant que vecteurs privilégiés pour inciter les démarches et développer une culture dans les établissements de santé.

Jean-Luc Harousseau
Président de la HAS

Hervé Lanouzière
Directeur général de l'Anact





2010-2013 : c'est la période que couvrent les actions conduites par la HAS en partenariat de coopération avec l'Anact et dont il va être rendu compte dans ce retour d'expérience. La restitution de l'ensemble du travail va s'efforcer de mettre en évidence à la fois le fil rouge de l'action et ce que celle-ci, grâce aux acteurs qui se sont mobilisés aux côtés de la HAS et de l'Anact, a permis de produire : connaissances, points de vue, guides pour l'action, questions et pistes pour demain...

C'est la vocation principale de cette note : donner un cadre de lecture commun à l'ensemble riche et varié des productions de chacun des groupes d'acteurs attachés à mieux cerner les liens entre qualité des soins et qualité de vie au travail, en vue d'enrichir les évolutions de la certification.

Ce retour d'expérience¹, les matériaux qu'il se propose de mettre en valeur pour en faciliter l'appropriation, s'adresse aux acteurs du monde de la santé. De la place qu'ils occupent, les uns et les autres cherchent à renouveler leurs modes d'action pour retrouver des marges de manœuvre et frayer de nouvelles voies, plus équilibrées, en considérant que les attentes du système de santé sont indissociables des attentes des professionnels qui y travaillent.

Le propos s'organise en quatre parties :

- la description du processus de travail mis en place dans le cadre du partenariat de coopération HAS-Anact avec les experts-visiteurs, les établissements de santé et les organisations syndicales ;
- la construction méthodologique pour organiser un cadre réflexif sur la qualité de vie au travail ;
- le bilan des avancées réalisées, des matériaux produits sur les conditions de déploiement de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé ;
- la mise en perspective de pistes d'action prenant appui sur la certification pour développer la qualité de vie au travail.

1. L'expression « retour d'expérience » désigne ici la synthèse d'un ensemble d'opérations. Elle vise à rendre compte des effets d'un partenariat inédit, de nouveaux espaces de production des acteurs, d'incursion dans des dispositifs singuliers d'établissements et de la capacité d'interpellation générée par le croisement de ces travaux.





L'effet de la frise ci-dessous, quoique simplifiée et incomplète, est frappant : la période 2010-2013 est émaillée de très nombreuses tentatives ou parties de réponse à des questions et des attentes sociales complexes, parfois contradictoires dans leur coexistence. Dans le champ de la santé spécifiquement mais aussi dans l'ensemble des organisations productives, les tensions générées par les modèles de développement en vigueur appellent de nouvelles réponses, la recherche résolue de nouveaux équilibres.

Frise contexte 2010-2013

2009 : rapport pour la HAS sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé

2010 : V2010 de la certification

Octobre 2010 : séminaire restreint HAS Qualité des soins qualité de vie au travail

2011 : année des patients et de leurs droits

2013 : pacte de confiance pour l'hôpital

2014 : V2014

2009

2010

2011

2012

2013

2014.....

2017

2009-2012 : le constat de progrès de l'Anact repose sur 3 priorités nationales, dont les risques psychosociaux

Octobre 2009 : ministère du Travail installe le plan d'urgence RPS

2011 : près de 1 000 accords et plan d'action RPS recensés dans les organisations de tous secteurs

Juin 2012 : délibération des partenaires sociaux/QVT

Juillet 2013 : ANI/QVT

2014-2017 : le contrat d'objectifs et de performance de l'Anact précise :
« la qualité de vie au travail, un levier pour la performance et la compétitivité des organisations et une condition pour le maintien des personnes en emploi »

Deux thématiques se sont imposées au fil de la période qui, encore une fois, traverse le champ de la santé sans s'y limiter :

- le point de vue du patient (et dans d'autres secteurs d'activité, du client ou du bénéficiaire), qui continue de gagner en légitimité et en visibilité ;
- la mise en visibilité du travail dit « réel » (celui qui recompose les exigences de la réalité, de ses aléas, avec celles de la prescription).

La coexistence récente de ces deux thématiques est intéressante, en tant qu'elle pousse à faire des liens entre les deux termes de l'équation, à penser la question de l'effectivité des droits en lien avec les situations concrètes des professionnels.

Or, si la notion de « bientraitance » des patients reçoit un large écho, la mise en relation de la bientraitance avec ses conditions organisationnelles reste encore trop limitée à un débat d'initiés... sauf à être réduite à une équivalence simplificatrice bientraitance des patients – bientraitance des professionnels. Simplificatrice car ne permettant pas de situer l'enjeu organisationnel central, qui ne saurait se résumer à porter attention aux personnes que sont les professionnels.

Il s'agit de regarder de près leur travail, les conditions concrètes de son exercice, dans ses dimensions productives (particulièrement complexes dans le champ de la santé) et collectives (non moins complexes, notamment du fait des différents mondes professionnels en interaction).





Introduction



Dès la mise en place de son manuel de certification V2010, la HAS a introduit un nouveau critère, « la qualité de vie au travail ».

Il s'agit alors de loger dans la certification une réponse à un ensemble de faits qui convergent et tendent à recomposer un arrière-plan, dans lequel qualité des soins et conditions de travail, du point de vue des organisations et des conditions concrètes dans lesquelles l'activité des professionnels se joue, se répondent.

Le séminaire restreint² que la HAS organise le 21 octobre 2010, et auquel l'Anact prend part, permet ainsi de croiser et de mettre en discussion des enjeux complexes.

Les attentes des professionnels vis-à-vis de la certification

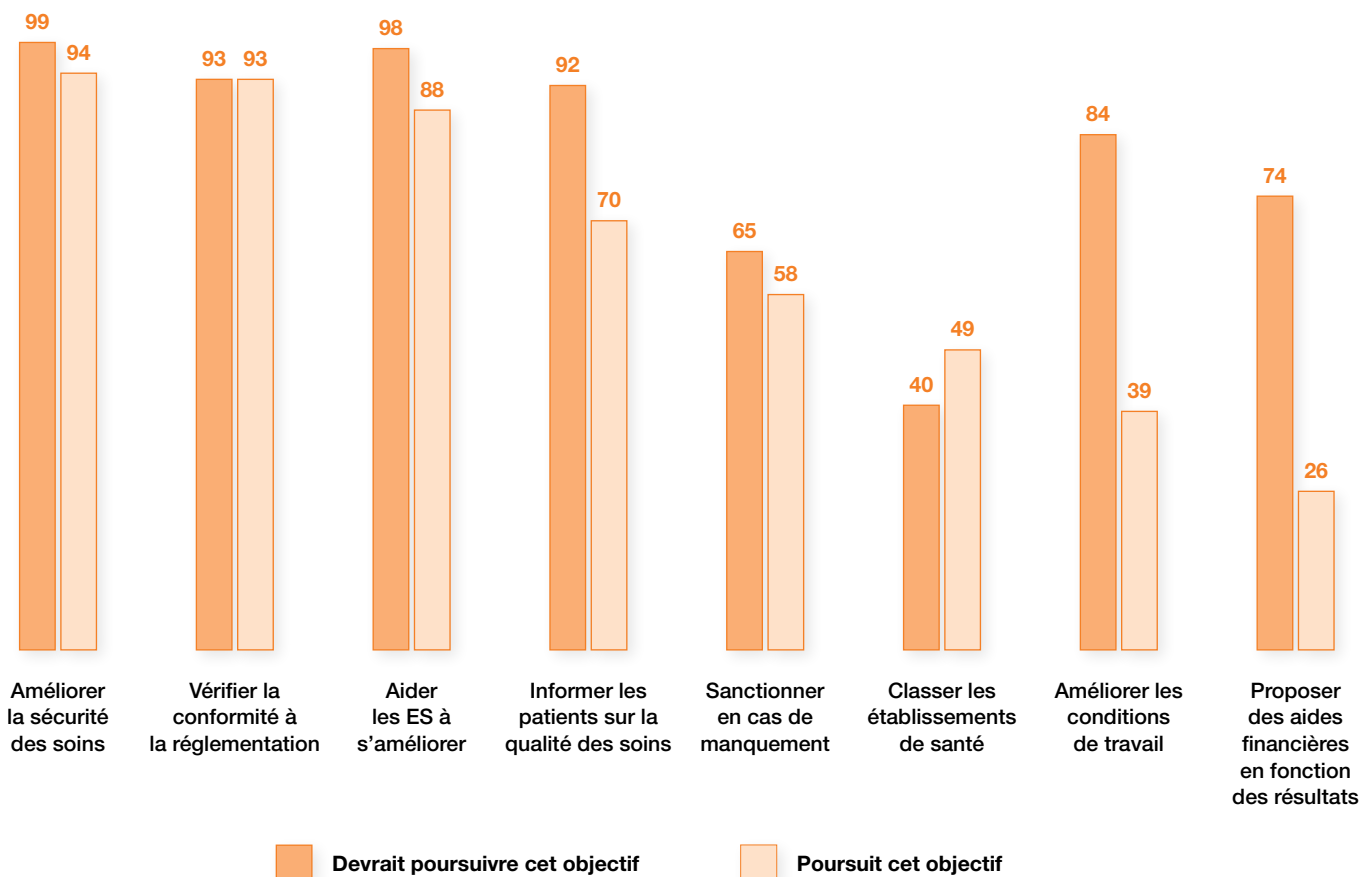


Les études (Ipsos) auprès des professionnels de santé déployées par la HAS à propos de la certification mettent en évidence :

- d'une part, des interrogations sur l'impact concret de ces démarches qui, si elles ont permis de faire des progrès majeurs, semblent s'essouffler dans leur capacité à rendre compte de ce qui se joue réellement dans la qualité au plus près du terrain et du patient ; tandis que se développe un point de vue critique des médecins, on relève une baisse de l'engagement des professionnels dans la démarche ;
- d'autre part, l'expression d'attentes très affirmées sur le levier que peut constituer la certification pour Ipsos de 2007.

2. www.has-sante.fr/.../actes-du-seminaire-qualite-de-vie-au-travail-et-qualite...





Les liens certification, charge de travail, intensification du reporting

La littérature témoigne de la complexité de la relation entre certification et démarche qualité d'une part et qualité de vie au travail d'autre part : une démarche qualité peut aussi bien favoriser ou contraindre la qualité de vie au travail.

Au cours de ces dernières années, les établissements de santé ont vu leur environnement se complexifier, notamment du fait des contraintes budgétaires et des exigences de reporting qu'elles contribuent à alimenter, et les études disponibles sur les conditions de travail dans le secteur de la santé mettent en évidence une surexposition aux contraintes organisationnelles et à de nombreux facteurs de risque³.

Dans ce contexte contraint, certains éléments suggèrent que la démarche de certification et la démarche qualité contribuent à l'aggravation des tensions sur le travail.

- ▶ Plusieurs auteurs (Dejours⁴, Gollac⁵) citent la démarche qualité parmi les causes d'accroissement de la souffrance au travail. Le mécanisme en cause est que la démarche qualité ajoute des exigences qualitatives à des exigences quantitatives. Elle accroît les « prescriptions » sur le travail, génère un écart entre le travail prescrit et le travail réel et, in fine, place les opérateurs dans une situation difficilement tenable dans laquelle pèse une exigence de « zéro défaut » ou de « qualité totale » inatteignable.
- ▶ Cette analyse rejoint d'autres études, notamment le constat fait par les chercheurs en sécurité et les ergonomes des limites de la démarche qualité pour gérer les risques, la démarche qualité conduisant souvent à la mise en place de procédures formelles avec écart entre le travail prescrit et le travail réel⁶.

3. Voir les grandes enquêtes de la statistique nationale et les études auxquelles elles donnent lieu (DARES, CEE notamment) ; voir Sumer 2010.

4. Professeur du Cnam, titulaire de la chaire de psychanalyse, santé, travail et auteur de nombreux travaux sur l'usure mentale et la souffrance au travail.

5. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, coordonné par Michel Gollac, 2010.

6. Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle – État de l'art – les Cahiers de la sécurité industrielle. François Danielou et al. 2010.



- ▶ De plus, ces approches ont été de nature à bouleverser les organisations hospitalières traditionnelles et le travail de l'ensemble de leurs salariés, mettant en conflit la promotion d'une approche individualisée des patients et les formes de standardisation des activités recherchées par ces démarches qualité.
- ▶ Enfin, certaines transformations organisationnelles recherchant une amélioration de la qualité tendent parfois à « déstabiliser » le travail et à impacter la santé au travail des professionnels et la qualité des soins.

À l'extrême, les démarches qualité, à l'instar des outils de pilotage, dans le secteur de la santé comme ailleurs, tendent à nourrir des dispositifs de gestion qui encadrent le travail mais ne le managent pas ou plus nécessairement.

Des expériences positives, des modèles organisationnels vertueux



Cependant, si le constat est fait d'un impact parfois délétère de la mise en œuvre de démarches qualité sur les conditions de travail, la littérature rapporte aussi des expériences positives conduites en faveur de la qualité des soins et de la qualité des conditions de travail qui renouvellent les cadres conceptuels dans lesquels penser ces questions.

- ▶ L'expérience des hôpitaux magnétiques a montré la possibilité de mise en place d'un cercle vertueux entre amélioration de la qualité des soins et amélioration des conditions de travail⁷.
- ▶ Des modalités de pilotage comme les projets d'amélioration continue de la qualité promus par l'*Institute for Healthcare Improvement (IHI) - Safer patient initiatives* - incitent à considérer que la mise en place d'une réelle démarche qualité visant à améliorer de façon participative les processus de production permet à la fois d'améliorer la qualité et d'agir sur les risques de souffrance au travail. C'est aussi ce type de démarche qui peut agir pour améliorer la sécurité.

Les conclusions du séminaire restreint de la HAS sur la qualité de vie au travail : une invitation à franchir une étape



La nécessité de travailler sur le management et l'organisation du travail pour répondre aux enjeux de qualité de vie au travail en tant que producteurs de qualité des soins et de santé pour les professionnels eux-mêmes, est réaffirmée. L'interrogation du processus de certification par rapport aux enjeux ancrés dans le soutien au travail « réel » est posée.

La HAS se donne pour objectif essentiel de faire évoluer son dispositif de façon à renforcer son aptitude à induire des démarches d'amélioration adéquates, visant l'amélioration de l'organisation du travail de façon participative et non des démarches formelles et prescriptives.

7. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon pour se faire soigner. Pratiques et organisation des soins, vol 40 n° 1 ; janvier mars 2009.

Aiken L. Superior outcomes for magnet hospitals ; the evident based magnet hospitals revisited – attraction and retent of professionnel nurses. Wahington : American nurse publishing : 2002, 61-82 p Chap 3.





Les limites de la prévention des RPS



Rejoignant les réflexions de la HAS dans le cadre de la préparation de son séminaire restreint en 2010, l'actualité de l'Anact est alors largement tirée par les risques psychosociaux, de stress et de souffrance, qui tendent à canaliser l'expression plurielle des enjeux du travail sous cette seule mise en forme. L'attention médiatique est forte et les acteurs sociaux (décideurs politiques, dirigeants, responsables syndicaux), sans plus contester l'importance de ces questions et de ces risques, cherchent à renouveler leurs cadres d'action pour mieux prendre en charge les enjeux du travail. L'Anact, au cœur de ces réflexions, soutient l'émergence d'un nouveau cadre de référence, celui de la qualité de vie au travail.

Les prémices d'un modèle de qualité de vie au travail



La notion de « qualité de vie au travail » est progressivement introduite, transformant sensiblement le vocabulaire (pour de nombreux acteurs, il s'agissait résolument de ne pas se laisser enfermer dans le champ de la souffrance au travail), mais aussi et surtout, révélant des transformations profondes nécessitant un nouveau cadre de référence pour faire face :

- à l'impact de la mutation des organisations et du travail avec l'émergence de risques multifactoriels mettant en défaut les cadres institutionnels et organisationnels de la prévention ;
- aux exigences générées par la posture d'acteur attendue des individus : être autonomes, responsables, engagés subjectivement dans l'activité pour y faire face... et ce faisant, impliqués dans une dynamique de développement qui ne se résume plus à la préservation de leur intégrité physique.

Ainsi, alors que les entreprises et les organisations ont une responsabilité juridique avec une obligation de résultat réaffirmée par la jurisprudence quant à la préservation de la santé physique et mentale de leurs salariés, d'autres attentes se dessinent. Elles renvoient plus explicitement à la promotion de la santé au travail, la santé entendue ici non comme l'absence de maladie mais bien comme la capacité à agir et à se construire dans un monde exigeant.

La qualité de vie au travail, dès ses premières formulations, tente de rendre compte de cela : le travail étant un des espaces privilégiés du développement de cette capacité, les pratiques d'amélioration des conditions de travail ne peuvent se limiter à la prévention, mais doivent désormais participer aux conditions du renforcement de la liberté d'action des personnes, leur pouvoir d'agir disent les cliniciens du travail.



Concernant le secteur hospitalier, les activités de production sont emblématiques des problématiques de conditions de travail dans le secteur des services, car elles ont pour finalité de prendre soin des personnes en situation de maladie ou de souffrance. Ce travail est donc tout particulièrement sujet à une sollicitation des affects, de la subjectivité des salariés, ce qui demande d'autant plus de soutien et d'accompagnement organisationnel. Or cette activité, essentielle au maintien de la vie, et ce d'autant plus pour les personnes vulnérables, est caractérisée par son « invisibilité ». Par exemple, lorsqu'une aide-soignante propose un verre d'eau à un patient parce qu'elle sait qu'il aura soif avant même qu'il ne le demande, ou bien qu'elle dépasse son temps de travail pour soutenir une famille en détresse, tous ces actes passent souvent inaperçus dans l'absolu alors qu'ils restent essentiels pour celui ou celle qui en bénéficie. Travail invisible qui se voit avant tout quand il est raté ou qu'il n'est pas fait. Cet élément a ceci d'important que la qualité de vie au travail repose en grande partie sur la capacité de l'organisation à promouvoir, soutenir et reconnaître ce travail de « care » contribuant à la qualité des soins apportés aux patients.

On l'a évoqué plus haut, les exigences productives et les attentes professionnelles doivent se répondre au risque sinon de dégradation de la performance globale et de la santé des professionnels. Le modèle émergent de la qualité de vie au travail nous invite à porter une attention particulière à des pistes de travail telles que la régulation locale du travail, qui touche aux questions :

- du management du travail ;
- de la coopération ;
- de la conception d'une ingénierie de la discussion portant sur l'activité et ses différentes dimensions : croisement des regards sur l'activité, réflexions collectives sur le champ de la prescription du travail, priorisation et cohérence des arbitrages, évaluation, contrôle ;
- de l'importance du débat sur le travail de qualité.

Autour de cette première piste se dessinent de nouveaux horizons possibles pour repenser les démarches qualité et progresser, d'ores et déjà, dans deux directions :

- la clarification de la variété des usages de la qualité ;
- la compatibilité entre un usage externe de la qualité, usage destiné à la gouvernance et à la régulation d'un secteur d'activité particulièrement sensible, et un usage interne, au service de l'activité elle-même.

En l'absence d'un tel travail de fond, les travaux de recherche mettent en évidence la dérive suivante : lorsque le fonctionnement est trop complexe, des écarts volontaires sont introduits entre le jeu de l'évaluation formelle (à usage externe) et les activités de travail réelles, telles qu'elles se produisent en interne.

Cela devient une problématique majeure de conditions de travail puisque l'organisation, au lieu d'être le support de l'activité, est contournée dans l'objectif de maintenir l'activité en dépit de l'organisation : une impasse donc, qui génère défaillances productives et altération de la sécurité et de la santé au travail.

Sur ce dernier point, les établissements de santé, au carrefour d'attentes différentes, voire contradictoires, sous la pression de parties prenantes nombreuses, toutes désireuses de faire entendre leur voix, ont un travail permanent à réaliser pour maintenir leur légitimité, sans laquelle aucune cohérence opérationnelle valable n'est possible.

La notion de « qualité de vie au travail » ne repose pas sur un standard. Le Bureau international du travail (BIT) organise ses activités plutôt à partir de la notion de « travail décent » (emploi, rémunération, conditions de travail, sécurité sociale, droits du travail, participation et négociation collective). Cette approche présente un caractère universel adaptable à la grande diversité des situations nationales.

En revanche, l'enquête (EWCS) conduite tous les 5 ans depuis 1990 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail (Eurofound) permet d'établir des comparaisons entre pays et vagues d'enquêtes. Ainsi une publication récente du Centre d'études et de l'emploi (CEE) titrait « **La dégradation de la qualité de vie au travail en Europe entre 1995 et 2005** » (N. Greenan, E. Kalugina, E. Walkowiak), *Connaissance de l'emploi*, n° 84, septembre 2011. Ici, la qualité de vie au travail est appréhendée à partir de quatre indicateurs (cf. tableau) : les pénibilités physiques de l'activité, l'intensité des contraintes techniques, l'intensité des contraintes marchandes, la complexité du travail (moins l'activité est complexe moins elle offre d'opportunités d'enrichissement pour l'individu).

Il ne ressort pas de pays où la qualité de vie au travail est meilleure, en tout point, qu'ailleurs. Quatre grandes familles sont identifiées :

- dans les pays nordiques le travail atteint le niveau le plus haut de complexité et d'intensité, il est valorisant pour les travailleurs mais fortement contraint ;
- au Royaume-Uni et en Irlande le travail est à la fois moins pénible et moins intense mais aussi moins complexe qu'ailleurs ;
- les pays de l'Europe de l'Ouest sont caractéristiques de situations intermédiaires, la France est proche du modèle anglo-saxon au niveau de l'intensité et de la complexité mais le degré de pénibilités physiques y reste très élevé.

La comparaison dans le temps, contraignant à se concentrer sur les quinze pays fondateurs, permet de relever qu'entre 1995 et 2005 : les pénibilités physiques se sont renforcées, l'intensité a augmenté dans ses deux composantes tandis que la complexité s'est réduite.

Si la notion de qualité de vie au travail est aujourd'hui partagée au niveau de l'Europe (DG Emploi de la Commission européenne), la vision est moins globale, par exemple, dans les pays d'Amérique ; les États (ou les Provinces au Canada et au Brésil) apportent quelques éléments de lisibilité complétés par des organismes privés (financés par de grandes entreprises ou syndicats). Dans ces conditions, les données restent relativement disparates. Quant à passer du « travail décent » à la « qualité de vie au travail », cela reviendrait pour le BIT à opérer un changement de conventions entre tous les pays de l'ONU, ce qui sur le plan technique et politique en lien avec les niveaux de développement des pays n'est pas envisageable à moyen terme.

Qualité de vie au travail dans l'Europe à 15 entre 1995 et 2005

	Pénibilités physiques	Contraintes techniques	Contraintes marchandes	Complexité du travail
Pays nordiques				
Danemark	3	10	13	1
Finlande	14	15	14	4
Suède	9	9	15	2
Irlande et Royaume-Uni				
Irlande	4	1	5	9
Royaume-Uni	2	7	2	10
Pays de l'Europe de l'Ouest				
Autriche	8	11	10	5
Belgique	5	8	6	7
Allemagne	10	12	11	13
France	11	3	3	8
Luxembourg	6	5	4	6
Pays-Bas	1	6	12	3
Pays méditerranéens				
Grèce	15	14	8	14
Italie	7	4	9	11
Portugal	13	13	1	12
Espagne	12	2	7	15

*Lecture : le rang 1 est celui du pays où la situation est la plus favorable.
Sources : Eurofound, CEE*





Rencontre deux dynamiques institutionnelles



Une coopération positive

La coopération entre la HAS et l'Anact est formalisée à l'issue du séminaire restreint d'octobre 2010. Cette coopération de 3 ans (2011-2013) a produit une grande quantité de documents, reflet des nombreuses réflexions qu'elle a permises. La production a été soutenue par les partis pris qui ont présidé à la conception de la coopération et qu'il semble utile d'expliciter, avant d'en décrire la dynamique générale.

Les institutions que sont la HAS et l'Anact occupent chacune une place et un rôle différents dans le paysage institutionnel consacré à la régulation de grands enjeux inhérents au fonctionnement d'une démocratie. Cette formulation peut paraître grandiloquente mais elle nous paraît importante à rappeler pour rendre compte de notre cheminement conjoint sur le champ de la qualité de vie au travail, ici située dans le secteur de la santé.

Rencontre deux dynamiques institutionnelles



La Haute Autorité de Santé a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer à la démocratie sanitaire, au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière a introduit la certification au sein du système de santé français. Initialement portée et déployée par l'Anaes, cette activité a été reprise par la HAS à sa création ; la certification des établissements de santé relève d'une démarche obligatoire. Ses résultats sont rendus publics, dans leur intégralité, sur le site Internet de la HAS. « Ils aident l'utilisateur de santé à apprécier la qualité d'un établissement, ce dont il peut tenir compte pour opérer ses choix. La diffusion de ces résultats relève également de l'idée que les établissements de santé doivent rendre des comptes. Mise à la disposition du public au sens large, cette information rend le système transparent et crée du débat. La publication est enfin un levier important pour inciter les établissements à aller plus loin dans l'amélioration de la qualité », peut-on lire sur le site de la HAS.

La certification apparaît donc, dans le secteur de la santé, comme une modalité centrale de régulation dans laquelle les attentes légitimes des patients sont clairement fléchées.

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail a été créée en 1973, dans une période de prise de conscience des « dégâts » de l'organisation taylorienne du travail industriel, de la part des pouvoirs publics, des organisations syndicales de salariés et des employeurs.

Le champ des conditions de travail, tel que confié à l'Anact par le Code du travail, mêle à la fois les questions relatives à l'organisation du travail et au temps de travail, à la participation des salariés à l'organisation du travail et aux méthodes d'étude et d'appréciation des conditions de travail, à l'environnement physique du salarié et l'adaptation des postes et locaux de travail, à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels. L'amélioration renvoie ici à l'articulation de la fin et des moyens : elle pose comme indissociables le champ thématique les conditions de travail, l'organisation du travail et la concertation sociale la participation des salariés à l'organisation du travail et les méthodes d'appréciation des conditions de travail.

Les missions de l'Agence s'inscrivent dans le paritarisme de projet et l'action finalisée :

- apportant des méthodes, des outils, dans le cadre d'expériences, d'interventions, de projets collectifs, etc. ;
- pour permettre aux acteurs d'engager une transformation de leurs milieux susceptibles de prendre en charge les enjeux de conditions de travail identifiés ;
- grâce à la définition de champs thématiques pertinents et innovants.



Ces deux présentations succinctes suffisent à mettre en évidence des différences dans les principes clés des actions respectives de l'Anact et de la HAS. Son positionnement conduit l'Anact à privilégier des approches qui misent sur les capacités d'initiative et réflexives des professionnels et sur la concertation pour définir des organisations « à moyenne portée ». Celles-ci visent alors à tenir des équilibres satisfaisants dans les tensions entre les exigences productives et les attentes des professionnels. La HAS, parce que la certification est obligatoire pour tous les établissements de santé, pilote un dispositif qui nécessite une forme d'« industrialisation » sur fond de valeurs enracinées dans ses origines (l'Anaes) et la mobilisation de démarches qualité au service de l'amélioration continue. Depuis toujours, la logique de la certification oscille entre accompagnement des établissements de santé par les pairs et contrôle.

Anact et HAS se retrouvent sur des constats essentiels.

- Les normes et la réglementation ont un rôle structurant et nécessaire dans l'amélioration des pratiques et des organisations, mais elles rencontrent rapidement des limites dans leur efficacité. Elles peuvent devenir contre-productives lorsque les stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité adoptées sont fondées exclusivement sur l'accumulation normative et le contrôle.
- Les difficultés que traversent de nombreuses organisations, en particulier dans le secteur de la santé, lorsqu'elles sont traitées seulement par des actions de prévention du stress et de la souffrance au travail, peinent à toucher leur cible et à prendre réellement en charge les enjeux du travail.
- Favoriser une expression renouvelée des questions du travail par l'ensemble des acteurs concernés (directions, professionnels, organisations syndicales) est décisif pour frayer de nouveaux équilibres, ancrés dans des organisations faisant creuset pour le « travail de qualité ».

La qualité de vie au travail présente l'opportunité de se saisir de l'ensemble des enjeux actuels dans un cadre cohérent, permettant ces réflexions et ces échanges sur les conditions de réalisation de l'activité au quotidien. Il en va ainsi de la régulation des relations de travail pluriprofessionnelles et de l'arbitrage entre les différentes logiques à l'œuvre, parfois difficiles à concilier.

Le pari de la HAS est ambitieux : faire en sorte que la certification puisse aider les dynamiques locales de construction de la qualité, soutenir le développement d'une culture de la discussion sur le travail et sur la qualité du travail à tous les niveaux, avec la volonté d'articuler qualité des soins, bientraitance des patients et qualité de la vie au travail.

Pour l'Anact comme pour la HAS, ces évolutions ne sont envisageables qu'à condition d'engager un dialogue sur le sujet avec les divers acteurs, directions, communautés médicales, encadrement, professionnels et partenaires sociaux.

L'installation de la coopération HAS-Anact

Le travail des équipes de la HAS et de l'Anact, lors de la phase d'installation du dispositif de coopération, a rapidement permis d'identifier quelques repères clés qui se sont avérés tenables dans la durée et pertinents du point de vue de la méthode de travail (deuxième chapitre).

Ces repères tiennent d'abord dans deux postulats essentiels partagés par les deux institutions :

- il est exclu de progresser sur la qualité (ici la sécurité et la qualité des soins) sans s'intéresser au travail lui-même : son organisation, ses contradictions et dilemmes, les conditions de sa mise en débat ;
- il n'y a pas de qualité de vie au travail sans performance de la production (ici de la sécurité et de la qualité des soins).

Cela posé, la coopération a pu préciser sa finalité : construire les conditions d'une évolution de la certification pour qu'elle fasse levier dans le contexte spécifique de chaque établissement de santé, sur la mise en visibilité du travail réel, facteur de sécurité et de qualité des soins et facteur de construction de la santé au travail des professionnels.

Pour atteindre cette finalité, la coopération s'est centrée sur :

- l'implication de l'ensemble des parties prenantes ;
- la construction d'un cadre de références partagé, fondé sur l'expérience concrète de chacun sur les enjeux de qualité de soins ;
- la mise en œuvre d'une démarche souple, visant d'abord et avant tout l'appropriation et le développement d'une culture commune sur ces enjeux.





Conception du dispositif



3 dimensions

La conception du dispositif d'action et de production



Un principe fondateur a été retenu pour concevoir le dispositif au cœur de la coopération : mobiliser les acteurs pour lesquels les liens qualité des soins/qualité de vie au travail font enjeu et envisager leurs échanges comme le moyen de dégager des représentations partagées, des savoirs et des connaissances formant un cadre de référence commun.

Ce principe énoncé, la HAS et l'Anact ont choisi de déployer un cadre méthodologique permettant d'outiller les échanges des acteurs pour qu'ils soient propices à l'apprentissage collectif en considérant que :

- les acteurs ne sont pas à convaincre de la nécessité d'un changement imposé par l'environnement ou par les risques ;
- les acteurs sont capables d'une contribution créatrice de valeur et d'innovations sociales ;
- la méthode de travail doit soutenir l'organisation d'un dialogue à plusieurs niveaux, pas tant à travers un projet commun auquel il conviendrait d'adhérer qu'en fournissant les outils qui en favorisent et en permettent la formulation collective.

Le choix des acteurs s'est porté sur trois groupes :

- les experts-visiteurs, choix évident dans le cadre de la HAS ;
- les représentants d'établissements de santé, choix non moins évident et nécessaire ;
- les organisations syndicales du secteur de la santé, choix qui a nécessité un travail de conviction, la HAS ayant développé ses actions sans cette « partie prenante » jusqu'au démarrage de la coopération, tandis que l'Anact n'intervient que dans des configurations où la concertation avec les partenaires sociaux est mobilisée. L'embarquement des organisations syndicales par la HAS a donc fait l'objet d'un travail soigneux de prise de contact, travail ayant posé les bases d'un dialogue de qualité.

La conception de la démarche a donné lieu à de nombreux allers-retours pour en préciser les principes. Dans un document de travail intermédiaire, le point de vue rapporté dans l'encadré ci-dessous est développé par l'Anact.



Le caractère participatif et paritaire de la démarche d'évolution de la certification et son inscription sur le long terme sont considérés par l'Anact comme des éléments essentiels ; une meilleure prise en compte du travail dans les démarches qualité réclame l'engagement d'acteurs capables de s'investir dans un projet exigeant des apprentissages croisés. Il s'agit de poser les problématiques de performance globale (soin, conditions de travail, sécurité, qualité...) de façon à trouver de nouvelles solutions. En outre, et compte tenu des caractéristiques de l'environnement des établissements de santé, les acteurs engagés dans la démarche devront veiller à rendre possible l'application productive de leurs préconisations et en assurer la diffusion auprès du plus grand nombre.

L'enjeu est bien que les établissements, les organisations syndicales, les experts-visiteurs s'impliquent tous ensemble dans la démarche et deviennent, chacun dans leur rôle respectif, acteurs et porteurs de ces évolutions.

Plusieurs opportunités permettent la participation de ces différents acteurs à la réflexion sur la dimension qualité de vie au travail et son apport dans les démarches qualité existantes.

► Une démarche fédératrice par sa dynamique collective autour du « travail ».

L'évolution de la démarche qualité vers une sensibilité portée sur la qualité du travail constitue une opportunité pour rassembler les différents acteurs clés du secteur autour d'une notion parlant à tous : le travail. Il constitue le principal dénominateur commun aux acteurs du secteur, chacun étant un travailleur exerçant son activité dans le sens de la qualité des soins. Le travail est ainsi la clé de voûte faisant tenir la qualité des soins, la performance économique, la professionnalisation et la santé des salariés.

► Une réflexion et une démarche enrichie par l'expérience de l'ensemble des acteurs clés de la qualité des soins.

La démarche d'évolution du processus de certification, en intégrant les différents acteurs clés du secteur en amont, pourra permettre :

- de poser certains éléments de diagnostic sur la qualité, le travail et ses conditions d'exercice dans le secteur ;
- de cerner ce que constitue la qualité de vie au travail et ses enjeux pour chacun des acteurs ;
- de repérer et surtout d'élargir la diffusion d'une lecture attentive des bonnes pratiques et des expériences développées dans ce sens.

► L'opportunité d'une démarche s'inscrivant dans la durée et portée par les acteurs partie prenante de la qualité à tous niveaux.

L'implication des différents acteurs doit permettre à la démarche d'éviter l'écueil d'une réflexion sur les différentes évolutions souhaitables sans que soit prise en compte la réalité des terrains et de leurs spécificités.

Cette mobilisation collective doit répondre toutefois à plusieurs conditions pour s'inscrire dans la durée :

- un positionnement équilibré des différents acteurs impliqués lors de la réflexion et le portage de l'évolution de la démarche qualité ;
- une dynamique de participation et de production de connaissances à rythme semblable.

Il s'agit de ne pas laisser à penser que certains acteurs priment sur d'autres et de permettre à chacun de pouvoir s'inscrire dans la réflexion comme dans le débat sans crainte d'instrumentalisation ou de servir de « chambre d'enregistrement ».



On donne ici à voir une représentation simplifiée des différentes « briques » de la construction collective qui a été réalisée. Simplifiée parce qu'elle n'illustre pas complètement les ajustements permanents que la dynamique de chacun des groupes a permis de nourrir auprès de la coopération. En particulier, chacun des temps de regroupement a été l'objet de débats minutieux pour « soigner » la mobilisation de tous les acteurs.

Les acteurs concernés, pièces maîtresses du dispositif partenarial



Formulation collective des enjeux faisant spécifiquement sens pour chaque groupe d'acteurs



Dans une première phase (2012), chacun de ces chantiers a d'abord été appelé à produire un matériau faisant le lien entre qualité des soins, certification et qualité de vie au travail : matériau pouvant être un point de vue formalisé, des outils, des recommandations, misant sur l'expertise de chacun sur son champ de compétence et de responsabilité. Chacun a travaillé et produit :

- les experts-visiteurs ont travaillé à la formalisation d'un guide de visite introduisant un regard plus explicite sur les facteurs susceptibles de rendre compte de la qualité de vie au travail dans l'établissement en cours de certification ; une vingtaine de visites ont eu lieu dans le cadre de ce dispositif de visite expérimental, ce qui a conduit à resserrer leur regard sur quelques points essentiels ;
- les organisations syndicales du secteur de la santé ont été rencontrées une à une par la HAS puis invitées à participer à un groupe de travail, contribuant à une meilleure mise en visibilité des enjeux du travail, de la qualité du travail, dans un contexte difficile de pénurie de ressources et de réorganisations successives, contexte dans lequel le levier que peuvent constituer les démarches de certification n'a pas été investi ;
- les établissements de santé ont été représentés par un groupe de travail réunissant une dizaine de professionnels, médecins, directeurs, cadres de santé d'établissements (publics, privés, associatifs, tout type de spécialisation). Son objectif a consisté à explorer et formaliser les questions et les réponses relatives à l'outillage des établissements de santé en matière de QVT.

À l'issue de cette phase (début 2013), et forts de la production stabilisée de chacun des groupes, une seconde étape a pu être conduite, fondée sur le croisement des réflexions deux à deux, les experts-visiteurs (cf. la certification comme le pivot de la démarche) étant amenés à travailler successivement avec les organisations syndicales puis avec les établissements de santé.

Les matériaux produits et la dynamique d'apprentissage cognitif repérée par les acteurs ont permis de poursuivre la progression de la réflexion de chacun en confirmant la possibilité – indiquée comme une issue idéale – d'un séminaire dit de convergence pour finaliser l'articulation des réflexions des trois chantiers.

Ce séminaire (été 2013), réunissant près de 100 personnes ayant participé au dispositif, a parachevé la maturation des connaissances rassemblées dans chacun des groupes, par l'organisation systématique d'exposés croisés.





Il y a quelque chose de vertigineux à monter un dispositif d'observation dans un secteur d'activité aussi vaste que celui de la santé sur un sujet aussi ouvert que celui de la qualité de vie au travail. Cela a été dit, cette ambition n'était pas envisageable sans un rapprochement et même une complicité entre deux institutions, toutes deux établissements publics attachant chacune la plus grande importance au sujet. La construction méthodologique du projet a pu s'appuyer sur cette force tout en ne perdant pas de vue qu'elle peut être aussi un frein quand il s'agit d'aller au plus près de situations complexes, voire conflictuelles, dans lesquelles se débattent des acteurs qui ne sont pas spontanément enclins à se dévoiler. La méthode mise au point dans ce cadre, et dont il serait exagéré de dire qu'elle était toute ficelée à l'avance, a cherché à s'accommoder de cette tension en se situant simultanément sur le registre de la mobilisation des acteurs et celui de l'exploitation de matériaux qualitatifs. C'est de cet exercice dont il est rendu compte ici à la fois pour donner des éléments d'appréciation sur la solidité des résultats synthétisés dans ce rapport et pour envisager des pistes d'amélioration de cette méthode adaptée à ce sujet et ce milieu professionnel. Car il est entendu, à l'issue de ce premier partenariat entre la HAS et l'Anact, que les travaux et investigations sont appelés à se poursuivre.

Les modalités du projet présentées dans la première partie ont été imaginées en partant de plusieurs constats.

- ▶ Le travail en milieu hospitalier fait l'objet de recherches et d'une littérature abondante qui alimente largement les travaux de la HAS et l'intention n'est pas de proposer une étude supplémentaire, quand bien même tout approfondissement sur les liens entre qualité du travail et qualité des soins est bienvenu.
- ▶ Les interventions du réseau Anact-Aract dans ce milieu sont nombreuses et efficaces quant à leur capacité à accompagner les établissements dans des actions d'amélioration des conditions de travail ; toutefois, au regard du nombre d'établissements de santé, elles restent relativement éparpillées et, compte tenu de la diversité des contextes, peinent à produire un effet massif d'appropriation.
- ▶ Les questions de santé publique sont régulièrement au-devant de la scène, tout citoyen a son mot à dire sur ces questions et toutes les thématiques s'y rapportant sont très exposées ; un partenariat avec la HAS ne vise pas tant à ouvrir des portes sur le terrain comme on le conçoit dans des études traditionnelles mais à s'appuyer sur des espaces de régulation dont la légitimité ne fait aucun doute.
- ▶ Précisément, dans un secteur où les jeux institutionnels sont très puissants et dans la mesure où la Haute Autorité de Santé lance un projet sur un objet à la merci de rapports sociaux complexes et dont l'avenir est incertain... il a semblé intéressant de compter sur une dynamique pouvant décaler les acteurs, les amenant à produire des connaissances dans des conditions inédites.
- ▶ Assaillis de normes et de procédures, régulièrement sondés et testés, les professionnels de la santé ne peuvent pas accueillir une investigation sur la qualité de vie au travail sur un mode centralisé et descendant antinomique avec l'idée de mieux vivre le travail.

Ces attendus ont assez vite conduit à imaginer la mise en place de lieux d'échanges entre experts-visiteurs, organisations syndicales et responsables d'établissement où seraient convoqués le témoignage, l'étonnement et la controverse. Le moment voulu, le produit de ces débats⁸ pourrait être confronté à des informations qualitatives et descriptives recueillies, en sorte de contrepoint, au sein d'un nombre réduit d'établissements. Ici devait s'articuler l'analyse des pratiques et des représentations et il était prévu d'obtenir, en bousculant un système d'acteurs qui se prêtent au jeu, des contributions originales sur un concept émergent.

Ce scénario s'est déroulé à peu près comme prévu, notamment parce que les animateurs ont conservé tout au long du projet une posture de souplesse en n'hésitant pas, par exemple, à bouleverser au cours des journées de travail le programme prévu. De même, en suivant une démarche résolument compréhensive à l'égard de tous les acteurs sollicités, le respect s'est d'emblée imposé comme une règle commune et d'aucuns se sont félicités d'avoir échappé aux vœux pieux et à la langue de bois.

8. Toutes les réunions ont fait l'objet de comptes rendus détaillés non pas sur le mode du procès-verbal mais dans l'intention de conserver chacune des idées forgées dans ces dynamiques collectives. Ces documents ont rapidement été considérés comme la trace de premiers résultats du projet.



Cette démarche compréhensive doit beaucoup à une répartition des rôles entre une fonction de co-animation institutionnelle HAS et Anact et les apports réguliers de chercheurs. Ces derniers, par leur position indépendante et leur contribution scientifique, ont permis de décentrer les experts de la HAS et de l'Anact qui ne devaient pas être perçus comme porteurs d'un point de vue surplombant⁹. Ce compagnonnage n'est certainement pas étranger au sentiment de confort et de confiance exprimé à l'issue du projet par les participants.

9. À noter toutefois que le groupe « établissements » n'a pas pu profiter de la présence des chercheurs, ce qui est apparu a posteriori comme une lacune et explique certainement des moments de flottement, notamment vis-à-vis des contributions de l'Anact qui ne pouvait pas tenir les deux rôles.





Trois groupes de travail produisant en parallèle

Les experts-visiteurs ont été sollicités par un appel à candidatures qui a recueilli une trentaine de réponses de volontaires prêts à traiter le sujet de la qualité de vie au travail. Dans un premier temps, le groupe s'est centré sur l'activité de l'expertise durant et autour de la visite des établissements en se livrant à une analyse collective de ce travail, de ses conditions d'exercice, de ses contraintes, de son organisation et de ses finalités. Ce faisant, le questionnement portait sur la capacité des experts à capter durant la visite des signaux relatifs à la qualité de vie au travail et à ses répercussions en termes de qualité des soins. Les échanges ont mis en perspective l'intérêt de recueillir et d'apprécier ces éléments dans le cadre de la certification et d'envisager les conditions de faisabilité pour intégrer cette dimension dans le processus.

Les représentants des organisations syndicales et professionnelles ont d'abord été rencontrés individuellement. Il s'agissait de s'entendre sur les attentes de la HAS et de l'Anact et sur les bénéfices de leur contribution compte tenu de leur connaissance du travail des professionnels de la santé. Il fallait également concevoir avec eux le registre de leur participation, sachant que celui de la revendication et de la négociation devait être écarté. Les séances collectives se sont axées ensuite sur la présentation de situations réelles de travail sur le mode d'histoires vécues dans des établissements puis de discussions soutenues autour de ces témoignages.

Enfin, les représentants d'établissement ont d'abord discuté, sinon chahuté, le concept de « qualité de vie au travail » au regard de leur propre expérience. Les interrogations et les doutes à l'égard d'un nouvel intitulé ramassant d'anciennes démarches qui dans le champ de la GRH ou celui de la qualité n'ont pas été à la hauteur de leurs ambitions ainsi que les craintes de nouvelles injonctions venant se surajouter aux nombreux référentiels ont été très utiles pour maintenir une position de modestie aussi bien en ce qui concerne les retours d'expérience que l'animation. Toutefois, derrière ce scepticisme apparent, la curiosité et la motivation pour défricher des pistes tangibles d'amélioration ont été des moteurs, particulièrement à l'occasion de l'examen des monographies et des jonctions avec les autres groupes.

Des temps et des niveaux de croisement variés

Les modalités d'échanges au sein de chaque groupe ont permis que le croisement de points de vue, parfois au bord de l'anicroche mais jamais de la rupture, y soit fructueux. C'est au niveau des réunions mixtes que l'effet de découverte était le plus spectaculaire, et les moments d'échanges très poussés entre experts-visiteurs et représentants syndicaux resteront, quant à eux, dans les mémoires des participants.

Constituant un élément central de la méthode élaborée pour cet environnement sectoriel et institutionnel, ces mises en discussion croisées ont été retravaillées et formalisées dans des documents intermédiaires mais surtout à l'occasion du séminaire du 2 juillet 2013. Celui-ci a été conçu comme un point culminant de partage de ces points de vue et pour ainsi dire de convergence même si ce terme a fait l'objet d'une controverse compte tenu de la diversité de positionnement des acteurs engagés dans le projet. Car les représentations des uns et des autres ont évolué au cours de ces 3 années, ce dont témoignent les actes du séminaire. Ce processus de déplacement pour les 70 à 80 personnes embarquées dans le projet pose aujourd'hui la question de donner à voir ce que l'idée de qualité de vie au travail dans le secteur de la santé a gagné en contenu et finalement en conviction.

Une autre phase de croisement était organisée autour de la mise à disposition des monographies au groupe « établissements de santé ». Le principe était de s'appuyer sur un effet miroir par rapport à l'expérience des membres du groupe de manière à faciliter la réflexivité. Finalement, au fur et à mesure des séances de recoupement, ce principe a diffusé dans les autres groupes. Ce matériau qualitatif a contribué à maintenir un ancrage, tout au long du projet, dans des situations concrètes, sinon de référence, d'illustration. Dans ce sens, il est utile d'y revenir à propos du dispositif méthodologique.





L'approche monographique contribue à rendre compte de la prégnance des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur activité et de la diversité des façons d'agir sur le travail. Les enjeux relatifs à la qualité des soins se conjuguent en fonction du statut et de la taille de l'établissement, de ses spécialités médicales, des publics accueillis, de son implantation géographique, etc.

De même, la qualité de vie au travail ne se laisse pas facilement attraper parce qu'elle ne se construit pas *in abstracto* mais en connexion avec un environnement et des événements qui l'interpellent. Dans chaque cas, elle relève d'une historicité qui mérite de s'y attarder. La « qualité de vie au travail » reste une notion balbutiante indissociable du contexte dans lequel elle est expérimentée et auquel il faut accorder la plus grande attention avant toute extrapolation.

L'exploitation de données narratives ne cherche donc pas tant à cerner la nature de la qualité de vie au travail en soi que ses conditions plurielles d'installation. Ce cheminement fournit des éléments pour engager une réflexion sur les conditions de réussite et principaux écueils d'une démarche d'amélioration. Il a semblé que cette approche qualitative permettait de rester au plus près des spécificités du secteur et des métiers de la santé et de l'urgence de problèmes posés tant au niveau de la qualité des soins qu'au niveau du caractère intenable de certaines situations de travail.

Ce matériau qualitatif s'intéresse, dans un premier temps, à la façon dont les établissements se sont emparés du sujet : leurs enjeux, les acteurs qui ont porté le sujet, les actions engagées. Il s'agit, avant tout, de comprendre un fonctionnement, de saisir la complexité d'une situation, de mettre en évidence ses spécificités.

Dans un deuxième temps, l'attention porte sur les effets de cette mobilisation au regard d'une hypothèse centrale selon laquelle la qualité de vie au travail dans le secteur hospitalier est liée à la capacité de l'organisation à promouvoir, soutenir et reconnaître le travail de l'ensemble des professionnels, reposant sur des savoir-faire divers contribuant tous à la qualité des soins apportés aux patients. Les dispositifs organisationnels favorisant cette régulation locale du travail et la coopération entre professionnels s'appuient notamment sur une ingénierie organisant la discussion sur l'activité, le travail de qualité et ses différentes dimensions.

La nature de ces échanges se caractérise par le croisement des regards sur la prescription du travail, la priorisation et la cohérence des arbitrages, l'évaluation, le contrôle, etc. Il ne s'agit pas de mettre en place systématiquement des démarches « participatives » alibis qui mobilisent la « caution » de salariés dans des dispositifs parfois sophistiqués et coûteux. L'idée est plutôt de faire émerger les représentations des uns et des autres, de les préciser et d'en porter la confrontation, autorisant à la fois l'amélioration globale du fonctionnement de l'organisation et la promotion de la santé des salariés.

La sélection des établissements

Les cinq établissements ayant fait l'objet d'une monographie ont été sélectionnés à partir d'un appel à expériences sur la « qualité de vie au travail » lancé par la HAS. Plus de cent établissements y ont répondu, jugeant que leur propre démarche, sans forcément la nommer eux-mêmes « qualité de vie au travail », rentrait dans le cadre de cette enquête, et se sont déclarés volontaires pour participer à une investigation plus approfondie.

Ce nombre conséquent révèle à la fois la capacité de résonance du vocable « qualité de vie au travail » et l'intérêt qu'y portent les établissements. La prise de conscience de l'enjeu à se saisir du sujet est réelle dans le secteur. En revanche, à y regarder de plus près, on constate une grande diversité de représentations et actions. Pour une majorité d'entre elles, ces approches semblent limitées dans leur portée. Nombreuses sont celles qui restent à la périphérie des conditions de travail soit parce qu'elles sont centrées sur une gestion individuelle et dans une logique de réparation (massages, mise à disposition des services d'un psychologue, sport, etc.), soit parce qu'elles assimilent la qualité de vie au travail à de la communication, de la convivialité ou du confort (parking, crèche, etc.). Non pas que ces initiatives soient antinomiques avec la qualité de vie au travail mais chacune d'elles est souvent présentée en tant qu'action unique ou ponctuelle restant à l'écart du travail et de son organisation – et ne désignant qu'une dimension partielle, sinon anecdotique, de cette qualité. On note également une certaine difficulté à passer à l'action : beaucoup des démarches relatées s'arrêtent à la traditionnelle enquête de satisfaction. Celle-ci se propose en général de mesurer les perceptions des salariés sur des concepts très variés mêlant des dimensions individuelles et environnementales qui éloignent les questions relatives au travail lui-même. À plus forte raison quand elles ne débouchent pas sur des dispositions correctives, ces approches n'apparaissent pas opérationnelles et interrogent sur le plan méthodologique.

D'une manière générale, peu de cas mentionnent des pistes d'action concrètes et innovantes faisant explicitement référence à la prise en charge des enjeux du travail par l'ensemble des professionnels. Ces constats permettent de tirer des premiers enseignements sur les opportunités, les limites, voire les risques que comporte le vocable. C'est un sujet qui suscite de l'appétence, comme en témoignent ces établissements prêts à faire l'objet d'une enquête et dont la sincérité ne saurait être mise en cause. La qualité de vie au travail donne envie à différents acteurs – direction, management, représentants du personnel – de s'en emparer.

▶ Ce survol de cent cas confirme l'idée qu'il y a un véritable bénéfice à inscrire dans la durée une forme de guidage sur la qualité de vie au travail dans le cadre du processus de certification.



Traiter de la qualité de vie au travail ne protège pas de la tentation promotionnelle, voire du discours incantatoire. Les discussions dans les groupes de travail mobilisés dans le cadre du partenariat HAS-Anact ont cherché à y échapper mais la formalisation par écrit n'est pas complètement à l'abri de ce risque. Dans ce sens, la tentative ici de circonscrire l'objet « qualité de vie au travail » veille à ne pas se départir du sens critique qui s'est révélé très fécond tout au long des travaux de ces 3 années.



La « qualité de vie au travail » couvre un champ très ouvert et la période est encore à l'incertitude quant à ce que désigne cette expression. Il importe de donner à voir la façon dont les établissements hospitaliers s'approprient cette notion, révélant à la fois son potentiel et ses limites.

On ne sait plus de quoi on parle à propos de « qualité de vie au travail », c'est tendu avec la négociation... « Qualité des conditions de travail » ou « qualité du travail et qualité des soins » au moins c'est clair (un responsable syndical).

L'expression n'est pas passée dans la vie courante et cela ne tient pas à l'absence d'une définition médiatisée. À ce jour, on peut considérer que cette définition n'a été que récemment stabilisée avec la signature de l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 (cf. encadré). La phase de latence, voire de controverse sur l'usage des mots, est révélatrice d'un processus qui démarre et cherche ses marques. Si l'on envisage qu'il s'agit d'un « changement de posture »¹⁰, il est compréhensible que les acteurs s'interrogent sur leur rôle et fassent appel à leur sens critique avant de se positionner. Les choses ne vont pas si bien dans les établissements pour que chacun s'empresse de se ranger derrière un mouvement encore embryonnaire dont il n'est pas sûr qu'il soit salutaire...

À noter que « la qualité de vie au travail » n'est qu'assez peu nommée dans les textes des établissements, ni même dans les discours des établissements (projet social, projet d'établissement...). De même, les personnes rencontrées dans le cadre des monographies y font rarement allusion. Investies dans les dispositifs qu'elles déploient, elles se ménagent un droit à la modestie tant les problèmes affrontés sont complexes. Cela se passe pratiquement comme si prononcer « qualité de vie au travail » laissait entendre que les solutions étaient déjà toutes trouvées.

Cette prudence, qui peut aller jusqu'à la méfiance, est le premier indice d'un message qui ressort tout au long des témoignages recueillis : **les initiatives visant à rendre effective l'articulation entre conditions de travail et qualité des soins requièrent du temps et de la continuité**. Placer ces initiatives derrière une bannière « qualité de vie au travail » serait peut-être faire preuve de précipitation, là où les acteurs évoquent de la patience et une capacité à prendre régulièrement du recul pour rester à l'affût d'une étape sautée ou d'une partie prenante momentanément délaissée.

► **Finalement, le temps de l'établissement qui doit trouver son propre rythme sur plusieurs années n'est pas loin de correspondre au temps politique de défrichage, au niveau national et interprofessionnel, indispensable à l'entrée d'une nouvelle problématique dans le champ des relations sociales.**

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

Article 1 - Définition de la qualité de vie au travail

« La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise.

Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.

Ainsi conçue, la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle est un des éléments constitutifs d'une responsabilité sociale d'entreprise assumée ».

10. Repères et principes d'une démarche Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, note du groupe établissements, juillet 2013.





Usage des singularités



Destinées locales de la QVT

Usage des singularités



L'expression « qualité de vie au travail » est soumise à une tension entre le risque d'en rester à des généralités qui ne sont guère appropriables par les acteurs de terrain et la crainte de ne pas se départir de l'environnement singulier de chaque établissement. Depuis une dizaine d'années, la qualité de vie au travail est définie, ou plus exactement délimitée, par quelques grandes dimensions présentées comme indissociables (contenu et organisation du travail, environnement professionnel, développement professionnel, dialogue social, équilibre vie professionnelle et hors professionnelle)¹¹. Il est vrai que cette couverture très large peut, selon les formats des échanges sur le sujet, soit contraindre à des exercices de synthèse réducteurs, soit rendre impossible toute restitution fidèle d'éléments contextuels sur une aussi grande diversité de thèmes.

L'approche comparative qu'autorise le travail monographique est un moyen de caractériser ce qui, partant des spécificités de chaque établissement, fait écho quant aux conditions d'installation de la qualité de vie au travail. Bien que restreint, l'échantillon des cinq établissements étudiés a été constitué en fonction notamment de leurs statuts. Au premier abord, cette dimension juridique et économique instaure des différences marquantes entre les établissements dans leur fonctionnement. Néanmoins, il n'y a pas de déterminisme en la matière. Partant de cette variabilité, le constat est fait que **ces différences sont liées avant tout à l'histoire de l'établissement et à son ancrage territorial**, combinant facteurs internes et externes dans la forme que prend la démarche visant la promotion de la qualité de vie au travail.

L'empreinte du territoire (exemples tirés des monographies)

- ▶ L'emplacement d'un centre hospitalier dans un massif montagneux aux abords de la frontière suisse est éminemment structurant quant à la déclinaison de la démarche qualité de vie au travail. Toute initiative est tendue par un paradoxe qui consiste à maintenir, malgré un rythme de production saisonnier, une offre continue de soin de qualité pouvant s'appuyer sur un personnel relativement stabilisé. Ici la gestion collective des problèmes de pénibilité qui touchent des équipes ou des groupes de métiers est confrontée aux arbitrages individuels permanents auxquels sont exposés les salariés en termes de contraintes (coût du foncier, temps de transports) et d'intérêts (attractivité des rémunérations en pays voisin).
- ▶ Un ESPIC, qui est aussi une fondation, inscrit sa démarche « qualité de vie au travail » dans son histoire remontant à la création, en 1839, d'une infirmerie pour les femmes pauvres dans le centre d'une des plus grandes villes de France. Aujourd'hui, l'ESPIC, à l'occasion d'une fusion avec un autre établissement privé, intègre des locaux flambant neufs dans un quartier périphérique en cours de réhabilitation. La continuité avec le projet d'origine développe une offre de proximité pour les populations défavorisées est mise en avant comme l'un des points de ralliement de la gouvernance, du personnel et des pouvoirs publics locaux autour de cette restructuration.

11. Depuis 2003, le réseau Anact-Aract organise chaque année la « semaine pour la qualité de vie au travail ». Cette définition à partir de dimensions constitutives est formalisée dans la revue Travail & Changement de mai/juin 2007, « Améliorer la qualité de vie au travail : des pistes pour agir ».



La spécificité de chaque établissement, faite d'intrications entre son histoire et sa réactivité à l'environnement local, met dans l'embarras quiconque est appelé à transposer les informations recueillies dans une grille générale ou un référentiel. Cette difficulté rencontrée lors de l'exploitation du matériau monographique est assez proche d'un sentiment exprimé au sein du groupe des experts-visiteurs. Ceux-ci expliquent appréhender assez vite, aux premiers jours de la visite, le niveau d'interaction entre qualité du travail et qualité des soins. Cette intuition se renforce ensuite tandis qu'ils forgent leur avis et l'argumentent à partir d'éléments factuels. Toutefois, au moment de la rédaction du rapport, ils ont des difficultés à faire « entrer dans les cases de la grille » des informations sensibles et significatives. Ils y parviennent malgré tout, comme cet expert-visiteur marqué par l'implication charismatique du directeur et amené à rédiger la recommandation : « anticiper le départ du dirigeant fondateur pour s'assurer d'une pérennisation de la qualité de vie au travail ».

Dès lors que se profile un enjeu de comparabilité et a fortiori quand il s'agit d'une démarche institutionnelle de notation ou de classification, le travail de traduction exige de se défaire de caractéristiques inopérantes d'un établissement si elles ne peuvent pas être confrontées à celles d'un autre établissement.

- **Étalonner des situations complexes se traduit par un dilemme qui, même au sein d'un collectif doté d'une déontologie et d'expériences diversifiées, peut générer la crainte d'une déperdition de sens. C'est d'ailleurs aussi cette inquiétude qui est évoquée dans les établissements qui se plaignent des avalanches de *reporting* et de *benchmarking*.**

Destinées locales de la qualité de vie au travail



Ces tensions peuvent être atténuées s'il existe des perspectives de valorisation des récits locaux au-delà de l'exploitation qui en est faite dans le cadre de la certification. Cette fois il ne s'agit plus de raisonner par rapport à ce que d'aucuns considèrent comme un idéal type une boucle vertueuse mais décontextualisée entre qualité du travail et qualité des soins mais par rapport à une histoire qui intéresse à part entière une pluralité d'acteurs qui gravitent autour de l'établissement.

Face aux contraintes et aux événements auxquels sont confrontés au sein de chaque établissement les porteurs de démarches qualité de vie au travail, il n'est pas inutile de se demander si c'est à eux seuls d'en porter la charge. La question de la qualité de vie au travail ne concerne pas seulement l'établissement en interne mais elle s'imbrique dans le caractère déterminant de facteurs historiques et territoriaux.

- **L'enjeu de la qualité de vie au travail pour un établissement de santé est aussi porté par le territoire sur lequel il est implanté. Se pose alors la question d'un partage renforcé de responsabilité avec les acteurs locaux : ARS, services de santé publique, collectivités, usagers, entreprises partenaires... Si ces éléments ont été peu explorés dans les monographies, ils sont ressortis très fortement dans les échanges avec l'ensemble des groupes de travail.**





Vers la performance



Détour par l'activité

Un cheminement vers la performance



Faute d'une définition substantielle de la qualité de vie au travail et de critères stabilisés auxquels il suffirait de se référer pour caractériser une démarche, l'observation se centre davantage sur les dynamiques enclenchées. La qualité de vie au travail s'appréhende dans la façon dont elle irrigue des services, des métiers (particulièrement dans la santé où cette catégorie est très discriminante), des strates hiérarchiques, des instances... Non qu'elle soit une matière éthérée, elle se repère au contraire à travers des actions ponctuelles et des dispositions concrètes mais celles-ci s'inscrivent dans un cheminement. Ce parcours est motivé par la qualité des soins, finalité première des établissements de santé, et s'il relève du bon sens d'envisager la qualité du travail comme le moteur de ce processus, il faut bien admettre qu'il ne s'agit pas d'un long fleuve tranquille.

Les travaux du groupe établissements mettent en perspective **des événements déclencheurs qui jouent un effet ressort à partir duquel les acteurs vont se mobiliser**. Il est alors intéressant de chercher à voir comment les aléas de cette mobilisation composent avec l'objectif sans cesse répété d'améliorer la qualité des soins et/ou la recherche de performance économique.

Enjeux de performance (exemples tirés des monographies)

- ▶ Partant d'un problème d'absentéisme et de turn-over, une structure HAD a centré son dispositif sur les questions d'organisation du travail. Il est vrai que la situation professionnelle de référence est le domicile du patient. À chaque fois, le travail d'organisation est réinventé en fonction de la pathologie et du profil du patient, du soutien de ses proches, des possibilités d'aménagement du logement etc. Ici, la notion de « qualité des soins » intègre une dimension sociale forte en termes d'accompagnement de personnes qui, sur un territoire défavorisé, sont d'autant plus isolées et fragilisées. Cet accent mis sur des dispositions organisationnelles apporte un éclairage sur les liens entre performance et qualité de vie au travail, dans un environnement où les dimensions sanitaires et sociales sont indissociables.
- ▶ Une clinique privée enquêtée est sous le coup d'un plan de retour à l'équilibre. Rachats successifs, licenciements économiques et pour finir une affaire de détournement de fonds ; la situation de la clinique est régulièrement évoquée dans la presse locale. Dans ce contexte, des travaux importants de modernisation des locaux visent à améliorer simultanément la qualité des soins et la qualité des conditions de travail. Toutefois, cette réciprocité est mise à mal par l'obligation d'obtenir et de rendre visibles rapidement des gains de productivité. Les investissements sont significatifs mais ils exigent des conditions de mise en œuvre requérant du temps et une implication effective du personnel qui semblent peu compatibles avec la nécessité d'afficher des résultats dans l'urgence.



Les organisations syndicales, quant à elles, sont en général réticentes à l'égard des politiques déployées au nom des enjeux de performance. Manifestant leurs craintes quant au risque d'une certification d'équipes, des représentants décrivent le déroulement de dispositifs de contrôle et les menaces qu'ils font peser sur les salariés, à plus forte raison quand se profilent des redressements financiers importants. Ils constatent alors que les investigations empruntent directement la voie descendante et déplorent qu'au final la responsabilité des équipes soit explicitement visée.

- ▶ **Qu'il s'agisse en amont d'un projet d'optimiser l'efficience d'un service ou d'un retour d'expérience sur un événement indésirable, il paraît plus pertinent de réinterroger tout le processus de l'organisation du travail et de regarder de près la chaîne des activités et des responsabilités.**

Le détour par l'activité

À chaque métier ses exigences et à chaque service ses spécificités avec toujours la nécessité de composer avec les autres métiers et les autres services. Dès lors, les professionnels disposent-ils de moments pour se regarder fonctionner, appréhender ces mécanismes mais aussi cette alchimie des compétences mobilisées faites de technicité, de détermination et de sensibilité ? Le cheminement vers l'amélioration des soins dans des contextes très contraints mérite des détours par l'activité de travail et son organisation.

L'exemple est donné de la création d'un nouveau service de chimiothérapie permettant de passer d'un espace mal pratique et exigu à une extension moderne de l'établissement. Ce changement s'est fait sans analyse préalable des situations antérieures de travail. Par conséquent, des dysfonctionnements liés aux flux des patients ont dégradé à la fois leurs conditions d'accueil et le mode de coopération de l'équipe pluridisciplinaire. Celle-ci davantage éclatée dans des locaux, certes plus grands, n'arrive pas comme auparavant à réguler en temps réel les aléas fréquents. Quelques entretiens collectifs et un temps d'observation auraient aidé à identifier comment sur un mode relativement informel (gestes brefs quand le personnel se croise, information rapide en passant devant le poste de la secrétaire d'accueil...) les professionnels se répartissent les consignes et les responsabilités pour faire face aux multiples problèmes qui surgissent dans l'unité (encombrement d'un couloir, taxi qui n'arrive pas, patients laissés sans information...). La prise en compte des caractéristiques de l'activité n'exige pas de gros moyens et de longues séquences venant perturber la production mais elle peut lui être bénéfique. Moins que les ressources que représente cet exercice d'anticipation, c'est le réflexe de considérer les conditions de travail comme déterminant de l'activité et de la professionnalité qui semble ici avoir fait défaut.

Des cas relatant des montages de projets qui s'attaquent aux enjeux de performance, il ressort, d'une part, qu'une démarche visant la promotion de la qualité de vie au travail ne constitue en aucun cas une réponse immédiate à une situation de crise et, d'autre part, que des impératifs et des tensions s'invitent rapidement pour interroger le triptyque : qualité de vie au travail/qualité des soins/performance économique.

- ▶ **Cette articulation se travaille dans la durée et dans une relation de proximité avec les professionnels. C'est dans ce sens où il peut être question à propos de la qualité de vie au travail d'un « parcours » reposant à la fois sur la ténacité des acteurs et sur des initiatives, y compris simples et ponctuelles, remettant régulièrement en perspective les contraintes des situations de travail en s'intéressant aux gestes professionnels et aux ficelles des métiers mobilisés.**





À quelles occasions ?



Le dialogue social



Pour se projeter dans l'avenir

En cherchant à expliciter les interactions entre qualité de vie au travail et qualité des soins, l'hypothèse est faite que la capacité des professionnels à s'exprimer et à agir sur leur travail et son organisation constitue l'un des principaux leviers d'amélioration. Cette hypothèse part du constat selon lequel les maux du travail et leurs manifestations ont fini par brider cette capacité.

Dans chacun des trois groupes cette question de la prise de parole a été abordée et les participants se sont attachés à détecter des moments et des espaces où, malgré tout, l'activité est mise en discussion. La nature, le contexte et la portée de ces pratiques interrogent alors les possibilités de les conforter.

Dire le travail à quelles occasions ?



Dans quels lieux parle-t-on du travail et avec qui ? Le travail est en discussion au regard d'événements ou de situations à problèmes, quelle qu'en soit l'importance ou la gravité. De manière rétrospective : un accident, un événement indésirable est l'occasion, parfois dramatique, de revenir sur ce qui s'est passé, de décrire les faits, de mettre des mots sur les situations, de répéter, de confronter...

De manière anticipatrice : un déménagement, l'installation d'un nouvel équipement peuvent déclencher en amont d'un processus de préparation non seulement l'expression d'avis sur une situation à venir qui comprend ses inconcues mais surtout l'explicitation de la situation présente pour mieux préfigurer sa transformation.

Dans tous les cas, il s'agit d'envisager l'avenir en tirant les enseignements d'une situation passée ou en préparant une situation nouvelle. Le futur peut être très immédiat, lors du passage de relais entre deux équipes ; paroles du travail qui, dans le quotidien, passent presque inaperçues mais qui peuvent dénouer des problèmes importants et prévenir des risques pour les patients. Il peut être lointain quand il s'agit de se projeter dans une restructuration.

Cet exercice, plus ou moins formalisé, place les professionnels dans une perspective d'amélioration (comprendre ce qui a fait défaut à un moment donné, ne pas répéter une erreur...). **En s'autorisant à dire leur travail et ce faisant à penser leur travail, les salariés revisitent individuellement et collectivement sa finalité.**



- ▶ Dans un hôpital, l'organisation des moments de relève est variable d'un service à l'autre. Dans une unité de soins de longue durée, l'équipe soignante y consacre quotidiennement une vingtaine de minutes. Les échanges, qui concernent aussi bien la pathologie de chaque patient que ses comportements, son environnement familial..., sont structurés par une discussion sur les ressources disponibles et l'adaptabilité des procédures ; chacune de ces séances fait l'objet en temps réel d'une petite synthèse mise en forme par traitement de texte et remise à l'équipe suivante. La réunion hebdomadaire de staff réunissant médecins, soignants, cadres et personnels administratifs dure, sur le même mode, une heure (café, biscuits...). En revanche, au service des urgences, le passage de relais se fait métier par métier sur des modes très peu formels. Si les patients ne sont que de passage, la diversité des cas qui se présentent et la fréquence des situations de détresse nécessiteraient tout autant des moments pluridisciplinaires de concertation pour aider des professionnels amenés à surinvestir au niveau de leur responsabilité individuelle à prendre du recul.
- ▶ S'il est difficile d'apprécier les effets de la démarche qualité de vie au travail mise en place par cette clinique privée, c'est bien parce que le processus participatif engagé au départ a tourné court. Des moyens significatifs ont été investis (diagnostic, aménagement des locaux...) mais le fait que les enjeux d'amélioration des conditions de travail n'aient pas été mis en discussion avec les salariés et les partenaires sociaux a disqualifié à leurs yeux l'ensemble de la démarche.

Les occasions de parler de l'activité et de ses finalités peuvent être multiples mais l'observation des initiatives autour de la qualité de vie au travail souligne la portée de ces types d'échanges dès lors qu'ils prennent appui sur la concordance des temps et la complémentarité des compétences entre les métiers. Ce dialogue entre métiers est délicat dans la mesure où, particulièrement dans le monde de la santé, les hiérarchies symboliques et fonctionnelles sont très prégnantes. Ce point a été souligné aussi bien par les représentants des salariés que par les responsables d'établissement. Les pressions viennent de toute part, les médecins ne sont pas sensibilisés aux démarches participatives, quand ils ne sont pas de piètres communicants, et l'encadrement est au croisement d'injonctions qu'il peine à maîtriser. La formule est schématique mais elle rappelle que la prise de parole sur le travail ne se libère pas spontanément.

- ▶ **Un autre problème tient à la difficulté à dire son travail également au sein d'un collectif de pairs. Parler des échecs, tâtonnements et inquiétudes avec des collègues exerçant le même métier requiert un niveau de confiance qui ne se décrète pas. Cette démarche passe par un apprentissage qui en soi est constitutif de la qualité de vie au travail.**

Ce que le dialogue social dit du travail



La thématique de qualité de vie au travail ne fait pas exception. Elle rejoint les sujets sur lesquels les partenaires sociaux sont en difficulté parce que les questions traitées sont immenses tout en renvoyant à des situations de fragilité qui touchent des segments significatifs de la population. Ainsi les solutions pour conjuguer durabilité et qualité de l'emploi font l'objet de divergences qui n'ont pas épargné la négociation de l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013. Pour autant, de l'avis des signataires et non-signataires, un progrès est aujourd'hui acquis quant à la nécessité de revenir sur le travail, de considérer l'organisation comme un déterminant de la qualité des conditions de travail et de partager la compréhension des dynamiques qui régissent les collectifs de travail. Cette approche a été clairement explicitée dans le groupe des organisations syndicales mis en place par le projet monté par la HAS et l'Anact. Elle a été également débattue quand les membres de ce groupe ont croisé leurs travaux avec ceux des autres groupes. Il en ressort deux remarques, sinon objections, à partir desquelles se dessinent des perspectives pour poursuivre ces travaux.



La nature des débats dans le cadre de rencontres finalement inédites à l'invitation de la HAS n'est pas transposable à l'identique dans les établissements. Le climat d'écoute puis de confiance qui s'est installé au gré de ces rencontres et le plaisir de découvrir les attentes mais aussi les difficultés de l'autre, notamment lors des échanges entre organisations syndicales et experts-visiteurs, relèvent quasiment de moments d'exception par rapport aux tensions sur le terrain.

La réduction de ce décalage entre la volonté de se saisir des ressources contenues dans un cadre que renouvelle la qualité de vie au travail et les situations locales qui empêchent d'entrevoir ce potentiel requiert sans aucun doute la démultiplication de processus d'apprentissages collectifs. Cela a été souligné, parler du travail et finalement poser le travail sur les tables de la concertation ne s'improvise pas. Les connaissances et les compétences tant des représentants des salariés que des top managements n'y suffisent pas.

- ▶ Les situations d'urgence au sein d'établissements, quant aux difficultés des professionnels à faire du travail de qualité et à la dégradation voire au blocage des relations professionnelles dans certains cas, laissent entrevoir le chemin à parcourir pour restaurer des conditions propices à un dialogue sur le travail. Indéniablement les éléments mis en avant quant à la prégnance de l'histoire et de l'environnement immédiat de chaque établissement constituent un levier pour progresser sur ce plan.
- ▶ S'il n'y a pas moyen pour chaque acteur de refonder ses jugements sur la nature, les contraintes et la complexité des activités de tout professionnel exerçant dans un établissement de santé, alors la qualité de vie au travail restera un slogan ou une directive.

Revenir sur le travail pour se projeter dans un avenir plus ou moins proche

Le périmètre et les modalités d'échanges sont variables mais toujours référés à un processus de transformation et d'amélioration. Quand bien même il y aurait de petits et grands sujets, dans tous les cas les changements envisagés renvoient à des tensions liées, par exemple, aux restrictions budgétaires, aux conflits de temporalité, aux conditions de vie des salariés... Le renouvellement de l'isolateur de l'unité de reconstitution des chimiothérapies se prépare sur une durée longue tandis la disposition pratique permettant aux opératrices de déjeuner ensemble a été mise en place rapidement. Pour autant, le système de contrainte avec lequel doit jongler l'organisation du travail fait systématiquement l'objet de controverses. De même, l'application des 12 h rend visibles plus encore les tâtonnements des acteurs, et ce que les uns interprètent comme un gain de confort et les autres une régression est rapporté à une échelle temps qui ne peut pas être seulement le court terme. Ici la maturité des équipes repose sur leur intention à faire parler entre elles des cultures professionnelles qui restent majoritairement cloisonnées.

À noter encore que les initiatives observées intègrent aussi dans leurs plans et dispositifs un axe sur les parcours professionnels. Des mesures sont prises concernant les modalités d'accueil des entrants, la personnalisation des cursus de formation, la formalisation de passerelles entre spécialités et métiers visant à faciliter les mobilités, la prévention de l'usure professionnelle... Leur envergure dépend de la capacité des établissements à prendre appui sur la connaissance des situations de travail.

L'hypothèse selon laquelle le processus d'amélioration de la qualité des soins connaîtra une nouvelle phase d'extension si les professionnels parviennent à placer leur travail au cœur des diagnostics et l'organisation comme principal levier d'action renvoie à deux questions relativement ouvertes.

- ▶ Y a-t-il un enjeu concernant la qualité de vie au travail à faire une jointure entre les initiatives plaçant l'organisation du travail comme objet central des échanges entre professionnels impliqués dans un changement et les pratiques de la GRH qui peinent à traiter isolément les problèmes qui lui sont traditionnellement soumis, dont l'attractivité et la fidélisation des personnels soignants ? Comment cette jointure peut-elle s'appuyer sur toutes les expériences de discussion du travail qui concourent à développer une capacité individuelle et collective à se projeter dans un avenir plus ou moins proche ?
- ▶ Les modes d'analyse de l'activité relèvent de démarches des plus spontanées, où les acteurs établissent progressivement leurs propres règles (comme la formalisation des synthèses préparatoires au passage de relais), aux plus méthodiques à l'occasion, par exemple, de l'intervention externe d'un ergonomiste. Quels types d'accompagnement permettent d'optimiser ces pratiques en sorte qu'elles restent maîtrisables dans la durée par toutes les catégories de personnel ?



La qualité de vie au travail dans de grands secteurs couvrant une mission de service public

Le 22 octobre 2013, un accord-cadre sur la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques était signé avec huit organisations syndicales. Cet accord constitue le premier volet d'une approche plus générale sur l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail. Ce dispositif devrait contribuer à coordonner, sinon homogénéiser, les dispositifs et initiatives au sein d'administrations et établissements ayant une mission de service public. Il devrait donc impacter de grands secteurs d'activité comme la santé, l'éducation, la sécurité, où se croisent employeurs du public, du privé et aussi de l'économie sociale et solidaire. Chacun de ces secteurs est traversé par des dynamiques locales qui, compte tenu du nombre d'établissements et de la diversité des structures, peinent à être capitalisées au niveau sectoriel. Au-delà de cette difficulté commune relative à la taille du secteur, celui de la santé se caractérise notamment par l'antériorité des CHSCT dans la fonction publique hospitalière, par la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ou encore par les réflexions et dispositions relatives à la bientraitance des patients conduisant à renouveler les regards sur les activités de travail. Le partenariat entre la HAS et l'Anact de 2010 à 2013 a contribué également à rendre visible cette mobilisation sur les enjeux de la qualité de vie au travail à l'échelle du secteur. Aujourd'hui, cette expérience devient une référence pour les acteurs chargés de mettre en œuvre l'accord d'octobre 2013.




Les enjeux

Soutenir les initiatives QVT


Multiplicité des approches


La QVT et les acteurs


La QVT dans la certification


La QVT et le terrain


Une réflexion nationale

Outils et accompagnement : les enjeux de la poursuite des travaux sur les liens qualité des soins et qualité de vie au travail



La vie du projet entre 2010 et 2013, tant au niveau de ses liens avec le contexte national et interprofessionnel qu'au niveau des interactions organisées entre les idées débattues par des experts-visiteurs, des organisations syndicales, des représentants d'établissement et un matériau qualitatif très dense, témoigne d'une capacité à composer avec des tensions aujourd'hui mieux explicitées. Ces tensions reposent sur deux composantes : les conflits de temporalité et la pluralité des acteurs. Non pas que le chemin parcouru durant ces 3 années ait suffi à produire des solutions permettant de résoudre les problèmes soulevés (écarts urgence/durée longue, local/central, normalisation/accompagnement...), mais les 80 personnes impliquées dans le projet sont moins embarrassées aujourd'hui avec ces tensions. Une grille de lecture permettant d'identifier les enjeux de la qualité de vie au travail dans le secteur de la santé a été patiemment élaborée sans que les aspérités qui freinent son déploiement n'aient été occultées. Ce constat, qui renvoie tout de même à l'image du verre à moitié plein, conduit à deux questions.

- ▶ Cet échantillon d'acteurs n'est pas assimilable à un cercle d'initiés parce qu'ils ont fonctionné sur le principe du partage des connaissances produites ; comment, malgré tout, maintenir cette dynamique à une échelle plus grande ?
- ▶ La diversité des profils et des responsabilités constitue une caractéristique essentielle de cet échantillon ; comment atteindre alors les strates, les instances, les hiérarchies, les interstices d'un secteur qui regroupe un million de salariés et 5 000 établissements ?

À la différence des éléments avancés dans les parties précédentes, ceux contenus dans cette dernière partie du rapport n'ont pas été mis en discussion pendant le déroulement du projet. En revanche, cette ouverture sur les suites de ce projet s'appuie sur les échanges du séminaire du 2 juillet 2013 où une longue séquence a été consacrée à une question : et maintenant ?

La première phase des travaux conduits par la HAS en partenariat avec l'Anact a installé la qualité de vie au travail comme inséparable des enjeux de qualité des soins et a permis de poser, avec peut-être un temps d'avance, les bases d'un changement de modèle. Celui-ci est en émergence dans l'ensemble des secteurs d'activité et s'institutionnalise via notamment l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail de juin 2013.

La poursuite de travaux sur le sujet doit répondre aux objectifs suivants :

- valoriser les travaux réalisés pour contribuer à sensibiliser l'ensemble des acteurs, à tous les niveaux, et prendre en compte la qualité de vie au travail dans la certification selon les principes établis ;
- approfondir certaines dimensions, notamment la mise en œuvre concrète des démarches qualité de vie au travail dans les établissements de santé ;
- inciter à un portage politique collectif de la thématique par l'ensemble des institutions.

S'il s'agit bien d'un changement de modèle (la qualité de vie au travail n'est pas un énième projet supplémentaire venant surcharger des organisations déjà saturées mais un modèle pour penser et agir sur la qualité de l'organisation du travail en prenant en compte le travail réel), alors il convient de porter ce nouveau cadre de référence au-delà des actions de sensibilisation en soutenant des expériences et en capitalisant des initiatives de terrain.

Partant de là, les suites du projet devront être organisées selon différents niveaux afin d'apporter une cohérence d'ensemble au projet et ne pas donner l'impression aux établissements de santé qu'il s'agit d'une injonction supplémentaire dans un contexte déjà contraint.

Cette cohérence d'ensemble peut être un objectif dès lors que les attentes des acteurs en termes de temporalité peuvent être anticipées et prises en compte dans les suites du projet. La juxtaposition de ces attentes fait émerger des contradictions et des conflits qui deviennent une matière à traiter par une ingénierie ajustable selon les situations. Un établissement installe sa démarche qualité de vie au travail dans une durée longue en se référant à ses valeurs fondatrices ; un autre, pressé par une crise, a besoin de rendre immédiatement visible tout bénéfice obtenu grâce à sa propre démarche. Dans tous les cas, les partenaires sociaux guettent les résultats palpables et les améliorations durables. Les risques de fragilisation, voire d'échec, sont divers : départ d'un dirigeant porteur, accident grave, conflit social... Ces calendriers soumis aux aléas locaux méritent d'être davantage intégrés dans les suites du projet et articulés, autant que possible, à la planification qui continuera de faire se rencontrer des acteurs aussi bien à un rythme régulier qu'à des moments clés.

Cette précaution, qui se prête aux principes des expérimentations, est l'une des conditions d'appropriation des nouvelles connaissances qui seront produites. Elle requiert très certainement des outils de communication qu'il aurait été prématuré de mobiliser dans une phase encore exploratoire. S'il est trop tôt à ce stade pour parler « d'expérimentations sociales » régies par des procédures d'évaluation prédéfinies, c'est tout de même dans cette perspective que s'oriente la réflexion sur les suites du projet.

Multiplicité des approches pour les établissements de santé

Les travaux, notamment ceux des établissements de santé, ont montré que la qualité de vie au travail se joue à tous les niveaux et repose sur la responsabilité de chacun ; la démarche au niveau stratégique d'un établissement de santé n'est pas de même nature que celle située au niveau du travail quotidien, dans un service, mais les deux sont requises.



La mise en perspective de ces démarches, leur accompagnement, leur inscription dans une dynamique expérimentale collective regroupant des établissements d'un territoire, d'une fédération, de réseaux constitués se jouent encore à d'autres niveaux également stratégiques.

Cette deuxième phase qui s'ouvre à présent nécessite donc que l'on approfondisse les positions des différents acteurs afin de les mobiliser chacun à son juste niveau et en articulant ces différents niveaux.

Parmi les enseignements des 3 années écoulées, il ressort que les acteurs intéressés par la qualité de vie au travail, quelle que soit leur place, sont tiraillés entre une forme de modestie (il ne s'agit pas d'une nouvelle recette) et une forte appétence, une ambition et une conviction (les dimensions constructives de l'activité participent simultanément de la performance et du développement des individus comme des collectifs). Cette ambivalence explique pour partie que la mobilisation ne puisse être programmée comme une montée en puissance linéaire requérant en tout et pour tout un aval politique, un appareil logistique et un mode d'information bien huilé.

Le travail de diffusion, tel qu'il se dessine dans cette nouvelle phase, passe par l'élaboration d'une représentation architecturale dans laquelle il soit possible de loger les acteurs, leurs compétences et responsabilités, de manière que leur implication soit positionnée avec efficacité. Cette extrapolation du chemin parcouru avec 80 personnes pour une diffusion d'envergure nécessite d'agir sur deux leviers : la construction d'une cartographie des acteurs propre à l'élargissement d'une politique de qualité de vie au travail dans les établissements de santé et l'adossement au dispositif apprenant qui constitue le fondement de la certification pour conforter cette politique.

Cartographier les acteurs capables d'outiller la stratégie qualité de vie au travail des établissements de santé



Les travaux des différents groupes, les témoignages des acteurs ont mis en exergue la difficulté à court terme de porter des initiatives qualité de vie au travail qui ne soient pas soutenues par l'ensemble du système. En effet, la qualité de vie au travail suppose un changement culturel qui concerne l'ensemble du système et notamment les régulateurs.

Le management des établissements de santé se trouve au cœur de demandes parfois contradictoires des pouvoirs publics et des usagers. Cette contradiction se retrouve jusque sur le terrain au plus près des patients pour des professionnels qui doivent arbitrer entre des logiques économiques, scientifiques – voire normatives – et de personnalisation de la part des usagers.

Il serait dangereux et inefficace de faire porter sur les établissements de santé la seule responsabilité de la qualité de vie au travail. Il convient de travailler l'inscription de l'établissement de santé dans son environnement, afin que la définition d'une stratégie d'établissement qui prendrait en compte la démarche de qualité de vie au travail soit en mesure de pouvoir articuler l'ensemble des contraintes.

Afin d'avancer sur ce plan, la HAS et l'Anact pourraient soutenir et accompagner la création d'un groupe rassemblant des directeurs d'établissement, des directeurs de soins et représentants des médecins, des présidents de CME, qui aurait pour mission d'établir une cartographie des acteurs institutionnels qui peuvent soutenir les établissements dans la formulation et la mise en œuvre d'une démarche qualité de vie au travail et de rédiger un document d'orientation qui impulserait une dynamique commune impliquant l'environnement.

Ce travail pourrait déboucher sur l'audition des différents acteurs impliqués : la DGOS, les agences, les ARS, les SRE, les usagers... Des restitutions itératives seraient organisées avec les fédérations, et un séminaire restreint serait organisé pour mettre en discussion des propositions de nature à rendre plus cohérente l'action pluri-institutionnelle en vue de favoriser des projets stratégiques sur la qualité de vie au travail. Là encore, l'enjeu est de produire des outils au service de l'équipement des acteurs et non une approche normative.

Prendre en compte la qualité de vie au travail dans la certification



La prise en compte de la qualité de vie au travail dans la certification vise à répondre à l'enjeu représenté par le lien établi entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Pour répondre à cet enjeu, les systèmes d'accréditation étrangers donnent une place de plus en plus structurée à ce sujet. Compte tenu de la nature du sujet, il est nécessaire de définir une approche adaptée.



Cela pourrait reposer sur les principes suivants :

- une intégration dans le compte qualité selon des modalités qui restent encore à construire et qui devront correspondre aux spécificités de la qualité de vie au travail : non-normativité, soutien au dialogue social ;
- un regard sur la qualité de vie au travail en visite à travers le prisme des autres thèmes (management des risques, RH, management stratégique, bloc opératoire...);
- un processus pédagogique qui s'inscrit dans un dialogue avec les établissements de santé en excluant une visée de sanction.

À l'instar de la première phase, il convient de rester dans un dispositif apprenant pour construire les prises de décision et tester la faisabilité de ce dispositif. Il pourrait être mis en place un groupe de travail pluri-acteurs (établissements de santé – experts-visiteurs - organisations syndicales) qui travaillerait sur les premiers matériaux qui seront produits pour analyser et qualifier les éléments et construire une cohérence du dispositif. Cette phase pourrait durer 1 an, le temps d'affiner la nature des éléments recueillis et de construire un arbre de décisions fondé sur des qualifications homogènes.

Dans tous les cas, il est indispensable de pérenniser un espace de travail avec les organisations syndicales sur la certification.

Tirer des enseignements du terrain

Il s'agit de pouvoir, à partir des initiatives sur le terrain, identifier les dimensions positives du travail, comprendre les facteurs qui favorisent des démarches qualité de vie au travail en contexte. L'idée est de pouvoir analyser des expériences diverses qui, mises en perspective, permettraient de dégager les leviers pour les équipes.

Ces expériences pourraient être repérées par divers moyens, concerner plusieurs sujets et mobiliser différents acteurs :

- le projet PACTE de la HAS, sur le programme d'amélioration du travail en équipe ;
- la collaboration avec Urgences - SAMU de France ;
- le Groupe SOS, la Croix-Rouge... sur des thématiques de bienveillance ;
- des associations d'usagers sur des problématiques propres à des pathologies ou spécialités ;
- les ARS sur des dynamiques territoriales.

Ces expériences pourraient à terme alimenter une réflexion sur les pratiques remarquables.

Par ailleurs, il serait bienvenu que des financements de recherche soient affectés à cette thématique, notamment le PREPS.

De son côté, l'Anact pourrait investir l'accompagnement des organisations syndicales, notamment dans leurs approches du travail.

Soutenir la diffusion d'une culture de la qualité de vie au travail au niveau national

La proposition est de mettre une plate-forme au niveau national, qui inviterait l'ensemble des acteurs à partager leurs réflexions, leurs initiatives, afin d'assurer une cohérence entre tous. Les institutions invitées seraient la DGOS, l'ANAP, les fédérations hospitalières, les ARS volontaires, les organismes de formation initiale et continue (EHESP, ANFH, UNIFAF...), les usagers, le Fonds national de prévention...

L'objectif de cette plate-forme serait d'instaurer des habitudes de travail et des modalités d'échanges qui permettent de construire des politiques échappant à la règle du tout normatif.





Les liens avérés entre qualité de vie au travail et qualité des soins ont conduit la HAS à intégrer la qualité de vie au travail dans la certification.

Suite au séminaire organisé le 21 octobre 2010 posant la problématique, la HAS en partenariat étroit avec l'ANACT (www.anact.fr) a entamé des travaux et réflexions avec les principaux acteurs avec pour finalité d'étayer la notion de qualité de vie au travail, comprendre la dynamique dans les établissements de santé et proposer des repères à l'ensemble des acteurs impliqués : professionnels, management et organisations syndicales.

La définition retenue par la HAS, qui a irrigué la réflexion des différents groupes de travail, est celle énoncée par l'ANI (Accord national interprofessionnel) du 19 juin 2013 (www.anact.fr/web/dossiers/performance-durable/qvt?p_thingId-ToShow=34411609) : la qualité de vie au travail « a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de de leur travail. Elle met en avant le rôle des salariés et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. En cela, c'est un objet à part entière des relations sociales dans l'entreprise ».

Les travaux développés par la HAS et l'ANACT, impliquant une centaine d'acteurs, se sont inscrits dans un contexte d'apprentissage croisé. Ils visaient la construction d'un cadre de références partagées, fondé sur l'expérience concrète de chacun sur les enjeux de qualité de soins. Ils se concrétisent aujourd'hui par la publication des documents produits par les différents groupes :

- un rendu de l'expérimentation des experts-visiteurs sur l'investigation de la qualité de vie au travail ;
- une identification des enjeux politiques et méthodologiques avec les organisations syndicales ;
- des principes et repères pour l'action avec les établissements de santé ;
- un rapport HAS – ANACT, reprenant l'histoire de ces travaux, propose une analyse et des enseignements afin de poursuivre le développement de la qualité de vie au travail.

Le séminaire de juillet 2013 – dont les actes sont publiés – fut l'occasion de mettre en perspective demandes nombreux échanges.



Investiguer la QVT
dans la certification



QVT, certification
et dialogue social



QVT : repères
en établissement
de santé dans
la certification



Actes du séminaire
2013

En complément, des vidéos retracent les séminaires de 2010 et 2013 et proposent des expériences intéressantes.



Vidéos - témoignages





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

