



Dossier « Ressources humaines »
réalisé en partenariat avec la MNH

QVT dans les établissements de santé30

QVT, en Champagne-Ardenne,
des acteurs régionaux partenaires33

Accompagnement des parcours professionnels :
au CHRU de Nancy, un dispositif innovant38

Comment améliorer la santé au travail
des jeunes médecins à l'hôpital ?40

Retour d'expérience québécois :
santé et mobilisation du personnel
lors de réorganisations majeures44

QVT dans les établissements de santé

Une revue de littérature internationale

Héloïse HALIDAY Doctorante en psychologie,
membre de la commission qualité de vie au travail, FHF

La qualité de vie au travail (QVT) a fait l'objet d'un intérêt grandissant dans les établissements de santé français, sous l'impulsion de la stratégie « Prendre soin de ceux qui nous soignent¹ ». Dans un contexte de difficultés connues et nommées par les professionnels du soin de nombreux pays occidentaux – souffrance au travail, *burn-out*, dépressions voire suicides –, cette volonté nationale fait écho à un mouvement international : la littérature en sciences humaines et sociales investit depuis plusieurs années les déterminants d'une meilleure QVT dans les organisations, notamment à l'hôpital.

Force est cependant de constater que la notion de qualité de vie au travail peine à trouver toute sa place dans le monde de la santé tant elle semble étendue et floue, et tant les préconisations destinées à la favoriser sont parfois jugées trop éloignées des réalités cliniques, économiques et humaines du quotidien hospitalier. Notre revue de la littérature (cf. encadré) rassemble des travaux en sociologie, anthropologie, psychologie, sciences de gestion et du management. Elle montre, au contraire, que l'attention portée à l'environnement dans lequel évoluent les travailleurs est fortement corrélée à une meilleure qualité des soins et, à terme, à une amélioration des performances économiques et sociales des organisations de santé.

1. Lancée par la précédente ministre de la Santé, Marisol Touraine, en décembre 2016.

Un processus complexe à la temporalité longue

La qualité de vie au travail est en effet un processus à long terme qui ne se laisse définir que par la conjugaison de deux ensembles distincts et parfois divergents : d'un côté, l'ensemble des perceptions subjectives des professionnels d'une organisation donnée sur leur environnement de travail – autrement dit une somme d'évaluations individuelles mais socialement situées de leurs conditions de travail ; de l'autre, l'ensemble des stratégies et des procédures définies par cette même organisation dans le cadre de sa politique institutionnelle d'amélioration des conditions de travail. Elle est ainsi à la fois un principe et un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un ordre négocié entre des paramètres cliniques, humains et économiques pourtant réputés inconciliables.

Pour saisir toute la complexité de ce processus, la commission nous a demandé d'étudier et de décrire les effets de la qualité de vie au travail sur la performance des organisations, les valeurs et méthodes organisationnelles les mieux à même d'offrir aux professionnels de santé un environnement où il fait bon travailler, et enfin l'impact des réformes conduites dans le monde de la santé française sur la QVT des professionnels soignants, avec un focus sur les étudiants infirmiers et internes en médecine.

La QVT, facteur de durabilité des organisations

La littérature disponible nous renseigne tout d'abord sur le fait que la qualité de vie au travail est un déterminant fort de la qualité des soins, et qu'elle présente des conséquences à moyen et long termes sur la performance économique et sociale des organisations. Les démarches d'amélioration de la QVT

ont en effet un impact positif sur les performances individuelles des professionnels en termes d'efficacité et de réduction des erreurs médicales, mais aussi sur la performance sociale de l'organisation par la promotion d'une gestion des ressources humaines attentive à la santé mentale des travailleurs.

Ces stratégies permettent par ailleurs de réduire les surcoûts liés à l'absentéisme et au *turnover* et, à terme, d'enclencher le cercle vertueux de la performance économique grâce à des équipes cliniques vectrices d'innovations organisationnelles. Une bonne QVT apparaîtrait ainsi sinon comme la cause, au moins comme une garantie efficace de durabilité et de soutenabilité des établissements de soins. Elle replace la gestion des ressources humaines au cœur du fonctionnement des hôpitaux.

Au carrefour des logiques individuelles et collectives : l'équipe

Lorsque l'on aborde les modalités organisationnelles à même de favoriser l'épanouissement au travail des professionnels de santé, reconnus par la littérature comme étant intrinsèquement plus motivés par leurs missions que les salariés du privé, de nombreux prérequis apparaissent comme autant de besoins fondamentaux des individus au travail : reconnaissance, soutien de l'équipe, autonomie, sens et utilité du travail, équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Les études recensées proposent divers paradigmes à même d'aider les organisations de santé à s'adapter à ces besoins – le *lean* santé, les organisations



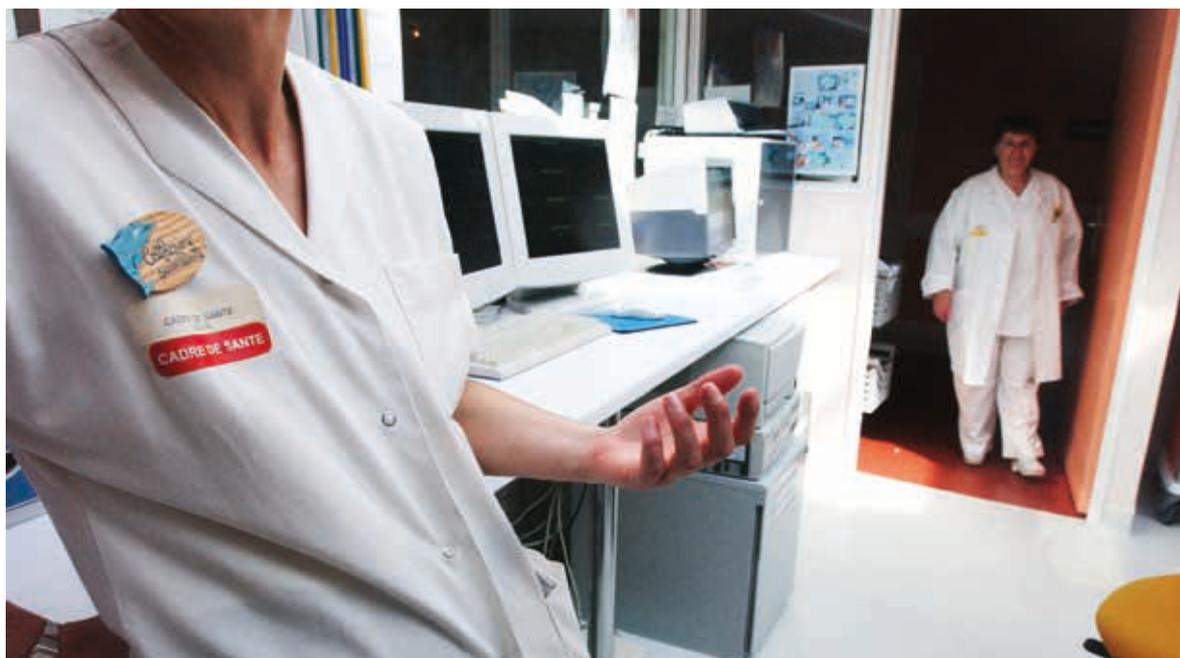
apprenantes, l'agilité, les hôpitaux magnétiques... Ces paradigmes impliquent de repositionner les hôpitaux au carrefour de trois niveaux organisationnels : celui, macroscopique, des politiques de

La QVT replace la gestion des ressources humaines au cœur du fonctionnement hospitalier.

santé et de la volonté des gouvernements ; celui, dit « méso », des hôpitaux appréhendés comme des organisations éligibles à l'élaboration de politiques

QUELQUES TITRES DE LA LITTÉRATURE FRANCOPHONE

- [1] D. Acker et P. Legrand, « Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants », rapport n° RM2012-046P, 2012.
- [2] S. Benhamou, « Imaginer l'avenir du travail : quatre types d'organisation du travail à l'horizon 2030 », avril 2017 - www.strategie.gouv.fr
- [3] X. Berbain et E. Minvielle, « L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage », *Sciences sociales et Santé*, 2001;19(3):77-106.
- [4] E. Bourdu, M.-M. Péretié et M. Richer, « La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité », Paris, Presses des Mines, 2016.
- [5] S. Brousseau, C. Cara et R. Blais, « Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, vol. 2, n° 4, 2016, p. 187-196.
- [6] A. Bruant-Bisson, P. Castel et M.-P. Panel, « Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé », rapport n° RM2012-011P, 2012.
- [7] Y. Brunelle, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner : pratiques et organisation des soins », vol. 40, n° 1, 2009, p. 39-48.
- [8] P. Crété, « La fonction de direction au service de l'établissement et de l'institution », *Institutions. Revue de psychothérapie institutionnelle*, n° 56, 2015, p. 49-65.
- [9] M. Detchessahar, « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, vol. 1, n° 19, 2013, p. 57-80.
- [10] M. Estryn-Béhar, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008.
- [11] C. Kornig, P. Levet et V. Ghadi, « Qualité de vie au travail et qualité des soins », HAS, 2016.
- [12] N. Lemieux et M. Beauregard, « Parallèles entre l'évolution des pratiques de gestion du changement et le changement agile », *Question(s) de management*, n° 2, 2015, p. 65-76.
- [13] L. Moret, E. Anthoine, N. Gillet, E. Fouquereau et P. Colombat, « Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés : une évaluation dans 47 services d'onco-hématologie », *Psycho-oncologie*, n° 8, 2014, p. 157-164.
- [14] E. Morin, « Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel », rapport R543, 2008.
- [15] J.-M. Mourgues et G. Le Breton-Lerouillois, « La santé des étudiants et jeunes médecins », Conseil national de l'Ordre des médecins, 2016.
- [16] M. Sibé et D. Alis, « L'hôpital magnétique : un hôpital "aimant" qui favorise performance et bien-être au travail », in *Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif*, Paris, Dunod, 2016, p. 133-143.



© Philippe Chagnon / Cocktail Santé

institutionnelles volontaristes ; enfin celui de l'organisation coopérative et décloisonnée des équipes cliniques, dont le qualificatif « micro » ne doit pas minimiser l'importance capitale.

Tous les modèles organisationnels évoqués dans cette revue de littérature, quel que soit le niveau d'action auquel ils s'intéressent, considèrent en réalité l'équipe comme la clé de voûte d'une organisation durable. Ils valorisent la confiance des

L'éthique du *care* doit imprégner les échanges patients-soignants, comme les relations des soignants entre eux.

échelons hiérarchiques envers ces équipes de terrain expertes dans leur art, et à qui doit par conséquent être garantie une certaine latitude organisationnelle.

Cette autonomie, aussi satisfaisante pour les individus qu'efficace du point de vue de la qualité des soins, s'appuie toujours sur des formations initiales décloisonnées, des espaces de discussion pluriprofessionnels sur le travail et un management « transformationnel » qui soutient et facilite la coopération au sein des équipes. L'idée d'un épanouissement de chacun dans son travail pousse également les tenants de ces courants à promouvoir des temps de formation, un apprentissage en continu ainsi que des politiques d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels : l'éthique du *care* doit en somme imprégner les échanges patients-soignants, ainsi que les relations des soignants entre eux.

Faire émerger le changement, une logique du cas par cas

Face à la tentation d'appliquer des méthodes prêtes à l'emploi comme autant de panacées, la littérature relative aux conséquences des réformes françaises en santé sur la QVT des soignants présente toutefois plusieurs mises en garde. Les études disponibles ont en effet de façon unanime pointé la contradiction entre l'intérêt des changements proposés et leur mise en place toujours descendante, au prix de l'ignorance des points de vue et besoins des soignants eux-mêmes.

Au-delà d'un problème de contenu des réformes, les échecs sont souvent liés à leurs phases d'élaboration et d'implémentation dans les services. Ainsi, à la souffrance éthique rapportée par les soignants de constater que la tarification à l'activité valorisait les pratiques efficaces et productives au détriment des « bonnes pratiques » a répondu le malaise de l'encadrement de proximité, trop peu informé, sollicité et soutenu. De même, l'irruption de l'informatisation au sein des services a donné lieu à des reconfigurations du travail et des transferts de tâches sans pour autant qu'ils aient été accompagnés, en amont et en aval, d'un travail de concertation et de discussion avec les professionnels.

C'est ce travail de concertation entre tous les acteurs qu'il s'agit aujourd'hui de restaurer, en le diffusant aux multiples échelons décisionnels impliqués dans l'amélioration de la QVT des professionnels de santé français. ■