Qualité de vie au travail : enjeux, perspectives, expériences.

Mercredi 3 février 2016

Ouverture 2

La qualité de vie au travail : une voie pour innover 7

Une démarche innovante 11

Manager par la qualité de vie au travail 15

Table ronde et synthèse de la matinée 18

Après-midi
Présentation du groupe MNH 21

La qualité de vie au travail dans la procédure de certification 22

Prévention des risques psychosociaux et qualité de vie au travail : l'expérience du CHU de Rouen 24

Qualité de vie au travail : un enjeu managérial ? 28

Les expériences à l'AP-HP 33

Synthèse et conclusion 37

Ouverture

Gérard COTELLON, Directeur des ressources humaines de l'AP-HP, remercie les participants de leur présence à cette première journée portant sur la qualité de vie au travail. Ce chantier, conduit avec le Directeur général de l'AP-HP, est en totale concordance avec les objectifs du président de la CME. Il s'agit en effet, de mieux appréhender ce concept, ses enjeux et ses bénéfices pour chacun de nous. C'est aussi d'éclairer l'engagement de l'AP-HP tel qu'il a été formulé dans le plan stratégique de l'APHP 2015-2019, et de porter un autre regard sur le travail.

Martin HIRSCH, Directeur général de l'AP-HP, remercie les organisateurs de cette première journée – qui ne sera sans doute pas la dernière, ainsi que les intervenants internes et externes. Pour les professionnels de l'AP-HP, il semble que le premier élément majeur de la qualité de vie au travail soit le sentiment d'une prise en charge correcte des patients. L'on entend souvent la phrase suivante : « Ma vie au travail est un enfer ». Il existe un lien extrêmement fort entre la qualité de la prise en charge des patients et la qualité de vie au travail. Le fait de ne pas bien soigner les patients, ou encore l'impossibilité de leur donner toutes leurs chances rend malheureux les professionnels, qui ont alors l'impression que l'Institution n'offre pas aux patients des conditions dignes d'accueil. C'est la raison pour laquelle la qualité de vie au travail est un thème fondamental pour l'AP-HP. Les professionnels n'ont pas à choisir entre le fait de se préoccuper de la qualité de vie au travail et celui de se préoccuper de la qualité de la prise en charge des patients. En d'autres termes, un mauvais matériel implique une mauvaise qualité de vie au travail, laquelle se répercute sur la prise en charge des patients.

Deuxièmement, la qualité de vie au travail implique d'avoir plaisir à travailler avec des collègues et des supérieurs hiérarchiques : ne pas se percevoir comme un pion passif de l'organisation, pouvoir s'exprimer, avoir l'impression que l'on peut soi-même exercer un effet sur les modalités d'organisation de son travail. Cet aspect du travail, qui n'est pas spécifique à l'AP-HP ni à l'hôpital, est peut-être – à tort – considéré comme plus difficile à intégrer à l'hôpital. En effet, l'hôpital est une structure hyper hiérarchisée et hyper catégorisée, marquée par une tradition séculaire selon laquelle il semble que la voix des uns compte moins que celle des autres (en fonction, par exemple, du nombre d'années d'études effectuées). L'AP-HP doit donc mener un travail important, de façon à ce que chacun puisse sentir qu'il peut exercer une influence sur son cadre de travail. Comme l'ont montré les études de terrain relatives à l'organisation du temps de travail, les professionnels ne s'étaient pas réunis depuis longtemps pour aborder des sujets simples, comme s'il n'y avait plus de légitimité ni d'utilité à les évoquer (par exemple, une porte qui ne ferme plus). Martin HIRSCH invite l'ensemble des participants à mettre en place les moyens permettant à chacun d'avoir un impact sur son contexte de travail. Il ne s'agit pas d'inciter à l'anarchie. Les exigences en termes de compétences et d'organisation demeurent strictes, dans un univers ayant vocation à prendre en charge des patients 24h/24.

Troisièmement, il importe que les compétences de chacun soient reconnues et respectées. Les professionnels de l'AP-HP (y compris le Directeur général) ont besoin de ressentir l'utilité de leur travail. Il s'agit à la fois de reconnaître la valeur du travail effectué par ceux-ci, et de leur permettre de montrer que leur rôle est utile et les demandes justifiées. Pour établir la qualité de vie au travail, il importe que l'organisation ne soit pas désordonnée ou neutralisante. Par conséquent, la qualité de vie au travail a un lien direct avec la thématique de la concordance des temps, et notamment la concordance des temps médicaux et non médicaux. Parmi les éléments classiques de la qualité de vie au travail figurent les horaires, la charge de travail, ainsi que la conciliation entre la vie au travail et la

vie personnelle et familiale. L'AP-HP s'est efforcée de prendre en compte ces éléments dans le projet social et professionnel que constitue le Plan stratégique.

Un élément nuit particulièrement à la qualité de vie au travail : l'absence de remise en cause d'un *statu quo* déséquilibré. S'il peut être considéré comme une menace, le changement peut aussi permettre une amélioration de la qualité de vie au travail, à condition de s'efforcer de saisir l'occasion du changement pour régler les points de blocage. La qualité de vie au travail concerne la totalité de la chaîne hiérarchique (des médecins aux soignants). Elle n'est pas l'apanage de quelques services ni d'un seul spécialiste.

Cette journée vise à permettre aux groupes hospitaliers de s'emparer de la thématique de la qualité de vie au travail, afin de créer des espaces de discussion utiles, pouvant déboucher sur des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail. Martin HIRSCH assure avoir pleinement conscience de l'importance de ce thème et de la difficulté à le développer. Pour autant, la contrainte globale n'est pas une raison suffisante pour considérer que la qualité de vie au travail ne peut être améliorée. Le fait de se persuader que la dégradation de la qualité de vie au travail est inéluctable est la meilleure manière de faire des prophéties autoréalisatrices. Enfin, l'AP-HP dispose d'un atout majeur pour accéder à la qualité de vie au travail : chacun et chacune de celles et ceux travaillant dans cet établissement savent pourquoi ils le font. Ils ne travaillent pas pour des actionnaires. Ils ne travaillent pas pour un enjeu purement politique, mais pour soigner. Les professionnels de l'AP-HP ont au moins un élément de vocation. Si cet élément de vocation existe, tout le reste peut suivre.

Dans d'autres univers professionnels, l'absence de sens est telle que l'on ne peut jamais atteindre la qualité de vie au travail. Parfois, il est nécessaire de réaffirmer la vocation de l'AP-HP et de la partager de nouveau. Ce sont dans les épreuves les plus dures – la douleur et l'angoisse des attentats – que certains ont un peu redécouvert le « plaisir » de travailler ensemble. Dans les temps ordinaires, les professionnels ont en revanche l'impression que la vocation, le sens premier du travail sont « embrouillardisés » par l'ensemble des autres contraires. Il faut précisément agir sur ces contraintes pour faire progresser la qualité de vie au travail.

Le Pr Noël GARABÉDIAN, président de la commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP, a fait de la qualité de vie au travail l'un des axes prioritaires de sa mandature.

Il constate que si les professionnels sont très bien préparés à leur métier de médecin, ils ne sont généralement pas formés de la même façon à la prise de responsabilités managériales. Or, pour diriger un service, un pôle ou toute autre structure, il faut à la fois être un bon professionnel et un bon manager. Le respect médical du chef de service est certes nécessaire, mais pas suffisant. Le dialogue a aussi son importance dans la constitution d'une équipe. Il faut donc réfléchir aux critères et aux procédures de nomination des chefs de service.

Les médecins sont aussi confrontés aux risques psychosociaux et, parfois, à la souffrance au travail. C'est un sujet qui n'a pas été véritablement traité jusqu'ici. Les médecins bénéficient peu de la médecine du travail et il n'existe pas de fonction « ressources humaines » correctement structurée pour traiter leurs difficultés.

Or, de la qualité de vie au travail dépend aussi la qualité de l'accueil et des soins apportés aux patients. Un hôpital forme un ensemble. La qualité et la sécurité des soins, ce sont aussi des équipes soudées et solidaires.

Les pôles ont abouti à mettre en place de grands ensembles sans que l'on ait peut-être prêté assez d'attention à leurs conséquences sur la qualité du dialogue dans les équipes. À cet égard, le Pr Noël GARABÉDIAN est favorable au rétablissement formel des conseils de service. De nombreux problèmes peuvent être résolus grâce à la qualité du dialogue au sein et entre les équipes. La pression quotidienne fait souvent oublier ou reporter le temps

de la discussion. Celui-ci est absolument indispensable car gage de bonne organisation et de solidarité des équipes.

La CME réfléchit sur ce sujet difficile qui sera au cœur de ses préoccupations. Sa sous-commission *Vie hospitalière* doit y jouer un rôle déterminant en liaison avec les sous-commissions *Vie hospitalière* des CME locales. Elles sont en effet en première ligne en tant que lieux de prévention et de dialogue.

Le sujet de la qualité de vie au travail invite à questionner non seulement le management médical, mais aussi les difficultés qui peuvent parfois exister dans les relations entre l'administration et les médecins. La CME est l'un des lieux qui doit permettre de favoriser les échanges et la discussion entre eux. C'est dans cet état d'esprit qu'il souhaite que se déroule son mandat.

Michèle LENOIR-SALFATI, Sous-directrice des ressources humaines du système de santé au sein de la DGOS, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, remercie les organisateurs de l'avoir invitée à porter la parole du Ministère. En 2008, Michèle LENOIR-SALFATI était chef du service de certification des établissements de santé à la Haute Autorité de Santé et préparait la version 3 de la certification. Les questions de qualité et de sécurité commençaient à devenir quasiment routinières. Le cœur de l'action de l'HAS portait sur la maîtrise des processus de soins. Quelques collègues de Michèle LENOIR-SALFATI ont évoqué l'introduction d'une nouvelle dimension : la qualité de vie au travail. Elle reconnaît avoir été un peu déstabilisée par cette suggestion, car elle craignait que la discussion sur la qualité de vie au travail soit perçue comme un alibi ou une tentative de rachat de conscience. Cependant, elle s'est laissée porter par cette dynamique.

La version de 2010 a donc intégré un critère relatif à la qualité de vie au travail, porteuse de sens sur les éléments qui composent la qualité de vie au travail :

1. La qualité de vie au travail est intégrée dans les orientations stratégiques de l'établissement et un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini. Il faut une impulsion forte, managériale et stratégique autour de cette thématique.
2. Des actions sont mises en œuvre. Le concept de qualité de vie au travail doit ainsi être incarné dans les relations quotidiennes entre les équipes.
3. Parmi les éléments cités figurent les relations au travail, l'organisation et le contenu du travail, l'environnement physique du travail, ainsi que la manière dont le travail permet à la fois la réalisation de soi et la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée.
4. Les établissements ont été invités à évaluer l'impact des démarches de qualité de vie au travail. Il ne s'agissait pas seulement d'évaluer la qualité d'une politique, mais aussi la qualité du travail et à, travers celle-ci, la qualité des soins.

D'abord sceptique quant à l'inclusion de ce critère, Michèle LENOIR-SALFATI a lentement cheminé, nourrie par des lectures (Yves Clot), par des rencontres (notamment avec Mathieu Detchessahar, professeur de gestion à l'Université de Nantes), par l'approfondissement de l'expérience des hôpitaux magnétiques (*magnet hospitals*). Au gré de ce cheminement, elle a compris que la qualité de vie au travail ne devait pas être perçue comme une énième mode managériale. Elle est désormais convaincue que la qualité de vie au travail doit être considérée comme un véritable facteur de performance sociale. Cette performance sociale est un facteur de performance organisationnelle et de performance du système de santé. La qualité de vie au travail est à la source même de la production de la qualité des soins.

En cette période de profondes mutations et de contraintes externes croissantes, cette redécouverte est d'autant plus nécessaire qu'elle permet de surmonter les défis auxquels sont confrontées les institutions publiques. Une démarche « qualité de vie au travail » consiste moins à s'intéresser à ce qui ne va pas, qu'à se centrer sur les ressources des personnes et des organisations. En définitive, cette approche est orientée vers la

recherche de solutions. Michèle LENOIR-SALFATI tient à citer les propos du Directeur général de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), Hervé Lanouzière, prononcés à l'occasion de la signature de l'accord national interprofessionnel sur qualité de vie au travail dans le secteur privé : cet accord *« constitue non pas un substitut aux RPS, mais l'étape qui leur succède, une approche qui, au-delà de l'exposition à des risques, explore les ressorts du développement de l'individu au travail »*.

Si la qualité de vie au travail apparaît comme un enjeu majeur, il reste à la mettre en musique sur le terrain et à l'incarner. Au-delà du concept, la qualité de vie au travail se construit dans les détails du quotidien.

Plusieurs points d'une démarche QVT ont attiré l'attention de Michèle LENOIR-SALFATI, car ils ne sont pas nécessairement spontanés, voire peuvent sembler contre-intuitifs. En premier lieu, il est possible de déployer une démarche QVT dans un contexte fortement contraint. C'est peut-être même sa raison d'être et le moment où elle est la plus efficace et la plus utile. Prendre le risque de lancer ce type de démarche, dans un environnement difficile, comme l'a fait l'AP-HP, mérite d'être salué. Deuxième point clé : la qualité de vie au travail, parce qu'elle s'intéresse au travail et à la manière dont il se déploie, invite tous les professionnels de santé (quel que soit leur statut) à dialoguer pour réfléchir à la signification du verbe « travailler » et notamment à la signification de l'expression « travailler ensemble ». Cette démarche vise à faire émerger une conscience collective des situations de travail, afin de trouver le compromis le plus performant pour le collectif de travail. Enfin, dans un environnement en changement perpétuel, la qualité de vie au travail permet de découvrir, voire redécouvrir un processus permettant d'asseoir une certaine stabilité. Pour les personnels participant à la démarche, elle est l'occasion de rechercher des solutions constructives. Les démarches QVT permettent de bâtir un socle commun.

L'objectif de cette journée est de faire en sorte que les professionnels se saisissent des démarches de qualité de vie au travail. Au sein de la fonction publique, plusieurs expérimentations sont menées localement. Le Ministère de la Décentralisation et de la Fonction publique a proposé un protocole d'accord, qui a été présenté début 2015 aux partenaires sociaux de la fonction publique. Ce protocole n'a pas été approuvé par un nombre suffisant de partenaires sociaux pour être appliqué. Le Ministère a donc renvoyé les trois versants de la fonction publique à leurs propres discussions. Michèle LENOIR-SALFATI a l'intuition que la fonction publique hospitalière a une longueur d'avance sur le sujet. Les travaux engagés par la HAS démontrent que la réflexion est engagée, même s'il reste à incarner la qualité de vie au travail, pour que chacun se sente concerné.

Par ailleurs, la DGOS a souhaité adresser un signal politique fort aux établissements de santé, en inscrivant dans son Plan stratégique 2015-2017 le développement de la performance sociale et des démarches de qualité de vie au travail. La DGOS souhaite à présent décliner ce plan en plusieurs actions concrètes. En 2016, la DGOS – en lien avec la HAS et l'ANACT – participe à plusieurs expérimentations de démarches QVT au sein des établissements de santé. A travers les « *clusters* sociaux », elle essaie de promouvoir des démarches QVT régionales, avec l'appui des ARS et des établissements volontaires. En outre, les démarches QVT pour les médecins seront largement soutenues et déployées, dans le cadre du plan d'action relatif à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public. En particulier, il importe que ces démarches incluent la mise en place d'espaces d'expression et de dialogue au sein des pôles et des services, afin de permettre aux services d'échanger sur le contenu et l'organisation du travail.

La qualité de vie au travail concerne tous les personnels. A l'instar des réflexions sur les conditions de travail, la prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux, la qualité de vie au travail concerne aussi les personnels médicaux. Ceux-ci doivent être des acteurs essentiels de la démarche. Tous les personnels doivent bénéficier de ce type de démarche.

Enfin, les établissements seront incités à organiser des rendez-vous annuels dédiés aux conditions, à l'organisation du travail et aux démarches QVT. Ces rendez-vous

pourront associer les représentants des organisations syndicales et des personnels médicaux. La DGOS s'engage également à soutenir le développement de l'innovation dans le champ des conditions et des organisations de travail. Avec l'aide de l'ANACT, elle souhaite promouvoir les démarches innovantes et les bonnes pratiques. Des guides seront publiés à cet effet.

Par sa participation à l'ouverture de ce colloque, Michèle LENOIR-SALFATI tient à témoigner de l'intérêt que le Ministère porte à la thématique de la qualité de vie au travail, ainsi qu'à la démarche engagée par l'AP-HP. Elle ne pourra pas suivre le colloque toute la journée, mais deux autres collaborateurs du Ministère se sont également inscrits : Marianne Franier et Laurent Briois. Profondément convaincus de l'intérêt de la démarche, ceux-ci sont un aiguillon puissant pour le Ministère. Michèle LENOIR-SALFATI entend bien poursuivre la discussion engagée ce jour.

La qualité de vie au travail : une voie pour innover

Modérateurs :
Jean-Marie BARBOT, Président de l'ADRHESS
Olivier PARIS, DRH de l'Hôpital Robert-Debré.

Jean-Marie BARBOT, Président de l'ADRHESS, précise que les modérateurs seront les garants de la gestion du temps au cours de cette journée.

Olivier PARIS, DRH de l'Hôpital Robert-Debré, souhaite la bienvenue à tous les participants et remercie Julien Pelletier d'avoir accepté l'invitation.

Julien PELLETIER, Responsable priorité « qualité de vie au travail » au sein de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), cite l'exemple de trois réseaux d'hypermarchés en France. Dans le premier : Le responsable de l'informatique propose l'utilisation d'un logiciel pour l'affectation du personnel des caisses. Ce logiciel comprend deux paramètres : le flux de clientèle (pour éviter les files d'attente) et le temps de travail (pour éviter le paiement d'heures supplémentaires). Les caissières sont informées par courrier de leur affectation et du temps de travail correspondant. Dans un deuxième système, la chef du service négocie avec chacun l'affectation aux caisses. Dans un troisième système, il appartient aux équipes de négocier elles-mêmes les horaires et l'affectation aux caisses.

Dans le premier système, les caissières se sentent traitées comme des numéros, puisqu'elles reçoivent des courriers émis par un logiciel. Elles traitent les clients de la même manière et ne développent aucune loyauté envers l'entreprise, qui les traite de manière froide et impersonnelle. Il en résulte une augmentation du turnover et de l'absentéisme, d'autant que le logiciel n'intègre ni la situation de famille des caissières ni leur lieu de résidence, ni des aléas de la clientèle.

Dans le deuxième système, un soupçon s'installe sur les critères d'affectation des caisses. L'une des caissières ne comprend pas pour quelle raison elle est toujours affectée à une caisse située en plein courant d'air et marquée par un nombre de vols important, tandis que son collègue se voit attribuer la caisse la plus tranquille. Il s'avère que son collègue est très flexible, sans responsabilités familiales : il est toujours disponible pour venir travailler. La chef du service le considère comme un bon élément et fait tout son possible pour le fidéliser. La caissière, mère d'une famille monoparentale, n'est pas aussi disponible ou flexible.

Julien PELLETIER distingue trois types de population parmi le personnel des caisses : les étudiantes (qu'il ne faut pas réveiller trop tôt le matin, mais qui sont disponibles le week-end et en soirée) ; les personnes à forte ancienneté dans leur poste (syndiquées, reconnues par les chefs de rayon, connaissent les clients par leur nom et toute la gamme de produits) et enfin, les femmes en seconde partie de carrière qui souhaitaient trouver un travail d'appoint. Ces trois types de population ont des attentes temporelles distinctes ou complémentaires et peuvent donc trouver des arrangements entre elles. La solidarité du collectif rejaillit sur l'entreprise sous la forme de la loyauté avec des effets positifs sur l'engagement au travail et la réduction de l'absentéisme.

I) La notion de qualité de vie au travail

Julien PELLETIER ne recommande pas de déléguer toutes les prises de décision au collectif de premier niveau. Il considère en revanche que toutes les entreprises doivent trouver le bon compromis entre un système technique, le management et l'autonomie du

collectif de travail. Cette combinaison n'est jamais naturelle ; il faut la concevoir, l'évaluer, la tester. Pour l'ANACT, la qualité de vie au travail n'est pas un champ pré-défini, mais une démarche qui permet à un établissement ou une entreprise de définir quels pourraient être les éléments constitutifs de la qualité de vie au travail et d'agir sur ceux-ci.

La qualité de vie au travail est une démarche visant à rechercher la bonne combinaison socio-productive. Elle s'inscrit dans un contexte particulier. Dorénavant, le temps de travail est un indicateur très pauvre de l'engagement des salariés. L'innovation, la cohésion d'équipe, la qualité des relations, des outils et des innovations sont des facteurs de performance au même titre que le temps de travail. De la même manière, l'euro est un indicateur pauvre de la qualité du travail ou des prestations, s'agissant du secteur de la santé. Le travail est envisagé parfois comme un coût d'abord (masse salariale) et comme un risque (TMS, empoisonnement, violences…). Cette conception est un peu désuète. Le travail est aussi, sous certaines conditions, source de développement personnel et professionnel, créateur de valeur et gage de cohésion sociale.

Actuellement, les entreprises sont confrontées à trois types d'enjeux, à commencer par les enjeux sociétaux. 15 % des salariés souffrent de maladies chroniques évolutives. Près de 20 % des salariés sont des mères monoparentales. En outre, les salariés sont vieillissants. Ils habitent de plus en plus loin de leur lieu de travail. Ces enjeux sociétaux pénètrent le monde de l'entreprise. Deuxièmement, les entreprises doivent répondre aux enjeux du marché : créer de nouveaux produits, mettre en place de nouveaux processus et méthodes de travail tenant compte du renforcement des contraintes budgétaires. Troisièmement, les entreprises doivent s'adapter aux enjeux du travail (autonomie, qualité de l'engagement, responsabilisation, capacité d'agir et de s'exprimer sur le travail). Par conséquent, une démarche QVT doit articuler ces trois types d'enjeux. Dans ce cadre, le travail n'est pas envisagé comme une souffrance, mais comme une source de développement.

Comment articuler les politiques nationales de santé publique (évolutives) avec la trajectoire organisationnelle d'un établissement et la trajectoire professionnelle des salariés ? Les trajectoires politiques n'obéissent pas aux mêmes règles ni aux mêmes temporalités que les trajectoires organisationnelles, qui elles-mêmes n'obéissent ni aux mêmes règles ni aux mêmes temporalités que les trajectoires professionnelles. Julien PELLETIER formule l'hypothèse que les maux du travail sont dus à la difficulté des acteurs à articuler les trois trajectoires. La démarche QVT a l'ambition d'articuler ces trois trajectoires.

Selon le préambule de l'ANI QVT, l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail signé par les partenaires sociaux en juin 2013, *« la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand les organisations se transforment. De ce fait, la question du travail fait partie intégrante des objectifs stratégiques de l'entreprise et doit être prise en compte dans son fonctionnement quotidien afin, notamment d'anticiper les conséquences des mutations économiques »*. Ce préambule fait référence à deux registres : le niveau stratégique et le fonctionnement quotidien de l'entreprise, ainsi qu'à deux contextes : les mutations internes et les transformations externes. L'ANACT prend cette ambition au sérieux.

II) Evaluer l'organisation du travail

La performance résulte d'une combinaison entre l'effort du salarié, les compétences du salarié et l'organisation du travail. A priori, l'on ne sait pas si les 35h sont bonnes ou mauvaises. Tout dépend des marges de manœuvre au niveau local. Les objets technico-organisationnels (Lean, télétravail, progiciel, fusion d'unités…) peuvent et doivent être expérimentés par les salariés du terrain avant d'être déployés. Par conséquent, **Julien PELLETIER** suggère à l'AP-HP d'adapter ses espaces de régulation en menant quelques expérimentations (organisation, fonctionnement…). La qualité de vie au travail

est une démarche permettant d'évaluer l'organisation du travail et de concevoir une nouvelle organisation. L'organisation du travail peut être évaluée avec des critères de santé ou d'efficacité. A ce titre, rien n'est meilleur pour la santé que de se sentir efficace. Les salariés ne font pas qu'évaluer l'organisation, mais proposent de nouveaux modes de fonctionnement. Un « comité d'évaluation transverse » examine les propositions des groupes de travail locaux. Il transmet ces informations aux instances représentatives du personnel ainsi qu'à la direction et aux concepteurs. Grâce à ces informations, les projets organisationnels et accords collectifs sont conçus à partir de l'évaluation du terrain.

Ce comité d'évaluation transverse doit avoir une légitimité technique, sociale et politique. Il doit ainsi compter sur les concepteurs des outils, les représentants des organisations syndicales et la direction. Pour être portée, la démarche « qualité de vie au travail » a donc besoin d'un système d'acteurs. Elle ne peut être portée par les acteurs habituels que sont les RH, les préventeurs et les élus, car elle doit être décloisonnée afin d'articuler les enjeux économiques, techniques et sociaux.

III) Questions de la salle

Eric BERTRAND, coordinateur des risques, a bien entendu que la qualité de vie au travail permettait d'évaluer le travail. Il souhaite obtenir des précisions sur le contexte de l'entreprise et les axiomes qui le caractérisent au quotidien (mesures de sécurité, T2A…). En outre, il demande comment la fonction de *lean management* peut être intégrée dans un univers aussi contraint que l'hôpital.

Julien PELLETIER indique que le *lean management*, la certification, la T2A sont des systèmes de gestion. Ces systèmes peuvent contribuer à développer les compétences des salariés (par la diversification des tâches) ou au contraire induire la mise en place de procédures bureaucratiques. C'est pourquoi ils doivent être évalués en fonction de critères économiques, techniques et sociaux. De par leur connaissance de la réalité du travail, les salariés du terrain sont capables de parler d'efficacité aussi bien, voire mieux que les patrons. Dans le même geste professionnel, l'agent hospitalier intègre son mal de dos, le délai, la prudence requise et le sourire à accorder au bénéficiaire, tout en pensant à son collègue qu'il doit aider dans dix minutes. Les enjeux techniques, sociaux et d'efficacité sont intégrés dans le travail quotidien. Or, le système cloisonne les sujets, en confiant la sécurité au CHSCT, la politique de soins aux médecins, etc. La démarche QVT doit être portée par un système d'acteurs afin de décloisonner ces sujets. Les indicateurs doivent être choisis par les salariés, qui formuleront des propositions à la direction (y compris en matière de gouvernance).

Jean-Marie BARBOT s'enquiert des modalités d'articulation entre la lutte contre l'absentéisme et le présentéisme.

Julien PELLETIER précise que l'absentéisme n'est pas le problème, mais le symptôme d'une organisation du travail. Il ne sait pas évaluer l'absentéisme. En revanche, il est possible d'évaluer l'organisation avec des indicateurs d'absentéisme, de présentéisme, d'efficacité, de délai. Julien PELLETIER précise qu'il ne faut pas plus de projets dits sociaux (projet réduction de l'absentéisme, projet de communication, etc.), mais des évaluations des projets technico-organisationnels. Pendant que la DRH et les élus courent derrière les symptômes de stress, de TMS, de souffrance, ils oublient que les symptômes actuels sont les conséquences des projets d'organisation mis en œuvre depuis trois ans. Julien PELLETIER invite donc les professionnels à arrêter de courir après les symptômes, pour travailler, avec les concepteurs, sur les causes (l'organisation du travail). Ce n'est pas la performance des individus qui doit être recherchée, mais la performance des organisations. Ce n'est pas l'individu qui est malade, mais l'organisation qui est mal conçue. Le rôle des professionnels de santé est de soigner les bénéficiaires. Le rôle des managers consiste à soigner l'organisation et non les individus.

Jean-Marie BARBOT convie les participants à la manifestation de l'ADRHESS des 3 et 4 octobre, à laquelle participera Raphaël Enthoven.

Le Dr Anne GERVAIS, Vice-présidente de la CME, constate que toute modification de l'organisation qui change le collectif de travail (passage d'une organisation tayloriste à une organisation collaborative) modifie la place des cadres intermédiaires (auparavant, le contremaître). Elle demande comment l'on peut convaincre les contremaîtres de la nécessité de faire évoluer l'organisation pour qu'ils favorisent l'émergence du travail collaboratif et qu'ils y trouvent leur place.

Julien PELLETIER explique que les groupes de travail chargés d'évaluer l'organisation sont composés de trois catégories d'acteurs : des salariés qui vivent le progiciel, des salariés qui le vivront demain, et des encadrants de proximité. Lorsque l'ANACT intervient, l'encadrant de proximité opère la restitution des travaux. L'animation des groupes de travail suppose deux types de compétences : un garant de la méthode et un garant de la maîtrise technique du sujet (par exemple, un spécialiste du *lean management*). La démarche s'étale sur quatre demi-journées de travail. Entre chaque réunion mensuelle, d'une demi-journée, les salariés recherchent des données objectives sur le terrain. Les tableaux de bord réalisés par les salariés sont souvent de très grande qualité. Les contremaîtres ont un rôle très important à jouer dans la démarche.

Une intervenante, Médecin du Travail, observe que l'évaluation des symptômes est en permanence décalée dans le temps par rapport aux propositions d'évaluation. Elle demande quelles sont les propositions de l'ANACT pour pallier cette problématique.

Julien PELLETIER souligne que les symptômes sont multifactoriels. Les entreprises ne fonctionnent pas sur le registre scientifique, mais sur les conventions signées par les acteurs. Par exemple, elles déploient des formations « Gestes et postures » pour essayer d'agir sur les TMS. Les managers élaborent des conventions, dont ils espèrent par hypothèse qu'elles vont améliorer l'organisation. L'ANACT n'intervient pas sur le registre scientifique, mais essaie d'aider les acteurs à concevoir des conventions. L'organisation ne doit plus seulement être pilotée par des outils de gestion, mais par le dialogue professionnel. Il s'agit en effet de porter un jugement professionnel – et non moral – sur l'organisation, au regard des enjeux techniques et sociaux.

Jean-Marie BARBOT indique que Martin HIRSCH a évoqué un projet « social » et « professionnel ».

Une démarche innovante

Modérateurs :
Jean-Marie BARBOT, Président de l'ADRHESS
Olivier PARIS, DRH de l'Hôpital Robert-Debré.

Jérôme BOURON, Directeur des ressources humaines du Groupe SOS, précise que le Groupe SOS regroupe 13 000 salariés répartis dans 350 établissements, dont 3 hôpitaux MCO. Les établissements du groupe SOS exercent également diverses activités dans les domaines de l'emploi, de la jeunesse, de la solidarité et du grand âge. Spécialisés dans l'accompagnement de l'ensemble des situations de fragilité, ils interviennent auprès des personnes souffrant d'addictions ou d'un handicap, ou encore auprès des mineurs victimes ou auteurs de faits délictueux, des personnes éloignées de l'emploi, des personnes âgées dépendantes… L'ambition du groupe SOS est de faire en sorte que toutes les organisations deviennent des entreprises sociales. Cette ambition paraît transposable à différentes organisations publiques ou privées (qu'elles soient à but lucratif ou non lucratif). L'ambition d'une entreprise sociale est à la fois d'assurer les conditions de sa pérennité économique et de dégager un profit quand cela lui semble possible et pertinent, à condition que ce profit soit limité et affecté au projet social de l'organisation et aux bénéficiaires. Enfin, l'entreprise sociale prend en compte l'ensemble des facteurs sociaux, environnementaux et économiques sur lesquels elle peut avoir un impact.

La démarche « qualité de vie au travail » est une démarche de management et d'animation de la qualité de vie au travail comme finalité et comme contribution à la performance durable.

I) Objectifs de la démarche et moyens organisationnels

La démarche « qualité de vie au travail » mise en place en place au sein du Groupe SOS poursuivait les objectifs suivants :

- favoriser la performance durable ;
- fédérer autour d'un certain nombre de valeurs, enjeux et résultats ;
- promouvoir le développement professionnel, la santé et un cadre engageant ;
- innover *via* une démarche structurante pour l'ESS et au-delà.

La qualité de vie au travail est à la fois une fin en soi et un moyen d'atteindre la performance durable. L'un des bénéfices sous-jacents du projet est de partager un langage commun sur les problématiques telles que le harcèlement et le burnout. Elaborer un dictionnaire de ces notions permet de respecter les victimes de ces souffrances, tout en apaisant les débats et en positionnant les enjeux au bon endroit. Le Groupe SOS a souhaité inscrire la démarche QVT au-delà de la prévention des risques, en évitant d'ajouter une tâche supplémentaire sur le bureau des managers. La QVT doit devenir le prisme à travers lequel les salariés, les managers et leurs représentants examinent les questions de qualité et de performance.

La démarche projet, engagée dès 2013, concerne toutes les entités du Groupe, et notamment l'Hôpital Jean Jaurès. Elle a pour objectif d'installer durablement la qualité de vie au travail dans les pratiques, et ce à tous les niveaux de l'organisation (depuis les salariés jusqu'au directoire). S'il ne doute pas que le fait que la démarche soit portée par la direction générale soit un élément facilitateur, Jérôme BOURON part du principe que la responsabilité d'un cadre dirigeant est de faire preuve d'initiative et de porter ses convictions, surtout lorsque celles-ci sont étayées par des faits, pour faire en sorte qu'elles deviennent des réalités. En d'autres termes, il ne faut pas utiliser le prétexte de l'absence

éventuelle d'enthousiasme béat d'une direction générale envers ces nouveaux sujets, comme une excuse pour ne rien faire.

En accord avec le corps social, et sans froisser les instances représentatives du personnel qui auraient pu y avoir une menace pour leurs prérogatives, la direction du groupe SOS a décidé que la gouvernance de cette démarche reposerait sur un système d'acteurs complémentaire au système d'acteurs existant (salariés, managers, représentants du personnel). Ainsi, en complément, le système repose sur des personnes ressources de l'organisation, spécifiquement formées à ces questions, pour exercer un rôle de veilleurs, de lanceurs d'alerte et de contributeurs à l'avancée du sujet dans l'organisation. Le fait de consacrer un peu de temps à ces questions, plutôt qu'à la résolution des problèmes, est un vrai investissement.

Trois rôles d'animation ont été identifiés, complémentaires à ceux assumés par les acteurs de l'organisation. Si la contribution des RH est utile, voire déterminante, il n'en demeure pas moins que le sujet doit véritablement être incarné par les acteurs. Il est apparu nécessaire de réconcilier ceux que l'on présente comme les frères ennemis, à savoir les observations objectives des situations, et les perceptions des acteurs (salariés, managers…). Cette combinaison de différents facteurs a permis d'injecter dans les plans d'action spécifiques aux unités de travail des logiques d'amélioration de la qualité de vie au travail, à travers un référentiel :

- des dispositifs d'accompagnement et de soutien ;
- des pratiques liées au dialogue et à la cohésion ;
- des pratiques d'accompagnement de la transformation ;
- des pratiques de prévention et de promotion de la santé au travail.

Les plans d'action ont ainsi été conçus par les acteurs, puis évalués. Dans le secteur Jeunesse par exemple, le groupe SOS a favorisé, au sein des structures dans lesquelles des problématiques conflictuelles avaient été identifiées, le déploiement de temps d'expression et de temps d'analyse des pratiques.

II) Déploiement de la démarche globale de prévention et de réduction de l'absentéisme et de développement de la qualité de vie au travail (2015)

Sur son secteur Santé aussi, le GROUPE SOS s'est engagé dans une démarche globale de prévention et de développement de la qualité de vie au travail, articulée de autour de plusieurs objectifs stratégiques :

- développer une culture commune et partager un langage de la qualité de vie au travail ;
- comprendre et réduire certaines causes d'absence ;
- prévenir, en particulier, l'usure professionnelle.

Les environnements sont nécessairement contraints par la maîtrise des deniers publics. Pour autant, de nombreuses actions peuvent être réalisées dans un environnement contraint. La contrainte peut être source de créativité et d'innovation, sans pour autant faire exploser les budgets consacrés à ces sujets. La démarche QVT a ainsi été mise en œuvre grâce à un réseau d'acteurs. La démarche d'expérimentation peut être partagée auprès des membres de l'auditoire, charge à eux de la déployer à leur tour.

III) Questions de la salle

Nadine BARBIER, Directrice du développement professionnel, AP-HP, relève que l'organisation du travail est un facteur déterminant de la qualité de vie au travail, à la lumière des travaux précédents. Or, l'organisation travail a été peu évoquée au cours de cette dernière présentation.

Jérôme BOURON indique que l'organisation du travail fait bien partie du référentiel d'évaluation et d'action ; que cette dimension, qui soulève la question des enjeux de pouvoir, fait bien partie du prisme à travers lequel les projets doivent être conçus et évalués, sans que ce ne soit encore systématique, malheureusement. Est en cours le travail par lequel tous les plans d'action doivent intégrer les enjeux propres à la qualité de vie au travail au même titre que les enjeux économiques et sociaux. Cette dynamique doit donc être entretenue ; elle n'est pas acquise au simple motif qu'elle est incluse dans des référentiels et dans les plans d'action précédemment mis en œuvre. Les représentants du personnel doivent eux-mêmes être en mesure de soutenir les enjeux de QVT, à condition qu'ils ne négligent pas à leur tour les enjeux économiques, techniques et sociaux. Par conséquent, les acteurs doivent être réunis autour d'un consensus.

Le Dr Anne GERVAIS a cru comprendre que de nombreux DRH participaient à cette journée. Elle demande si le remplissage de nombreux tableaux ne leur fait pas peur et si la QVT ne peut pas être approchée d'une manière moins technocratique.

Jérôme BOURON indique avoir volontairement adopté un angle méthodologique (conception, gestion de projet, consensus d'acteurs, …) dans cette présentation, sans qu'il ne soit question ici de reporting : le remplissage de tableaux n'est ni toujours épanouissant ni toujours utile. Précisément, la démarche du GROUPE SOS est de ne pas ajouter de tâche supplémentaire sur le bureau des managers (y compris les médecins), mais de leur fournir un nouvel angle de vue, plus vaste.

Le Dr Anne GERVAIS demande si les personnels soignants (médecins ou non) de l'Hôpital Jean Jaurès sont satisfaits de la démarche QVT.

Jérôme BOURON partage le constat que cette démarche doit être portée aussi par les médecins, et aussi pour les médecins. La démarche, itérative, a été construite avec les acteurs. Au demeurant, l'enquête sur le climat social permet de mesurer régulièrement la perception des salariés. Cette enquête fait apparaître des progressions, ainsi que des axes de progrès, parmi lesquels, dans quelques équipes, la prévention et la résolution des conflits par exemple. Les managers et l'équipe concernée devront inclure cette thématique dans leurs futurs plans d'action. Ce type de démarche ne peut fonctionner si les acteurs ne se saisissent pas du sujet. Les acteurs perçoivent cette démarche comme une manière de valoriser l'utilité de leur travail et de prendre en compte leur expression sur celui-ci. Il appartient aux salariés de construire des plans d'action, car ce sont ceux qui connaissent le mieux leur travail.

Florence, de l'Hôpital Necker-Enfants malades, demande si Jérôme Bouron a adapté sa communication envers les médecins afin de les inclure dans le plan d'action.

Jérôme BOURON indique que la Direction a souhaité associer les Médecins du Travail à la démarche. Cependant, notamment pour des raisons d'agenda, ceux-ci se sont peu impliqués dans la coconstruction de la démarche. En revanche, Jérôme BOURON a ressenti une adhésion assez spontanée des médecins. Au même titre que d'autres acteurs, ils se sont interrogés sur l'impact de cette démarche sur leur charge de travail. Cette population n'a pas été plus difficile que d'autres à convaincre. Pour autant, tous les acteurs ne partagent pas spontanément la même conception de la performance : le fait de relier la performance à la qualité de soins et à la pérennité de la structure permet de rallier tout le corps social. La QVT contribue à la performance durable de l'organisation.

Eric BERTRAND demande quels champs ne sont pas investis par la QVT. En outre, il demande si la QVT interagit dans l'entreprise sociale.

Jérôme BOURON précise que le terme « entreprise » désigne à la fois des associations et sociétés commerciales. Le modèle des entreprises sociales consiste à gagner l'argent qu'elles dépensent pour délivrer des services d'intérêt général. L'entreprise sociale, définie par la loi ESS de juillet 2014, a pour mission de mettre l'efficacité économique au service de l'intérêt général. La notion de qualité de vie au travail ajoute au modèle de l'entreprise sociale l'intérêt du leadership d'exemplarité, et la nécessité d'une symbiose des objectifs sociaux/économiques/techniques internes avec les objectifs des

bénéficiaires.. Cependant, bien que la QVT soit une voie d'avenir, il ne faut pas en attendre des miracles :si la démarche prenait la forme d'une incantation, elle perdrait tout son intérêt. Elle trouvera sa vertu à la faveur des réalisations et de leurs évaluations.

Manager par la qualité de vie au travail

Christian LOUIS, Directeur adjoint à la Direction des affaires sociales et de la prévention d'Air France, observe que Martin Hirsch a énoncé cinq grands chapitres pouvant constituer la feuille de route d'une démarche QVT. A travers ces cinq chapitres, Christian LOUIS établit un lien avec la démarche déployée au sein d'Air France en ajoutant toutefois un sixième : la santé et la sécurité des personnels au travail.

En effet, La qualité de vie au travail ne peut être au rendez-vous si les salariés viennent travailler la peur au ventre, parce que leur sécurité n'est pas assurée.

Pour le personnel de l'AP-HP, «Il ne peut y avoir de qualité de vie au travail sans le sentiment d'une prise en charge correcte des patients ». Les salariés d'Air France partagent aussi cette conviction, à condition de remplacer « patients » par « clients ».

Toute personne, dans son rôle de contributeur, salarié ou manager, a besoin de reconnaissance. Ces besoins s'organisent.

Ces quelques thématiques invitent déjà à aborder les systèmes de management intégrés. En vertu de l'article L. 4121-1 du Code du travail, *« l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs »*. La signature de l'ANI du 19 juin 2013 est un évènement important. D'après cet accord, la qualité de vie au travail 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. 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 »*.

L'ANI a été signé par les partenaires sociaux, c'est-à-dire par les syndicats de salariés et ceux représentants les employeurs. Ces derniers ont accepté de considérer l'organisation du travail dans le cadre d'un accord. Ceci a permis d'aborder la qualité dans tous les aspects liés à la vie au travail. La QVT soulève les questions de la qualité du travail, de la différence entre le travail prescrit et le travail réel, ou encore des cycles horaires. Comme l'AP-HP, Air France fonctionne 24h/24. La définition de la QVT a permis d'aboutir à un consensus.

Initialement intitulés « Prévention des risques psychosociaux et développement de la conciliation entre vie privée et vie professionnelle », les accords négociés dans ce domaine par Air France ont été baptisés par la suite « Développement de la QVT ». Grâce à l'engagement du Président et du Comité Exécutif, c'est l'ensemble de la ligne managériale qui s'est impliqué dans cette démarche de management par la QVT. Par exemple, l'entreprise a pris des initiatives fortes en faveur de l'élaboration d'une charte éthique et sociale (2003 renouvelée en 2008 puis 2012). Un système d'alerte a été mis en place pour signaler les éventuels manquements dans certains services ou certaines filiales du Groupe. Elle sert aussi de socle pour manager la démarche QVT.

Dès lors que la prévention relève de la responsabilité de l'entreprise, à travers son premier manager qu'est le Président-directeur général, Air France a fait le choix d'intégrer la prévention des risques et la démarche QVT dans le système de management, pour pouvoir le piloter. En 2013, Air France a décidé de mettre son système de management à plat pour obtenir la certification OHSAS (*Occupational Health and Safety Assessment Series*).

Certes, Air France s'est depuis longtemps préoccupée de la santé et de la sécurité au travail de ses salariés. La sécurité des vols constitue pour une compagnie aérienne l'enjeu majeur de prévention des risques. Cette priorité de l'entreprise ne souffre d'aucun compromis. En matière de santé et de sécurité au travail, l'organisation est en ligne directe avec le *top management*. Le président en est le premier responsable. Au Président est rattachée la Direction générale des ressources humaines et de la politique sociale, dont dépend directement la Direction des affaires sociales et de la prévention. Tous les dysfonctionnements constatés dans le système de management doivent être remontés. L'audit effectué dans le cadre de la certification OHSAS 18001 a relevé la qualité de l'organisation mise en place par Air France et l'apport positif de la démarche QVT comme démonstration supplémentaire de la qualité du système de management.

Les risques psychosociaux sont intégrés dans le système de prévention d'Air France. Le Code du travail impose l'élaboration d'un document unique d'évaluation des risques (DUER), destiné à répertorier tous les risques identifiés. Air France a inscrit les risques psychosociaux, à l'instar des risques relatifs à la santé et la sécurité au travail, et les traite comme tels, avec identification des causes et mise en place de moyens de prévention. Christian LOUIS évoque un point de désaccord avec le représentant de l'ANACT au sujet de l'utilisation des études. En effet, Air France dispose d'un observatoire portant sur l'évaluation des facteurs de stress, d'anxiété et de dépression. Ce dispositif piloté par le service de Santé au Travail, permet de réaliser des enquêtes à l'occasion des visites médicales périodiques. Utilisé depuis 2011, cet outil a permis de mettre en évidence une hausse des indicateurs de stress, d'anxiété, voire de dépression à l'annonce des plans sociaux, tout en restant en deçà des standards des entreprises françaises comparables. A condition de respecter des normes statistiques, il est donc possible de bâtir des indicateurs sérieux sur ces sujets. Dans le cadre de projets de changements d'organisation, l'analyse de ces indicateurs permet de construire des plans d'actions tenant compte de l'ampleur de ceux-ci pour accompagner au mieux les salariés concernés.

Indépendamment du questionnaire rempli lors des visites médicales périodiques, Air France a développé un « questionnaire flash de recueil de perceptions », qui lui permet de prendre la mesure de la situation de tel ou tel service pour agir directement et immédiatement.

Les risques psychosociaux sont traités de la même manière que les autres sujets de prévention. Ils ont des causes multifactorielles (d'ordre personnel, sociétal, professionnel…) et peuvent notamment résulter du décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Air France s'engage à traiter les situations de stress en accompagnant au plus près les agents pour réussir les changements. Parmi les facteurs de risques en milieu professionnel figurent par exemple l'autonomie / les marges de manœuvre, la charge émotionnelle, les relations au travail ou rapports sociaux, les conflits de valeurs, l'insécurité, les exigences au travail. Comme Air France, l'AP-HP est peut-être confrontée à des phénomènes de violences ou d'incivilités. Les sujets de violences ou d'incivilités internes sont sanctionnés conformément aux dispositions prévues par le règlement intérieur. S'agissant des phénomènes externes, le risque existe dès lors que les salariés sont en contact avec des clients. Lorsqu'un salarié est agressé par un tiers il est important que l'entreprise organise un soutien médical et psychologique si nécessaire ainsi qu'un accompagnement juridique.

En matière de reconnaissance, Air France a renforcé un projet de cycle annuel de progrès : chaque salarié d'Air France se voit confier des objectifs pour l'année à venir et passe un entretien d'évaluation de la réalisation desdits objectifs. Cette évaluation est importante, car elle permet de reconnaître le travail accompli.

Les risques ont plusieurs conséquences : souffrance psychique aiguë, troubles psychotraumatiques, TMS, voire conduites suicidaires. Un dispositif de prévention des conduites suicidaires a été élaboré en lien avec les psychiatres. Le manager est le premier acteur de la QVT, mais doit être accompagné à travers un réseau pluridisciplinaire : responsables RH, référents QVT, ligne hiérarchique, salariés, CHSCT, réseau SMI, réseau

des médecins du travail et infirmières, réseau des assistantes sociales. En 2015, 11 conseillers QVT ont été formés. 10 nouveaux référents seront formés en mars 2016. Courant 2015, plus de 900 managers ont suivi les modules « Manager par la QVT » ou « Performance et QVT ».

Négocié fin 2014 pour une durée de trois ans, un « accord d'amélioration des organisations, des conditions de travail, de la qualité de vie au travail au quotidien et de la prévention des risques et de la pénibilité » d'Air France, est entré en vigueur en janvier 2015. Appelé communément accord QVT, il a permis à Air France d'étendre la QVT à tous les aspects comme le télétravail. En deux ans, le nombre de télétravailleurs a ainsi été multiplié par trois. L'entreprise a su rendre certains postes éligibles au télétravail, à raison d'une à deux journées par semaine. Le télétravail est un bon levier de la qualité de vie au travail. Cet accord a permis également de développer les démarches ergonomiques en amont des projets de réorganisation.

Le socle de l'engagement sociétal d'Air France comprend la charte éthique et sociale, la charte de prévention des harcèlements au travail et la charte de prévention des risques liés à l'alcool. S'agissant des cas de harcèlement, l'entreprise a mis en place une procédure de résolution informelle avec proposition de solutions et possibilité de recours. Par ailleurs, des fiches d'actions pratiques (au nombre de 14) et des fiches conseil (une trentaine), discutées avec les partenaires sociaux, aident les managers et les utilisateurs à identifier les actions à mettre en place pour faire face aux différentes situations difficiles.

Table ronde et synthèse de la matinée

Modérateurs :
Jean-Marie BARBOT, Président de l'ADRHESS
Olivier PARIS, DRH de l'Hôpital Robert-Debré.

Le Dr Anne GERVAIS, Vice-présidente de la CME, souligne que la préservation de la qualité de vie au travail ne se limite pas à la prévention des risques psychosociaux. S'attacher à la qualité de vie au travail revient à s'attacher à la qualité du travail. Ces considérations revêtent une importance particulière au sein de l'AP-HP, car les personnels connaissent le sens de leur travail et il importe qu'ils ne le perdent pas – qu'il s'agisse des responsables RH, des personnels médicaux, médicotechniques, administratifs ou paramédicaux. Les personnels ont une motivation intrinsèque forte. Selon la HAS, la perception de la qualité de vie au travail par les professionnels dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. La qualité de vie au travail est d'ailleurs incluse dans les critères d'accréditation.

L'ère du taylorisme cède sa place à une nouvelle ère d'interactions, comme l'a signifié J. Pelletier. Dans son éditorial du 14 janvier 2016, *The New England Journal of Medicine* montre que le taylorisme, ou le fait d'envisager le travail comme une fragmentation de la prise en charge des patients, entraine bien souvent une perte de temps et de sens. Alors que les rythmes de travail s'intensifient, il importe de travailler sur le bonheur au travail des soignants, sinon, à défaut le sens du travail est perdu, la motivation est perdue, les patients sont réifiés.

Du point de vue du Dr Anne GERVAIS, la performance n'est pas légitime si elle ne s'accompagne pas d'une action sur la qualité du travail, et si elle ne se traduit que par une intensification des rythmes de travail. La performance doit permettre d'améliorer la qualité, sans qu'il s'agisse uniquement de déployer une batterie d'indicateurs. Sinon on s'attache à soigner les indicateurs et non les patients, la perte de sens est garantie

Depuis plusieurs années, les professionnels de l'AP-HP ont le sentiment d'une dégradation de la qualité du travail et donc, de la qualité de vie au travail. Selon les résultats du baromètre social réalisé entre le 21 mai et le 24 juin 2015, 49 % des médecins sont satisfaits de la reconnaissance de leur travail, contre 55 % dans la fonction publique hospitalière et 39 % pour l'ensemble des professionnels. Sans pour autant parler de vocation, les professionnels de l'AP-HP partagent une certaine motivation dans leur travail. Or, 37 % des médecins voient leur motivation baisser, contre 44 % des professionnels de l'AP-HP et 20 % dans la fonction publique hospitalière. Heureusement les chefs de pôles ne sont que 15 % à faire état d'une moindre motivation, mais 39 % des responsables de structures internes sont démotivés. De même 43 % des PH déclarent que leur motivation est en baisse, 36 % des PHU et PH.

Seuls, 31 % des PH et PUPH estiment que leurs propositions d'amélioration sont prises en compte. Les professionnels du terrain doivent être entendus c'est le prérequis d'une nouvelle dynamique. Il faut permettre que leurs exigences professionnelles concordent avec les exigences politiques et organisationnelles, à la faveur d'un débat contradictoire sur la qualité du travail.

D'après Christian Morel (Les décisions absurdes. Tome II : Comment les éviter, 2012) et Richard Sennett (Ensemble : pour une éthique de la coopération, 2014), le débat contradictoire doit accompagner les prises de décision. Ce débat contradictoire n'est pas naturel en France. Or, l'imposition rigide des décisions diminue la reconnaissance des compétences de ceux à qui elle s'applique. Il importe de formaliser des espaces de discussion et de favoriser la communication informelle, car la communication améliore la coopération. Parfois, les nouvelles technologies diminuent ou détériorent la

communication. Les réunions d'équipe, notamment les conseils de service, doivent systématiquement avoir lieu. Les équipes ne peuvent travailler ensemble si elles ne se parlent pas.

L'organisation d'Air France fait envie. Il serait souhaitable de systématiser le questionnaire de perception. Outre les managers, il importe de former les managés. Les managés doivent aussi apprendre à travailler avec leurs managers. La discussion doit être engagée au plus près du terrain.

Pour conclure, le Dr Anne GERVAIS exhorte les participants à ne pas inventer la bureaucratie de la QVT, ses indicateurs et ses processus. Contre le blues, elle propose le « RAP » :

- Reconnaissance au travail ;
- Autonomie professionnelle ;
- Participation aux décisions.

Jean-Marie BARBOT note que la loi HPSCT a oublié les conseils de pôle, sans toutefois les interdire. Un certain nombre d'établissements ont donc mis en place des structures de ce type, qui sont des lieux de débat et de concertation entre les chefs de pôles, les équipes médicales et paramédicales.

Le Dr Anne GERVAIS relève qu'il est difficile de réunir 600 personnels non médicaux et 70 personnels médicaux en un conseil de pôle. C'est pourquoi la communication doit être favorisée dans des réunions de salle, de service, au-delà des réunions, par la délivrance d'une adresse e-mail à tous les personnels de pôles..

Rémi SALOMON, Hôpital Necker-Enfants malades, membre de la CME, a observé une profonde mutation de l'organisation du travail et un déplacement des lieux de pouvoir. Il considère que la gouvernance mise en place depuis quinze ans est un frein à l'amélioration de la QVT. Le système des patrons avait l'avantage de permettre à ceux-ci de connaître les personnels composant le service et d'entretenir le lien entre les équipes. Les DRH ont essentiellement vocation à gérer le personnel paramédical. Le rôle des directeurs de pôle médical est beaucoup plus flou, avec l'inconvénient du centralisme. Par ailleurs, Rémi SALOMON constate un décalage entre le monde médical et paramédical. Martin Hirsch a cependant souligné que toutes les équipes étaient concernées par la QVT. Le chemin sera sans doute long. Recréer la notion d'équipe est absolument essentiel pour réfléchir à la qualité de vie au travail.

Pascale FINKELSTEIN, Directrice des ressources humaines, AP-HP, demande si l'entreprise Air France a mis en place un dispositif de formation spécifique à destination des managers. Elle a pu constater des difficultés de recrutement et de positionnement des managers.

Christian LOUIS estime qu'aucune démarche ne peut être construite sans les managers. 990 managers ont été formés cette année aux modules « Performance par la QVT » et « Manager par la QVT ». Ceux-ci doivent être accompagnés par les experts (notamment les référents QVT) au sein de la structure pluridisciplinaire. L'organisation de la prévention chez Air France implique la Médecine du Travail, la médecine d'expertise aéronautique, les assistants sociaux, les infirmiers, la médecine des passagers et les préventeurs. Les passagers doivent être informés de chaque risque dans chaque escale. Les managers ne peuvent pas tout gérer. C'est la raison pour laquelle ils bénéficient du support d'une équipe pluridisciplinaire. Ils sont formés et surtout accompagnés par un renforcement des ressources.

Jérôme BOURON indique que le groupe SOS a formé 463 personnes en 2014 (salariés, managers et représentants du personnel) de manière à leur délivrer les mêmes clés de compréhension. Ces sessions ont été l'occasion de bâtir un consensus autour de la qualité de vie au travail. Jérôme BOURON précise que son fils a été sauvé du pire, en 2015, par le service de réanimation néonatale. Il a exprimé à plusieurs reprises sa gratitude, en tant que père du patient. Il ose croire qu'aucun médecin de l'AP-HP n'estime

avoir pu sauver à lui seul cet enfant. Il ose croire que chaque médecin de l'AP-HP est pleinement conscient de la contribution des personnes chargées de l'approvisionnement, de l'hygiène, ou encore des soins médicaux et infirmiers de la nuit, dans ce sauvetage. En tant que DRH, Jérôme BOURON espère bien que la notion d'équipe est installée au niveau où la réalité la fait exister.

Un intervenant, chef de service, assure que les personnels sont tous conscients de la contribution de tous les services, mais peut-être pas autant que Jérôme Bouron veuille bien le croire. En analysant les causes d'une fuite du circuit de dialyse, qui perdurait depuis deux ans, il a pu rencontrer que tous les services se renvoyaient leurs responsabilités. Pour la première fois en deux ans, ce chef de service a pu rencontrer le responsable de la maintenance de son service. L'hôpital ne peut fonctionner que si tous les acteurs sont impliqués. Pourtant, au quotidien, le lien entre les équipes n'est pas si présent que l'on pourrait croire. La première action à mettre en œuvre doit donc consister à retisser le lien. Connaître « ses » infirmières, ou plutôt les infirmières du service, n'est pas si évident.

En réaction à l'intervention précédente, **un second intervenant** souligne que les pôles ont permis de rompre le paternalisme, qui est précisément dénoncé.

En tant que praticien hospitalier, **le Dr Anne GERVAIS**, regrette que le système soit constitué de trois pyramides parallèles (personnels médicaux, personnels paramédicaux, personnels administratifs). Le système pyramidal ancien (le chef de service et « ses » infirmières) n'était évidemment pas très collaboratif. Air France a montré qu'il était possible de mettre en place des interactions entre les managers et les autres catégories de salariés. Peu importe l'appellation (manager, cadre de soins, responsable d'unité fonctionnelle…) ; il faut mettre un terme à cette organisation pyramidale. Si ce système persiste, les agents situés en bas de la pyramide seront malheureux, travailleront mal et s'occuperont des malades comme des objets. S'ils étaient heureux, ils interagiraient davantage avec les patients, et seraient donc encore plus heureux. Ce système vertueux ne peut se mettre en place qu'à la condition de recréer des équipes composées de personnels médicaux et paramédicaux, qui ne seraient pas interchangeables. La vision passéiste n'est d'aucune utilité pour la performance des soins.

Un intervenant souscrit à l'intervention du Dr Anne Gervais au sujet des pyramides. Néanmoins, certaines lignes managériales sont indispensables. Les leviers de management font défaut. Il est regrettable que la formation au management ne soit pas obligatoire pour accéder à la fonction de chef de service.

Un intervenant indique que l'établissement de Rouen fait figure d'exception culturelle, puisqu'il a développé des formations obligatoires pour les cadres de pôles, futurs chefs de service et chefs de service. Cette exception culturelle reste néanmoins fragile, car elle n'est assortie d'aucune sanction.

Après-midi

Présentation du groupe MNH

Frédéric FAUVEAU, Directeur des partenariats de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), est ravi de participer à cette journée. Dès 1960, les fondateurs de la MNH ont souhaité inscrire la ligne directrice de leur action, à savoir : mener des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, ainsi que des actions visant à améliorer la qualité de vie au travail des agents hospitaliers. Le groupe MNH est doté d'une banque, dont il est actionnaire majoritaire. Fort de plus de 4 000 collaborateurs, ce groupe intervient dans le domaine de la santé, de la prévoyance et des services (crèches, conseils, aides au retour à l'emploi…). Le pôle Digital permet d'informer les assurés. La MNH accompagne les agents dans leurs besoins quotidiens ainsi que les établissements, qui se recentrent sur leur cœur de métier.

Des actions de prévention et de promotion de la santé sont réalisées à l'occasion des conférences, des colloques, ou encore des rencontres sur site (gestion du stress, prévention des TMS et des risques psychosociaux…). La MNH édite également des fiches pratiques, des dossiers et guides thématiques. Récemment, elle a développé une activité d'aide à la petite enfance. Plusieurs établissements ont demandé à être accompagnés dans la réorganisation des crèches et des haltes-garderies. La MNH est en discussion avec 20 établissements hospitaliers qui s'apprêtent à lui confier l'administration de ces crèches. La MNH entend maintenir les collaborateurs en place dans ces structures. Parallèlement, la MNH crée des logements pour les étudiants et des logements sociaux destinés aux agents en difficulté. Le premier logement social sera implanté au Mans.

Plusieurs établissements ont par ailleurs sollicité la MNH pour la gestion des mobilités professionnelles. La MNH a intégré une entité de formation et d'information baptisée ISEOS, qui est à l'origine du site *Infirmiers.com*, ainsi que des structures « Réseau CHU » et « Médiformation ». Enfin, elle a contribué à l'organisation de plusieurs concerts, comme celui programmé par l'AP-HP à l'occasion de la journée « Portes ouvertes ».

Pour résumer, la MNH offre une multitude d'activités centrées sur l'hôpital et dédiées aux personnels hospitaliers et extrahospitaliers. Ces activités sont gérées dans un cadre mutualiste, sans logique de distribution de dividendes. Pour autant, la MNH parvient à faire aussi bien que les autres structures, sinon mieux. Le pôle bancaire, comme le service de prise de rendez-vous par téléphone et la blanchisserie, permettra d'enrichir la gamme de services proposés.

Les organisateurs de la journée remercient la MNH d'être à leurs côtés.

La qualité de vie au travail dans la procédure de certification

Modérateurs :
Cécile KANITZER, Conseillère technique, FHF
Alban AMSELLI, DRH du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Cécile KANITZER assure les participants de l'attachement de la FHF à la qualité de vie au travail.

Alban AMSELLI est ravi de participer à cette réunion. Il précise avoir été amené travailler avec Véronique Ghadi sur les thématiques relatives à la qualité de vie au travail. La question des relations sociales s'insère dans un contexte économique difficile et la qualité de vie au travail est un sujet de préoccupation quotidien pour les professionnels.

Véronique GHADI, Chef de projet, Haute Autorité de Santé (HAS), indique que la HAS collabore sur les sujets de qualité de vie au travail avec la FHF depuis trois ans. A l'origine du projet, il y a une enquête de perception sur la certification réalisée en 2007, qui indique que les professionnels de santé considèrent que la certification doit apporter une aide en matière de sécurité des soins. 84 % estiment que le champ de qualité de vie au travail doit être investi. Ces résultats ont été confirmés par une autre enquête réalisée en 2012. Cela a conduit à l'introduction de ce sujet répond aux préoccupations des professionnels. La HAS a par ailleurs mené des enquêtes sur la maltraitance ordinaire et confronté la perception qu'ont les patients de l'organisation des soins à celle des professionnels. Les résultats ont mis en évidence une rigidité de l'organisation et un non-soutien des professionnels. Ces constats ont des répercussions sur la qualité de vie au travail et la bientraitance.

Depuis 2011, la HAS développe des travaux sur le sujet en partenariat étroit avec l'Anact.

Le lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins est une question très documentée par la littérature internationale Cette question a été traitée au cours d'une revue de la littérature, qui sera publiée prochainement sur le site de la HAS. La HAS s'investit dans la qualité de vie au travail, estimant que cette dimension a un lien avec la qualité des soins et répond aux enjeux des professionnels.

La revue de la littérature dresse dans un premier temps un panorama préoccupant avant de se centrer sur des études qui valorisent un changement de paradigme avec une approche centrée sur les ressources de l'activité. D'après les données statistiques, les conditions de travail dans le champ de la santé sont très difficiles et caractérisées par une charge mentale importante. Les indicateurs sociaux font état d'un turnover et d'un absentéisme élevés. En outre, la littérature démontre que les résultats des réformes sont en retrait par rapport aux objectifs – quand ils ne sont pas contre-productifs. Au cours de la période récente, l'introduction des politiques « Qualité » a parfois rigidifié les organisations, le développement des tâches de reporting a pu avoir un impact négatif sur l'organisation du travail au sein des équipes. Ce décalage entre les objectifs initiaux et les résultats trouve sa source dans une mise en œuvre sans discussion préalable quant à l'impact sur le travail. Enfin, certaines études ont tenté d'objectiver le lien entre la qualité et la sécurité des soins d'une part, et l'environnement de travail d'autre part : faiblesse du travail en équipe, contraintes fortes / faible autonomie, charge de travail / horaires, formation.

Néanmoins, un nouveau paradigme sur les ressources de l'activité se fait jour, avec le déploiement des lieux formels ou informels de discussion. Alors que la qualité du travail en équipe est désormais perçue comme le premier facteur de sécurité des patients, le

management est envisagé comme une ressource pour l'organisation du travail. A l'heure actuelle, les organisations souffrent davantage de l'absence du management, que de sa forte présence. La formation, l'autonomie dans le travail, ainsi que les outils d'action collective et de dialogue social ont également leur importance. Le modèle le plus emblématique développé dans la littérature est celui des hôpitaux magnétiques. Au Québec, l'avènement des communautés stratégiques du territoire a permis d'assouplir la mise en place des projets, tout en améliorant la qualité de vie au travail.

L'importance d'investir sur le sujet étant acquis, comment s'y prendre ? A l'instar d'autres thématiques, la qualité de vie au travail doit être soutenue par un engagement politique de la direction. Cet engagement politique doit poser un cadre, sans pour autant avoir vocation à tout maîtriser. La démarche QVT repose sur l'expérimentation et l'évaluation. Généralement, il est fait référence à l'évaluation « embarquée », c'est-à-dire réalisée par les salariés du terrain.

Une démarche de qualité de vie au travail peut être mal positionnée si elle est envisagée comme une concession, un « contre-feu » ou un « cache-misère ». La politique QVT ne peut être centrée sur l'affichage ou la contrepartie. Elle doit irriguer l'ensemble des projets et se diffuser dans l'organisation de manière transversale et verticale. Ce n'est pas l'apanage de la DRH. De fait, la QVT n'est un projet ni purement politique ni purement social. Il importe de favoriser le débat entre les acteurs, en confrontant les différentes logiques. Enfin, la QVT n'a de sens que si elle se centre sur les enjeux propres à l'établissement. C'est pourquoi il n'y a pas de sens à proposer des indicateurs nationaux prédéfinis en matière de qualité de vie au travail. Dans ce domaine, la HAS s'inscrit dans une démarche apprenante, qui repose sur la construction collective et l'expérimentation, dans le cadre de la certification et de la vie quotidienne des établissements. Consciente que les établissements eux-mêmes traversent une phase d'apprentissage, la HAS adopte une position bienveillante envers ceux-ci.

En partenariat avec la DGOS et l'Anact, la HAS a impulsé plusieurs expérimentations dans les régions, selon une méthodologie de *cluster* : quelques établissements travaillent ensemble sur un sujet, avant de le déployer en interne. Ces expérimentations ne portent pas précisément sur la QVT, mais sur la réorganisation des blocs opératoires selon la méthode QVT, ou encore le développement de l'ambulatoire ou de l'hospitalisation à domicile selon la méthode QVT. La HAS espère que ces expérimentations permettront de fournir des outils, des repères, voire des indicateurs laissés au libre choix des établissements.

Concernant la certification, la HAS a choisi de faire de la qualité de vie au travail une thématique monocritère. Craignant une confusion de la QVT avec la prévention des risques professionnels et des risques psychosociaux, elle a souhaité réaffirmer la QVT en tant que thématique du management stratégique. Elle a ainsi rendu cette thématique obligatoire dans le compte qualité, car elle souhaite contraindre les établissements à réfléchir sur la notion de qualité de vie au travail et les actions idoines.

Les éléments attendus sont donc en lien avec le contenu même de la qualité de vie au travail : la relation de travail et le climat social, le contenu du travail, la santé au travail, l'employabilité, le développement professionnel, le partage et la création de valeur, ou encore l'égalité des chances. Le fil rouge reste le fait que la qualité de l'organisation des soins est une condition nécessaire à la qualité des soins.

Véronique GHADI invite les participants à consulter les actes du séminaire du 24 février 2015 (Outillages et démarches de qualité de vie au travail : exemples issus d'autres secteurs d'activité), le guide 10 questions sur la qualité de vie au travail, la revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins, ainsi que le récapitulatif des projets menés depuis 2010 (sur le site institutionnel).

Prévention des risques psychosociaux et qualité de vie au travail : l'expérience du CHU de Rouen

Jacques MEYOHAS, ancien Directeur général adjoint du CHU de Rouen, remercie l'AP-HP de l'accueillir et demande aux participants d'excuser Catherine Auger, DRH du CHU de Rouen de son absence. Jacques MEYOHAS s'est fortement impliqué dans la qualité de vie au travail, non seulement par conviction personnelle, mais aussi à la demande de Bernard Daumur. Selon Jacques MEYOHAS, l'employeur a une obligation morale de se préoccuper du plaisir voire du bonheur au travail de ses employés. Il est heureux de participer à cette séquence avec le Pr Jean-François CAILLARD, qui a dirigé le service de médecine centrale de l'AP-HP pendant plusieurs années ainsi que les services de médecine du travail et de pathologies professionnelles de Rouen. Le CHU de Rouen regroupe 10 000 agents, dont 7 000 ETP répartis sur 5 sites.

En 2009, le CHU de Rouen a introduit dans son PAPRIPACT les thématiques de l'épuisement professionnel, de l'insécurité et de la violence au travail. En 2011, cet établissement a connu plusieurs évènements graves (évènements individuels et situations conflictuelles dans les services) qui ont renforcé sa mobilisation. Cette mobilisation était rendue d'autant plus nécessaire que le taux d'absentéisme était de deux points supérieurs au taux d'absentéisme moyen de l'ensemble des CHU. Cet absentéisme n'était pas tant préoccupant par son chiffre que par sa durée. Bernard Daumur a ainsi créé une « commission de prévention des risques psychosociaux ». Il a demandé à Jacques MEYOHAS de la présider, avec le Vice-Président de la CME. Parallèlement, le CHU a entrepris un audit sur l'absentéisme, qui a fait apparaître l'impact des contraintes organisationnelles, des conflits de valeurs et de la gestion du temps.

Sous l'impulsion de Bernard Daumur, qui a lancé le slogan « L'excellence au service de chacun », le CHU de Rouen s'est précisément impliqué dans une réflexion sur les valeurs : travail en équipe, respect, dynamisme et sens du service, qui ont été définies par un groupe de travail de cadres, issu des « Carrefours du Management » que Bernard Daumur avait institué. Ces intitulés ont été repris dans l'ensemble des documents.

Dans ces circonstances, l'appel à projets de la DGOS a été envisagé comme une opportunité. Avec le CHU de Nantes et huit autres établissements, le CHU de Rouen a été retenu pour être accompagné dans la démarche. Cela lui a permis de constituer une équipe spécifique. Il a également bénéficié de l'appui de l'ARS, à travers les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

Le projet s'articule autour du dispositif suivant :

- **Deux instances de gestion**
  - Une commission de prévention des risques psychosociaux ;
  - Un comité opérationnel des risques psychosociaux, composé du DRH adjoint, D'une attachée, d'une psychologue et d'une assistante.
- **Deux structures de suivi**
  - Un comité de suivi régional, qui se réunit deux fois par an. Il comprend des représentants du personnel, des cadres, des médecins (en particulier des internes), la DRH, la Direction des affaires médicales et le service de Médecine du Travail ;
  - Un comité de suivi national.

Jacques Meyohas rappelle que le Code du travail dispose que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité physique et mentale des travailleurs. Aucun salarié ne doit subir des agissements répétés de harcèlement moral ou sexuel. Le Code pénal sanctionne les écarts par des peines d'emprisonnement et d'amende. Enfin, la circulaire du 24 mars 2014 du Secrétariat général du Gouvernement rend obligatoire la mise en œuvre d'un plan national de prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

I) L'approche culturelle – quelques réalisations

Le Pr Jean-François CAILLARD, consultant au CHU de Rouen, indique que le CHU de Rouen a conçu son plan de prévention des risques psychosociaux dans un esprit de qualité de vie au travail – expressément formulé. La qualité de vie au travail est ainsi envisagée comme la qualité des conditions dans lesquelles le travail est exercé. Le fil conducteur est évidemment la qualité des soins. A son arrivée en 1997, le Pr Jean-François CAILLARD a demandé qu'il soit rappelé que le premier devoir de la direction du personnel et des relations sociales est de veiller à la santé des personnels. L'originalité de ce plan tenait à l'articulation de trois approches : culturelle (faire évoluer la culture de travail), opérationnelle (réaliser des actions) et évaluative (bien que relativement modeste).

En premier lieu, le CHU de Rouen a sensibilisé les directeurs et les managers. Par la suite, des actions ont été déployées auprès des nouveaux arrivants. Ce programme se poursuit en 2016. Le CHU a par ailleurs instauré, à destination des chefs de pôles, une formation obligatoire de sensibilisation aux risques psychosociaux et à la qualité de vie au travail. Un plan d'action a été mis en œuvre à l'échelle des pôles, assorti d'une évaluation. Une formation de « bon management » est également délivrée aux chefs de service déjà en poste et aux personnes aspirant à cette fonction. Souvent, le personnel se voit offrir des formations en matière de qualité de vie au travail et de prévention des risques psychosociaux. 10 % des effectifs ont ainsi suivi une telle formation entre 2013 et 2015. Il importe d'élargir le public de cette formation. A cet effet, le CHU de Rouen envisage de développer une plate-forme numérique (COOC), permettant aborder les situations vécues par toutes les catégories de personnel. Afin d'accueillir le plus grand nombre de participants, le CHU organise des conférences de prestige. Enfin, de nombreuses documentations sont mises en ligne. Le CHU de Rouen a engagé quelques travaux avec l'ANACT et l'Université de Laval sur l'évaluation des plans de prévention des risques psychosociaux.

La dimension culturelle du plan de prévention des RPS s'est illustrée par la création de cinq groupes professionnels, regroupant les professionnels ayant une responsabilité sur le travail des autres :

- un groupe des directeurs (en cours de création) ;
- un groupe des cadres ;
- un groupe des professions médicales ;
- un groupe des représentants du personnel ;
- un groupe des préventeurs (Médecins du Travail, psychologues du personnel, agents de médiation sûreté, service social).

Dans un premier temps, ces groupes travaillent en autonomie. Ils seront ensuite amenés à travailler en intergroupe. L'objectif est de *« catalyser le développement d'une culture de travail partagée, visant à ce que chacun se protège contre les risques psychosociaux et les " disqualités " de la vie au travail »*. La démarche vise à aboutir à un niveau optimal de bien-être au travail – pour autant idéaliser cette norme – en recueillant le plus grand nombre d'expériences positives et négatives de management. Chaque groupe professionnel est ainsi invité à bien comprendre ses propres enjeux et responsabilités, ainsi que ceux des autres groupes pour favoriser une compréhension mutuelle et développer les coopérations interprofessionnelles. Il s'avère que la mauvaise qualité des communications interprofessionnelles a un impact non négligeable sur la qualité de vie au

travail. Enfin, les groupes ont vocation à formuler des propositions concrètes de mesures de prévention.

La question de l'intensification du travail a été évoquée. La sociologue Marie-Anne Dujarier, qui a étudié la situation de l'AP-HP, expose que la qualité de vie au travail questionne la distance entre l'idéal proposé (voire imposé) et les possibilités de chacun. Elle décrit la relation entre le travail prescrit, le travail réel, le travail réellement effectué et le travail rapporté. En outre, le changement technique doit être anticipé et expliqué à toutes les catégories de personnel. Des accompagnateurs du changement doivent également être formés. Le CHU de Rouen a déjà mis en place une équipe d'ambassadeurs du changement. Si l'autonomie est un gage de la qualité de vie au travail, elle est contrainte en permanence par les protocoles, les reportings, les organisations rigides, la dictature du chiffre. Dans son ouvrage Le management désincarné, Marie-Anne Dujarier propose une grille de lecture des problèmes que l'AP-HP rencontre quotidiennement. Il faut développer une recherche organisationnelle, scientifique et pratique sur les modes de management.

Le CHU de Rouen entend expérimenter le management participatif. Le Président de la CME s'est emparé de la question des relations conflictuelles à l'intérieur du corps médical. Une fonction de médiation, probablement confiée à un intervenant externe, devrait être créée.

Le Pr Jean-François CAILLARD invite au développement de la reconnaissance. Bien que cet acte soit gratuit, personne ne le fait ! Dans le cadre de la lutte contre les processus de travail jugés psychologiquement agressifs, le CHU de Rouen a diffusé une charte d'utilisation de la messagerie électronique. Le groupe des cadres a lui-même publié un guide pour la gestion des risques psychosociaux, à l'usage des managers.

Le CHU de Rouen promeut l'évaluation obligatoire des stages des internes. Les internes sont informés de leur possibilité de recours auprès des Médecins du Travail.

La gestion d'un établissement repose sur des indicateurs de gestion, qui ont un lien avec la qualité de vie au travail. Ce sont les absences de courte durée non programmées qui perturbent le plus la vie des cadres. Pour diminuer le turnover, il importe de mettre en évidence les périmètres de travail attractifs / répulsifs. Depuis 2002, le CHU de Rouen s'est impliqué dans un réseau chargé d'analyser la véracité des situations de violence et de harcèlement.

L'enquête EVREST (2014) a fait état d'une surreprésentation, au sein du CHU de Rouen, des TMS et de la pression psychologique. Les analyses multivariées ont montré un lien significatif entre l'ambiance de travail, la perception d'une mauvaise qualité de travail et cette prévalence des TMS et troubles psychologiques. En revanche, cette enquête a aussi reflété les effets positifs du travail à l'hôpital (travail varié, en autonomie…).

En outre le CHU de Rouen a instauré une cellule de veille, d'alerte et d'intervention. Cette cellule s'est vu confier le repérage précoce des situations individuelles et collectives ressenties comme menaçantes par les personnels du CHU. Une charte définit les principes éthiques du fonctionnement de la cellule ainsi que les devoirs éthiques de ses membres.

II) L'approche évaluative

Le Pr Jean-François CAILLARD indique que l'évaluation consiste à vérifier la pertinence, la cohérence et l'état d'avancement des 50 actions et 25 sous-actions. L'évaluation interne est effectuée par le COMOP, le CHSCT C et la commission RPS. L'évaluation externe est quant à elle assurée par l'ARS et la DGOS.

III) Le compte qualité

Le Pr Jean-François CAILLARD précise qu'une série d'entretiens est prévue avec les partenaires sociaux, directeurs d'établissement, Médecins du Travail, etc. afin de recueillir leur appréciation de la première ébauche. Il s'agit de construire un savoir-faire, dans l'intérêt des patients et des personnels.

Le CHU de Rouen a fait son entrée dans deux clusters sociaux d'expérimentation, portant respectivement sur le développement de l'ambulatoire et la réorganisation des blocs. L'objectif est de coconstruire l'organisation du travail en prenant en compte les enjeux propres à la qualité de vie au travail. Cette démarche, proposée par l'ARS, est animée par l'ARACT de Haute-Normandie.

Alban AMSELLI apprécie ce type de déclinaison, qui permet de mobiliser toutes les parties prenantes dans la pérennisation de la démarche QVT. Comme l'a souligné Véronique Ghadi, il importe que chaque établissement utilise les indicateurs appropriés à sa situation.

Il me semble qu'il y avait eu plus de questions auxquelles avait répondu M Caillard et une à laquelle j'avais répondu qui portait sur la pérennité d'une telle démarche ; j'avais indiqué que l'introduction d'un chapitre sur la qualité de vie au travail dans la certification sera un stimulant fort pour que les hôpitaux développent et structurent cette approche.

Qualité de vie au travail : un enjeu managérial ?

I) Bilan d'une action expérimentale menée à l'hôpital du Gier

1) *Contexte et conditions préalables à une démarche de développement de la qualité de vie au travail*

Henri GATKA, DRH de l'Hôpital Rive-de-Gier, précise que les choix de l'Hôpital Rive-de-Gier en matière de qualité de vie au travail font suite aux actions menées en matière de prévention des risques psychosociaux. La décision de lancer une action interétablissement a permis de mutualiser les moyens et de décontextualiser la démarche, tout en dépassant les postures des acteurs. Ces acquis ont été conservés dans l'action QVT.

2) *Approches théoriques pour comprendre leviers d'actions*

L'Hôpital Rive-de-Gier a déployé une approche mature de traitement des risques psychosociaux, qui repose sur trois niveaux de prévention :

- niveau tertiaire : limiter les effets des risques psychosociaux ;
- niveau secondaire : renforcer les compétences internes ;
- niveau primaire : identifier les facteurs de risque et leur suppression.

Un plan extrêmement ambitieux de formation des cadres a été mis en place. L'action sur les risques psychosociaux se poursuit, mais les acteurs ont l'impression de mener une action principalement curative. L'approche centrée sur les risques a ses limites. Plutôt que de parler des risques psychosociaux, l'Hôpital a décidé d'aborder la question sous l'angle des ressources psychosociales, et d'examiner la qualité de vie au travail sous l'angle de la qualité perçue du travail.

Les différences entre RPS et QVT peuvent être formulées comme suit :

RPS	QVT
approche centrée sur les risques	approche centrée sur les ressources
santé au travail	santé du travail
prendre soin du salarié	prendre soin du travail
dimension plutôt individuelle	dimension plutôt collective
démarche curative	démarche préventive

Il existe de nombreuses voies d'accès à la qualité de vie au travail :

- **Les conditions de travail**
  Environnement de travail (environnement physique, conditions d'emploi, équilibre vie privée / vie professionnelle).
- **La capacité à agir**
  Dimension participative, partenariat social, soutien managérial.
- **Le contenu du travail**
  Sentiment de maîtrise du travail, pouvoir d'agir, utilité.

- **L'intérêt du travail**
  Travail apprenant (développement de ses propres compétences par le travail), sentiment de responsabilité (travail complet dans une chaîne complète).

L'Hôpital Rive-de-Gier a choisi une solution sur mesure. Son expérience l'a conduit à identifier le management comme un facteur déterminant du bien-être au travail. L'enjeu est donc organisationnel.

Annie DEBARD, Docteur en psychologie du travail du laboratoire du groupe de recherche en psychologie sociale (GrePS) indique que l'EPHAD s'est attaché d'une part, à améliorer la santé des équipes par le développement de la qualité de vie au travail et d'autre part, à développer les compétences des encadrants comme acteurs de la santé des équipes. Cette approche s'appuie sur les travaux les plus récents en psychologie du travail et en sciences de gestion et repose sur l'action managériale de proximité.

D'après le Rapport Lachmann (2010), le manager est l'acteur majeur de la santé. Différentes études montrent que l'entrée par les risques psychosociaux pour penser l'action managériale est une impasse. Elle peut même s'avérer contre-productive. Si les formations sur les risques psychosociaux sont nécessaires en termes de culture générale, elles ne conduisent pas les managers vers l'action. Questionnés sur la perception des actions mises en place pour développer la santé de leurs équipes, les managers évoquent les ressources psychosociales du travail. Yves Clot a développé une approche intéressante des ressources psychosociales à travers l'architecture métier. Quatre pôles de ressources peuvent être dissociés :

- **Les ressources personnelles**
  Expériences, compétences, formations, dispositifs d'accompagnement, capacités cognitives, valeurs…
- **Les ressources interpersonnelles**
  Ressources « avec » les autres (marges de manœuvre, pouvoir d'agir, soutien, reconnaissance).
- **Les ressources transpersonnelles**
  L'attendu du sous-entendu (normes, valeurs collectivement partagées).
- **Les ressources impersonnelles**
  Le cadre de l'activité (prescriptions sur le « comment faire »).

Le rôle du management est essentiel, car ces ressources psychosociales ne se développent qu'à travers la discussion sur le travail.

3) Une action novatrice en EPHAD

Annie DEBARD indique que l'intervention s'est focalisée sur le secteur de l'EPHAD. Les organisations syndicales avaient constaté que l'organisation du travail donnait des prescriptions parfois floues, avec des glissements de tâches et une perte de sens pour les soignants comme pour l'encadrement. La situation financière de l'établissement a imposé une réorganisation, qui s'est traduite à la fois par une baisse des effectifs et un bouleversement des métiers de soignant (création d'un poste d'agent hôtelier et d'un pôle Bionettoyage).

Ce changement organisationnel a été envisagé comme une opportunité permettant aux managers de monter en compétences sur la prise en compte de la qualité de vie au travail. Le débat contradictoire n'est absolument pas naturel et nécessite un apprentissage à tous les niveaux. Des méthodes d'apprentissage ont donc été créées à destination des managers, des managés et des acteurs institutionnels. L'EPHAD a donc mis en place ce que Mathieu Detchessahar appelle un « écosystème de la discussion ». Un comité de pilotage, composé de l'ensemble des parties prenantes, a également été créé. Dans un premier temps, des espaces métier ont été instaurés.

4) Apports et limites de la démarche

Annie DEBARD constate que la discussion sur le travail transforme le travail, par l'apport de solutions concrètes. Le taux de participation aux espaces de discussion s'élève à 31 %. La discussion a ensuite porté sur les situations de tension, avant de se centrer sur des situations particulières.

Pour réussir, cette démarche comporte un certain nombre de préalables :

- le déploiement d'une formation et d'un accompagnement de l'encadrement ;
- la création d'une méthodologie « impliquante » pour les acteurs institutionnels (examen de situations concrètes de travail ou d'objets émotionnellement compétents) ;
- l'aménagement d'espaces de discussion, et pas seulement d'expression.

Ces espaces de discussion ont permis de clarifier les missions de chacun, de résoudre certaines situations de travail et de renforcer la confiance, la coopération, voire de faire émerger la co-création. Plusieurs items du baromètre social sont en nette progression. En définitive, cette expérimentation a révélé l'importance de définir des espaces de discussion et de repenser la place du cadre de proximité dans la chaîne managériale. La mise en discussion du travail doit avoir lieu à tous les niveaux hiérarchiques.

Henri GATKA précise que le premier reproche adressé à l'expérimentation est de ne pas avoir résolu tous les problèmes. Or, cette démarche s'inscrit, par définition, dans un processus d'amélioration, et non de gestion du risque. La qualité de travail absolue est impossible. Le CHSCT a estimé que l'opération méritait d'être approfondie.

Sur le long terme, plusieurs acquis méritent d'être soulignés :

- la convergence des représentations sur la qualité de vie au travail ;
- l'évolution des relations entre les acteurs ;
- la construction d'espaces de discussion ;
- l'émergence de compromis.

Il est certes difficile d'évaluer l'impact de telles opérations. Des études récentes ont montré que le respect de certains facteurs de réussite permettait à l'action de produire des effets. Ces effets ne correspondent pas nécessairement à ceux attendus, et peuvent être différés dans le temps.

Cinq points de vigilance doivent être retenus :

1. Le travail prescrit ne peut tout résoudre. La prescription est incomplète ; il faut faire preuve de mesure.
2. Confrontés à un « bombardement normatif », les services perdent toute visibilité du sens de leur action.
3. Bien que l'efficacité des organisations repose sur le principe de subsidiarité, ce principe est rarement respecté. Une remise à plat des circuits de décision s'avère nécessaire.
4. Les diverses réunions, tâches de reporting et de statistiques éloignent le management de proximité de la scène de ses équipes. Toutes les entreprises sont confrontées aux mêmes problèmes. Sans un cadre pour réguler les imprévus, les agents sont livrés à eux-mêmes. Les agents réclament désormais une présence renforcée des cadres. Mathieu Detchessahar évoque des cadres « hors sol ».
5. L'organisation managériale est principalement orientée vers la satisfaction des besoins des échelons supérieurs. La régulation est censée reposer sur la prescription, par ailleurs incomplète. Il convient d'équilibrer les flux pour répondre aux besoins des équipes et des structures de décision.

Au-delà des problématiques précédemment évoquées, plusieurs questions de fond peuvent être soulevées :

- **Le mode managérial dominant est-il compatible avec une politique QVT fondée sur la qualité du travail ?**
  A titre personnel, Henri GATKA estime que le nouveau management public ne répond pas au désengagement des personnels et exacerbe les conflits (y compris les conflits éthiques).
- **Notre management relève de pratiques culturelles.**
  La forme prend plus d'importance que le fond. Il faut énormément de temps pour faire évoluer les références culturelles.
- **Une approche systémique est-elle le remède à la complexité de l'action dans ce domaine ?**
  Les analyses de cause à effet ne peuvent être transposées au domaine des risques psychosociaux et de la qualité de vie au travail. En l'occurrence, les problématiques sont plurifactorielles. Une approche systémique peut répondre à cette complexité. Il s'agit de résoudre une situation locale par la définition d'une stratégie, à partir d'une analyse partagée.

En guise de conclusion, Henri GATKA cite Albert CAMUS (Le mythe de Sisyphe, 1942) : *« Les dieux avaient condamné Sisyphe à rouler sans cesser un rocher jusqu'au sommet d'une montagne d'où la pierre retombait par son propre poids. Ils avaient pensé avec quelque raison qu'il n'est pas de punition plus terrible que le travail inutile et sans espoir »*.

II) Questions de la salle

Le Dr Anne GERVAIS demande quelles actions peuvent être déployées pour faire en sorte que la démarche QVT dépasse la volonté d'un manager éclairé, et s'inscrive dans la durée.

Véronique GHADI souligne que la démarche ne peut reposer sur la seule impulsion d'un manager éclairé, mais suppose un changement de culture de l'organisation. La démarche QVT est portée par un nombre grandissant d'acteurs.

Le Pr Jean-François CAILLARD estime que la pérennité de la démarche peut reposer sur des expérimentations. La Direction des affaires médicales devrait réaliser une cartographie du turnover des médecins. Des expérimentations sur des périmètres plutôt stables peuvent permettre d'ancrer des pratiques, voire générer une attractivité des personnels pour travailler dans ces lieux. La démarche ne doit pas dépendre du seul Directeur général. Celui-ci peut être insuffisamment intéressé au sujet ou au contraire trop intéressé, et négliger les autres sujets.

Henri GATKA se rallie à l'intervention du Pr Jean-François Caillard. La demande interne en faveur de la création de groupes d'échanges de pratiques témoigne d'une évolution de la culture du terrain. Il faut faire preuve de conviction et passer outre les postures d'acteurs. Enfin, il faut privilégier les solutions sur mesure, et donc écarter le prêt-à-porter.

Un intervenant salue la qualité des exposés de cet après-midi. Il importe de s'appuyer sur les succès des initiatives locales pour susciter l'adhésion à la démarche. Par ailleurs, l'intervenant interroge le Pr Jean-François Caillard sur les difficultés rencontrées en termes d'adhésion des médecins.

Le Pr Jean-François CAILLARD a constaté une bonne adhésion des médecins. L'établissement a connu trois mois de scepticisme des autorités médicales supérieures, avant le renversement d'attitude. Le doyen s'est lui-même montré très proactif, tout comme le président de la CME. Une cinquantaine de médecins (parmi lesquels des chefs de pôle) ont ainsi participé au colloque précédemment évoqué. Cependant, le fait que ce ne soient pas les mêmes personnes qui participent aux différentes réunions crée des ruptures dans la réflexion. L'enjeu de la procédure d'évaluation des stages est de réaliser une cartographie. Certains étudiants disent que l'internat les a « cassés ».

Jacques MEYOHAS tient à souligner l'importance de l'action de la HAS dans la pérennisation de la démarche QVT.

Alban AMSELLI remercie les intervenants de la qualité exemplaire de leurs présentations.

Les expériences à l'AP-HP

Modérateurs :
Cécile KANITZER, Conseillère technique, FHF ;
Alban AMSELLI, DRH du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

I) L'accompagnement individuel et collectif pour l'encadrement

Pascale FINKELSTEIN, Responsable du Département du développement professionnel, DRH AP-HP remercie Annie Débard et Henri Gatka d'avoir longuement évoqué la place du cadre et le rôle managérial.

Les différentes enquêtes sur la qualité de vie au travail démontrent qu'une bonne qualité de vie au travail profite autant à l'entreprise qu'aux salariés – et, en l'occurrence, aux patients. La qualité de vie au travail est au cœur de quatre types d'enjeux : travail, relations, environnement de travail, développement personnel. Au-delà des conditions de travail se pose la question du sens du travail pour aujourd'hui et pour demain. Il appartient à l'encadrement de répondre aux interrogations du personnel, en dépassant l'approche centrée sur la souffrance au travail.

II) Deux expériences :

1) L'accompagnement managérial

a) Pourquoi un projet managérial ?

Gaïa GANS, DRH des hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP), relève que l'un des déterminants de la qualité de vie au travail est de pouvoir exercer son travail en sécurité. Au-delà de la sécurité physique, il s'agit de se sentir en sécurité dans l'exercice professionnel, et compétent. Le sens au travail et l'espace de liberté laissé à chacun dans son exercice professionnel ont également leur importance. Pour se sentir bien au travail, il faut avoir le sentiment d'agir sur le contenu de celui-ci – en d'autres termes, ne pas intervenir dans un environnement entièrement prescrit, d'où l'importance du travail collaboratif. Le rôle des managers (médicaux ou non médicaux) est essentiel pour la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de l'hôpital et donc, pour la qualité du fonctionnement de l'établissement et de la prise en charge des patients.

Les résultats du baromètre interne ont fait ressortir en 2013 une baisse de motivation, liée à un défaut de prise en compte des avis des personnels, ainsi qu'une inadaptation des processus de communication, qui donnaient aux personnels le sentiment d'être insuffisamment associés. A partir des conclusions d'un groupe de travail, il est apparu nécessaire de lancer un projet managérial.

L'évolution des générations interroge le management, car l'individu exprime davantage son besoin d'agir sur le contenu du travail et d'être reconnu en tant que personne dans l'exercice de son activité. En tant que DRH, Gaïa GANS fait quotidiennement le constat de managers confrontés à des sujets complexes de gestion d'équipe et de projets. Décider, fixer un cap, porter les projets institutionnels, animer, expliquer, garantir l'équité, proposer des solutions, accompagner, donner envie : les managers exercent des missions difficiles.

b) Avec quelle ambition ?

La DRH des HUEP a formulé le pari du management collaboratif, en tant que facteur d'amélioration de la qualité de vie au travail. Le management collaboratif consiste à

échanger quotidiennement sur le contenu du travail, en réallouant à chacun sa place d'acteur dans le travail et en redonnant du sens au travail.

c) Et quel plan d'action ?

La DRH des HUEP a fait le choix d'une approche plurielle. Le projet managérial est ainsi articulé autour de quatre volets, déclinés par pôle et par direction.

Solène LAMBERT, de la DRH des HUEP, énumère les quatre volets du projet managérial :

- 1. L'organisation de la fonction managériale et les modalités de pilotage et de prise de décision ;
- 2. Une stratégie d'information et de communication spécifique à l'attention des managers ;
- 3. Un plan d'action visant à conforter l'exercice de la fonction managériale ;
- 4. Des recommandations en matière d'animation managériale de proximité.

Le troisième volet propose une palette d'actions et d'outils au sein de laquelle les managers pourront piocher, en fonction de leurs besoins, pour développer leurs compétences managériales. L'enjeu est de permettre aux managers hospitaliers d'atteindre un positionnement, et d'atteindre un niveau exigent de compétences.

- **Accompagner, suivre, soutenir : une offre de service portée par la DRH et la Direction des soins**
  - Accompagner les faisant-fonction (toutes filières) : conseil formation, prise de recul sur projet et positionnement de cadre…
  - Accompagner les cadres en situation managériale délicate
  - Proposer un conseil carrière
  - Proposer un coaching avec la DRH AP-HP
  - Accompagner le changement et les mobilités dans un contexte de réorganisation.
- **Echanger, partager, faire évoluer les pratiques**
  Une plate-forme ressource, dédiée aux cadres, a été créée pour leur permettre de trouver les éléments dont ils ont besoin pour mieux exercer leurs fonctions. Le GH a également lancé un premier atelier de co-développement qui débutera début mars.
- **Permettre aux cadres de se former et se documenter sur le volet RH**
  Le projet managérial inclut un adossement au plan de formation, la mise à disposition de guides thématiques et d'un espace réservé aux cadres sur l'intranet RH. Des ateliers RH pourront par ailleurs être organisés. Chaque semaine, une réponse collective est apportée à une question RH, sous forme ludique (« Question RH de la semaine »).
- **Faciliter l'exercice de la fonction managériale sur le volet logistique**
  Les managers considèrent les tâches logistiques comme très chronophages. Plusieurs actions sont prévues pour faciliter le quotidien des cadres, à travers la promotion du métier de logisticien, le « Top 10 des demandes d'intervention et demandes d'achat » et l'élaboration d'un guide de l'achat.
- **Encourager l'émergence d'une communauté managériale**
  Les Journées managériales de pôle/Direction, le séminaire des cadres paramédicaux de la CGS, ou encore le séminaire des cadres de l'AP-HP permettent aux praticiens de prendre du recul sur leurs pratiques.

2) *Le codéveloppement*

Sophie LEPAND, DRH de l'Hôpital Necker-Enfants malades, explique que le codéveloppement managérial (présenté comme la méthode « champagne paillettes », car initiée par Mrs. Champagne et Payette), consiste à constituer des groupes de 8 managers. Pendant quatre à huit mois, ceux-ci participeront à une série de 8 rencontres d'une demi-

journée (ou quatre fois une journée) avec un animateur (consultant externe au groupe) qui maîtrise bien la méthode. L'animateur n'est pas là pour animer une formation, mais pour faire découvrir la méthode, gérer la dynamique du groupe et le faire progresser de manière continue en « intelligence collective ».

Barbara MANTZ, Cadre SAMU/SMUR (Paris), précise que l'objectif du codéveloppement est d'améliorer sa pratique professionnelle et celle des autres cadres présents. Un groupe de codéveloppement est un groupe de personnes qui s'entraident dans leur autodéveloppement professionnel respectif. La première phase consiste en une présentation du sujet par l'un des membres du groupe, qui est alors client. La deuxième phase vise à clarifier le sujet, par des questions des autres membres du groupe, qui sont alors consultants. Au cours de la troisième phase, les consultants émettent une série de propositions d'actions à mettre en œuvre, parmi lesquelles le client retient les propositions qui lui conviennent le mieux. Au cours de la quatrième phase, le client met en pratique son plan d'actions et en effectue une courte restitution en début de séance suivante.

Barbara MANTZ cite quelques exemples de problèmes posés :

- *« Mon collaborateur n'est plus motivé par sa fonction » ;*
- *« J'ai un collaborateur expert, mais avec une personnalité difficile et avec qui plus personne ne veut travailler » ;*
- *« Mon nouveau directeur est très directif et cassant » ;*
- *« J'ai de nouveaux collaborateurs plus autonomes. Que devient mon rôle ? »*
- *J'ai cinq collaborateurs. Je vais encadrer une grosse équipe. Que vais-je faire demain ? »*

Sophie LEPAND ajoute qu'un premier groupe de 8 cadres a été constitué au sein du GH Necker. Ces 8 cadres étaient tous volontaires pour participer à la démarche. A l'issue de la première session, les participants ont jugé la méthode assez « cadrante », mais pas « enfermante ». En effet, cette méthode permet une mise à nu des pratiques et des attitudes, garantie par la confidentialité des échanges. Elle a également permis un partage de valeurs communes et de situations communes. Les cadres ont insisté sur la bienveillance nécessaire à la réussite de la méthode, sans justification ni culpabilisation. Enfin, la méthode permet de proposer un éventail de solutions, avec possibilité pour le cadre « client » de choisir et de s'approprier une solution en fonction de ses valeurs. Les cadres ont notamment apprécié le temps dédié à l'analyse des pratiques, hors du site. L'animateur est garant de la méthodologie. Il n'est ni juge ni partie.

Barbara MANTZ estime que cette méthode est appropriée pour rechercher des solutions en commun et développer ses pratiques managériales. Il s'agit d'une méthode constructive, qui favorise l'épanouissement individuel et collectif. En outre, elle présente l'intérêt d'être en dehors du lien hiérarchique. La démarche d'analyse entre pairs mérite d'être poursuivie. La confiance s'est installée rapidement au cours de la 1ère demi-journée. Le fait d'appartenir au même GH n'a pas été bloquant, l'effet miroir en a été facilité. Grâce au codéveloppement, les cadres impliqués ont pris conscience du fait qu'ils sont confrontés à des difficultés similaires. Enfin, cette méthode permet d'élaborer une solution sur mesure.

Sophie LEPAND indique que le codéveloppement permet une remise en question positive des pratiques, dans le cadre d'un enrichissement collectif. Un plan d'action concret a été mis en place. Le groupe a exprimé le souhait de poursuivre l'atelier par un bilan à 6 mois des actions mises en place. Pour que cette démarche fonctionne, le cadre doit être intéressé. Le Codev est un outil de développement professionnel et de progression managériale. Sophie LEPAND cite quelques verbatim exprimés par les cadres : *« Une remise en question positive »* ; *« Il faut le vivre »*.

Pascale FINKELSTEIN précise qu'un certain nombre d'animateurs ont été formés au codéveloppement. Une plaquette de présentation a été rédigée.

Alban AMSELLI remercie les intervenantes de cette présentation qui a permis de mettre en perspective une ligne politique cohérente, déclinée de façon opérationnelle en

fonction de l'identification des besoins propres. Cette méthode permet de répondre à une problématique partagée par l'ensemble des acteurs.

III) Questions de la salle

Le Dr Anne GERVAIS observe un décalage entre la méthode exposée par HUEP et les présentations précédentes. Bien qu'ils disposent de nombreux outils, les agents sont en permanence confrontés à des imprévus. On se contente pour améliorer le travail collaboratif d'imaginer une boite à outil qui répondrait à tous les problèmes éventuels.Les cadres doivent apprendre à travailler en coopération. Même si certaines solutions proposées par Henri Gatka s'insèrent dans un cadre prescrit. Le Dr Anne GERVAIS souhaite voir les professionnels de terrain s'emparer des problématiques des services avec leurs cadres pour les régler ensemble. Il faut aller encore plus loin.

Gaïa GANS précise que la démarche qu'elle a présentée est en construction. Le management collaboratif est un pari. Dans un groupe hospitalier, il ne suffit pas de le dire pour le mettre en place ; il faut aussi le vivre. Si elle comprend que le management collaboratif puisse être perçu comme une solution prescrite, elle souligne que les espaces collaboratifs contribuent réellement à l'amélioration de la qualité de vie au travail. La réflexion se coconstruit chaque jour.

Pascale FINKELSTEIN ajoute que l'AP-HP entend participer à des groupes interministériels. Les questions de management sont partagées par tous les secteurs. Il est donc intéressant de s'enrichir des différentes pratiques. L'échange est une force.

Loïc CAPRON se demande si l'on peut progresser dans la qualité de vie au travail sans les médecins. Jusqu'à présent, la participation médicale à des réunions comme celles décrites ce jour n'a pas été systématisée. Laurent CRISON n'est pas convaincu de la réussite de la symbiose présentée entre les médecins et les autres ressources humaines des établissements.

Pascale FINKELSTEIN assure être parvenue à entraîner quelques médecins dans les groupes de coaching et de codéveloppement. Il importe que des médecins puissent mener des ateliers de Codev avec des cadres, et inversement.

Une intervenante invite les équipes de l'AP-HP à échanger, ce qu'elles ne faisaient plus depuis une vingtaine d'années. Que faire pour que le corps médical et le corps paramédical se mélangent ?

Une intervenante, Médecin du Travail, relève qu'il faut revenir à la notion d'équipe. Une même équipe exerce plusieurs disciplines. L'apport de soins au patient est un métier technique. Pourtant, les personnels soignants sont appelés « personnels non médicaux ». L'appellation « personnels paramédicaux » serait plus judicieuse en termes de reconnaissance de leur compétence. Par ailleurs, les équipes ont besoin d'un encadrement de technicité. Si les cadres qui émanent de la technicité et du soin se voient proposer uniquement de devenir des managers, en revanche les médecins reçoivent très peu de formations relatives au management. Les équipes médicales et paramédicales rencontrent des problématiques communes.

Un intervenant, médecin à l'Hôpital Lariboisière, Président de la Commission vie hospitalière, souligne que le codéveloppement et le coaching constituent des opportunités pour développer les partenariats.

Synthèse et conclusion

Christine WELTY, Directrice de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) de l'AP-HP, constate que la qualité de vie au travail n'est jamais abordée en tant que telle dans les services. Depuis la première année de médecine, la culture médicale est tout entière portée vers la compétition. A la différence des praticiens hospitaliers, les directeurs d'hôpitaux, lors de leur entrée à l'école, reçoivent une formation au management. L'AP-HP envisage des actions permettant de prévenir les situations à risque, ainsi que le développement d'un dispositif d'accueil des praticiens hospitaliers. Les médecins qui se trouvent en situation complexe, doivent pouvoir exprimer leurs difficultés en s'adressant à des instances.

Une intervenante estime que la problématique est la même pour les personnels paramédicaux.

Christine WELTY ajoute que si les personnels paramédicaux rencontrant des difficultés peuvent bénéficier d'une deuxième chance, en étant accueillis dans un autre service, les médecins, en revanche, sont contraints par leur spécialité. La gestion de carrière repose très largement sur les chefs de pôle, et n'est pas structurée. Christine WELTY propose donc d'ouvrir des chantiers sur l'organisation du management des médecins, la prévention des situations à risque et la résolution de conflits.

Nicolas DANTCHEV, Responsable du service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu, responsable de la Commission vie hospitalière de la CME de l'AP-HP, estime qu'il est impossible de faire une synthèse de cette journée, tant les interventions ont été riches. Il est d'ailleurs très reconnaissant envers les intervenants. Les interventions de cet après-midi démontrent que la qualité de vie se met en place au sein de l'AP-HP. La commission de vie hospitalière s'est pour l'instant focalisée sur la prévention des risques psychosociaux, mais tend à s'ouvrir à la qualité de vie au travail, infiniment plus complexe à mettre en œuvre puisqu'elle suppose de s'intéresser davantage aux causes qu'aux symptômes. Nicolas DANTCHEV pense que l'annonce du lancement d'un dispositif de management participera à la démarche QVT. Il espère qu'au cours d'une prochaine édition des journées QVT, l'AP-HP sera en mesure de présenter des expérimentations dans lesquelles auront été impliqués des personnels médicaux de l'AP-HP.

Gérard COTELLON, Directeur des ressources humaines de l'AP-HP s'associe aux remerciements formulés par Nicolas Dantchev. Pour sa part, il estime que cette journée a grandement contribué à sa propre qualité de vie au travail. L'AP-HP n'a pas le droit à l'erreur, s'agissant de la qualité de vie au travail. Il s'agit d'un sujet de préoccupation permanent, qui requiert une démarche coordonnée et volontaire.

L'AP-HP doit veiller à l'amélioration de la performance, dans le cadre de sa mission de service public, tout en permettant aux individus de se sentir bien. Ce sentiment individuel aura nécessairement des répercussions sur le collectif. Un peu plus de 1 000 agents de l'AP-HP résident entre 150 et 350 km de leur lieu de travail. Le Directeur général disait ce matin que les meilleurs experts de leur travail sont les agents. En tant que DRH, Gérard COTELLON porte des ambitions certes modestes, en raison du contexte budgétaire national. Si la T2A a amélioré la productivité de l'hôpital, elle a aussi accentué la pénibilité du travail. Gérard COTELLON souhaite que chacun porte son regard sur les petites mesures qui permettraient de réduire la pénibilité du travail. Julien Pelletier a en effet indiqué que l'action sur la qualité de vie au travail était de nature à améliorer la performance collective.

L'équipe des HUEP a par ailleurs proposé quatre portes d'entrée. Gérard COTELLON estime qu'il ne faut plus se poser de question, et entrer par une porte. Il convient d'interroger le personnel sur le niveau ressenti de la qualité de vie au travail et la

performance résultant de la production collective. D'après un article québécois, chaque dollar investi dans la santé et la qualité de vie au travail permet d'obtenir une rentabilité de 3 à 4 dollars.

Lorsqu'il revient du travail, les filles de Gérard COTELLON lui posent invariablement la question suivante : *« Ça a été au travail ? »*. Le matin, lorsqu'il quitte le domicile, elles lui souhaitent *« bon courage »*. Elles ont donc intégré la difficulté du travail. A l'instar des pays anglo-saxons, Gérard COTELLON formule le vœu suivant, à l'attention de l'assemblée : *« Enjoy* pour demain *»*.

Cécile KANITZER et **Alban AMSELLI** remercient l'ensemble des participants.

Document rédigé par la société Ubiqus – Tél : 01.44.14.15.16 – http://www.ubiqus.fr – infofrance@ubiqus.com